

BVGer C-6862/2019 vom 3. August 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6862_2019

FR: TAF C-6862/2019 du 3 août 2021

IT: TAF C-6862/2019 del 3 agosto 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après : LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision du 26 novembre 2019 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

E. 1.3

Domiciliée en France voisine, le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations a à bon droit été menée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de (...) et la décision litigieuse notifiée par l'OAI (cf. art. 40 al. 2 RAI).

E. 2.1

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATAF 2013/46 consid. 3.2 ; Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

E. 2.2

Sous réserve par ailleurs de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être

apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 218 consid. 2, 128 V 315, 121 V 365 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, il y a donc lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à la décision du 26 novembre 2019. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

E. 3

Tel que défini par les conclusions du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité (sur la notion d'objet de la contestation, voir ATF 125 V 413; cf. également Meyer/Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 437 ss).

E. 4

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant, domicilié en France, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 4.2

On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et

les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 4.3

Le taux d'invalidité s'évalue en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Selon la jurisprudence, les revenus avec et sans invalidité doivent être évalués de la manière la plus concrète possible, avec pour conséquence qu'ils se déduisent en principe des salaires réalisés par la personne assurée, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.2 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. également TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Lorsque l'assuré est une personne de condition indépendante, la comparaison porte sur les résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité. Ce n'est que si ces données comptables ne permettent pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité - ce qui est le cas lorsque les résultats de l'exploitation ont été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité - que le taux d'invalidité doit être évalué en application de la méthode extraordinaire (consistant à évaluer le taux d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète). Les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent en effet souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs, lesquels constituent des facteurs étrangers à l'invalidité. Ainsi, il convient, dans chaque cas, afin de déterminer la méthode d'évaluation applicable, d'examiner si les documents comptables permettent ou non de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer aux facteurs étrangers à l'invalidité de celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré. Sinon, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative dans l'assurance-invalidité (art. 28a al. 2 LAI, en relation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités pour déterminer quel est l'empêchement provoqué par l'atteinte à la santé, puis apprécier séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (ATF 128 V 29; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.2 ; 9C_283/2018 du 7 décembre 2018 consid. 4.2.1 ; 9C_218/2015 du 15 octobre 2015 consid. 6.3 ; 9C_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2).

E. 4.4

Ainsi, pour fixer le taux d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités). En particulier, le point de départ pour évaluer le caractère incapacitant des troubles psychiques (cf. ATF 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418; 145 V 215) est l'ensemble des constatations médicales effectuées par les médecins psychiatres (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Ces médecins - qu'ils exercent leur activité en qualité d'experts ou non - doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la

capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3).

E. 4.5

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Ainsi, le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références). L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Cela étant, si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a néanmoins établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b p. 352 ; cf. également TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3). Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 Ia 144). L'appréciation des preuves est en revanche soumise à des exigences sévères lorsque l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles (« geringe Zweifel »), subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden

medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et réf. cit.).

E. 4.6

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

E. 5

Il est au cas d'espèce établi que le recourant comptait au moins trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité ayant justifié sa demande de prestations de juin 2018. Demeurent en revanche litigieuses les incapacités de travail et de gain susceptibles d'être prises en considération dans le cadre de l'examen du droit à la rente. Dans ce contexte, l'autorité inférieure retient que depuis le début en novembre 2017 du délai d'attente d'un an, l'assuré présente une capacité de travail résiduelle de 60 % dans une activité adaptée à ses troubles de la concentration et articulaires, qui limitent le port de charge et l'endurance à l'effort. Faisant par ailleurs siennes les conclusions du rapport d'enquête du 22 juillet 2019, elle considère que la situation du recourant exige l'application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, qui laisse apparaître un taux d'invalidité de 48 % ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1er décembre 2018.

E. 5.1

Dans son mémoire de recours, le recourant exprime que l'évaluation par les médecins consultés de sa capacité de travail ne correspond pas à la réalité. A cet égard, pour établir les circonstances médicales pertinentes, l'autorité s'en remet dans la décision attaquée au résultat de « l'instruction médicale ». Contrairement à ce qu'elle soutient, on ne voit toutefois pas que le dossier comporte en l'état une appréciation médicale respectant les réquisits en la matière et permettant d'établir en connaissance de cause la capacité résiduelle de travail de l'assuré. En particulier, l'appréciation fournie sur dossier par le Dr D. _____ en date du 18 décembre 2018 ne saurait se voir reconnaître une valeur probante suffisante. En effet, pour étayer ses conclusions, le médecin SMR se borne en réalité à renvoyer aux avis des Drs B. _____ et C. _____, qui reconnaissent en substance à l'assuré une capacité de travail de 60 % dans son activité habituelle, étant entendu que le port de charges lourdes est désormais proscrit en raison des arthralgies induites par la maladie de Crohn. Or, en ce qu'elles concernent le taux d'occupation encore exigible du recourant, les conclusions

des médecins traitants semblent avoir été orientées par celui-ci. Ainsi, dans son mémoire de recours, l'assuré explique de façon crédible que lorsqu'en novembre 2017, « [son] médecin » a préconisé un arrêt de travail à temps partiel, il a été renoncé - pour permettre la poursuite de l'exploitation du garage - à attester une incapacité de travail de 50 %, pourtant plus en adéquation avec son état de santé. De là, on imagine mal que les prises de positions succinctes des Drs B._____ et C._____ constituent le résultat d'un examen objectif des circonstances médicales du cas d'espèce. Ces prises de position - qui ne comportent au demeurant pas d'examen clinique détaillé - ne sauraient par conséquent servir de base à une évaluation purement documentaire de la capacité médico-théorique de l'assuré. Dans ces conditions, on doute que l'appréciation du Dr D._____ restitue fidèlement la capacité résiduelle de travail de l'assuré. L'appréciation du médecin SMR apparaît d'autant moins convaincante que celui-ci reconnaît à l'assuré un état anxio-dépressif incapacitant sans qu'aucun médecin psychiatre n'ait fourni à ce propos d'avis spécialisé. Aussi l'instruction médicale mise en oeuvre à ce stade ne permet-elle pas de se prononcer en toute connaissance sur la capacité résiduelle de travail du recourant.

E. 5.2

Le recourant soutient ensuite que la fixation par l'autorité de son taux d'invalidité procède d'une évaluation erronée des montants déterminants pour la comparaison des revenus. On doit lui donner raison. Les pièces au dossier ne permettent en effet pas de fixer le revenu sans invalidité de l'assuré. Si l'on ne saurait dans ce contexte remettre en cause l'application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité - qui, comme l'exprime l'autorité précédente, s'impose au vu notamment de la taille et de l'organisation du garage exploité par l'assuré -, le rapport d'enquête économique n'est en effet pas suffisamment étayé relativement aux activités assumées par ce dernier avant la survenance de l'invalidité. Ainsi, les enquêteurs n'établissent pas de façon plausible et cohérente que l'activité accessoire de conducteur de nacelles qu'exerçait le recourant représentait effectivement le 1 % de son activité globale. Cette constatation correspondrait certes aux déclarations de ce dernier lors de la visite de son garage réalisée le 22 juillet 2019. Ces déclarations ne sont toutefois corroborées par aucune pièce comptable et n'ont pas été signées par l'assuré. A l'inverse, immédiatement après en avoir pris connaissance, le recourant a contesté le rapport d'enquête économique au sujet précisément de l'activité réalisée pour le compte de la ville de (...), expliquant que celle-ci permettait de générer des revenus annuels avoisinant les Fr. 20'000.-. De là, on imagine mal que les informations consignées par les enquêteurs suffisent à établir et à pondérer les différentes tâches qu'assumait l'assuré avant la survenance de l'invalidité. Contrairement à ce que suggèrent ces derniers dans leur prise de position du 12 novembre 2019, il apparaît pourtant décisif de déterminer précisément le revenu que générerait l'activité accessoire litigieuse, puisqu'il semble admis que l'assuré n'est plus en mesure de l'exercer dans les mêmes conditions en raison des états de fatigue occasionnés par sa maladie de Crohn (a contrario : TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). L'instruction doit donc être complétée sur ce point également (s'agissant de la valeur probante des rapports au sens de l'art. 69 RAI, cf. entre autres TF 8C_308/2016 du 6 septembre 2016 consid. 5 ; cf. également ATF 130 V 61 consid. 6.2 et 128 V 93 consid. 4 ainsi que TF 9C_921/2011 du 22 février 2012 consid. 3.3.1, 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 8C_352/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.2.2 ; s'agissant par ailleurs de la jurisprudence relative aux premières déclarations, cf. ATF 121 V 47 consid. 2a).

E. 5.3

En définitive, le dossier doit être complété par la mise en oeuvre d'une instruction visant à établir, d'une part, la capacité résiduelle de travail du recourant compte tenu de l'ensemble de ses atteintes, à savoir - par soucis de pragmatisme - également celles évoquées au cours de la procédure judiciaire (cf. état de fait C., 3ème paragraphe) ; d'autre part, l'instruction aura pour objet de déterminer le revenu sans invalidité de l'assuré en vue de l'application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de solliciter l'appréciation documentaire de son médecin conseil, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation adéquate. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). Aussi, pour établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans le cadre de sa demande de juin 2018, l'OAIE mettra en oeuvre - en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI (art. 29 LAI et 81 du règlement (CE) n° 883/2004) - une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant les volets psychiatrique, de chirurgie vasculaire et de médecine interne ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts, à l'instar le cas échéant de la cardiologie (ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7). Afin par ailleurs de procéder à la comparaison des revenus, l'autorité requerra dans un premier temps du recourant la production de tout document susceptible d'établir et de pondérer les différentes activités qu'il assumait avant puis après la survenance de l'invalidité. Pour le surplus, le recourant sera libre, dans le contexte de l'instruction à intervenir, de demander la rectification de son compte individuel, dont les revenus inscrits pour les 1983, 1984, 1985 et 2000 sont contestés dans la présente procédure.

E. 6

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 26 novembre 2019 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 7

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.