

BVGer C-2236/2023 vom 4. September 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-09-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2236_2023

FR: TAF C-2236/2023 du 4 septembre 2025

IT: TAF C-2236/2023 del 4 settembre 2025

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral est 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 attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). 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. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la 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 au moment de l'examen du recours (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 2.2

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. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

E. 2.3

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'espèce le 20 mars 2023. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 3

Tel que défini par les conclusions du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à la suite à sa demande du 14 février 2019.

E. 4

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente litigieuse est susceptible de prendre naissance avant cette date, eu égard à la date du dépôt de la demande de prestations (cf. arrêt du TF 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1). Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, 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 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

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 d'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). Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il 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 ; ATF 147 V 124 consid. 6.2 et 141 V 351 consid. 5.2 ; arrêt du TF 8C_192/2028 du 7 juillet 2022 consid. 6.1.1 ; concernant enfin l'obligation de se réadapter par soi-même, cf. entre autres arrêt du TF 9C_755/2020 du 8 mars 2021 consid. 5.3).

E. 4.3

Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 4.4

Suivant le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Le juge doit ainsi 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 soient dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4, 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références). Cela étant, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en oeuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt du TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2 et l'arrêt cité).

E. 4.5

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 (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

E. 5

En l'occurrence, pour évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'autorité précédente s'est principalement fondée sur l'expertise pluridisciplinaire qu'elle a réalisée auprès du F._____ et à laquelle elle a reconnu pleine valeur probante. A la suite des spécialistes consultés, elle a ainsi retenu que l'assuré présentait, au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une coxarthrose à l'origine de limitations fonctionnelles incompatibles avec la dernière activité exercée en tant que technicien de maintenance dans une usine de gaz naturel. En revanche, l'exercice d'une activité sédentaire adaptée reste exigible et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu de Fr. 5'647.22 calculé sur la base de l'ESS 2018 (TA1_skill_level, lignes 1-96, niveau de compétence 1, horaire hebdomadaire de 41.7 heures, sans abattement). Considérant le revenu de valide de Fr. 7'552.74, correspondant au salaire statistique mensuel brut, en Suisse, d'un salarié de niveau de compétence 3 dans le secteur de la production (lignes 5-43 du tableau TA1_skill_level de l'ESS 2018) pour un horaire hebdomadaire de 41.3 heures, il en résulte une invalidité de 25 % insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. De son côté, le recourant estime ne plus être en mesure de travailler en raison de la coxarthrose bilatérale dont il souffre, qui a encore récemment donné lieu à une infiltration au niveau de la hanche droite et pourrait exiger la réalisation d'une arthroplastie totale de la hanche gauche. Se prévalant essentiellement du rapport de l'IRM des hanches du 13 janvier 2017, des résultats des infiltrations pratiquées les 14 septembre 2017 et 11 avril 2019 ainsi que du rapport traumatologique du 29 janvier 2018, il explique que ses atteintes au niveau des hanches sont à l'origine de douleurs et limitations fonctionnelles incompatibles avec l'exercice d'activités légères et sédentaires également. D'ailleurs, une incapacité permanente lui a été reconnue par l'institut espagnol de sécurité sociale. Aussi prétend-il à une rente complète d'invalidité ou, subsidiairement, à une rente partielle.

E. 5.1

L'argumentation du recourant ne convainc pas. A la suite de l'autorité précédente, il y a bien lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du F._____. Pour fournir leurs conclusions, les experts ont en effet pris en considération l'anamnèse complète de l'assuré, ont systématiquement retranscrits ses plaintes et ont dressés son status clinique exhaustif. Disposant d'un dossier médical complet, ils ont ainsi observé que les limitations fonctionnelles de ce dernier sont d'origine orthopédique exclusivement et se

rappellent à la coxarthrose bilatérale prédominante à gauche documentée par IRM du 13 janvier 2017. Aussi ont-ils rappelé que cette atteinte s'est manifestée en 2016 sous la forme de douleurs au genou puis, après avoir été diagnostiquée, a donné lieu dès 2017 à plusieurs infiltrations ainsi qu'à une arthroscopie de la hanche gauche d'évolution défavorable pratiquée le 1er mars 2018. De même, les experts ont précisément consigné les plaintes de l'assuré, qui se traduisent essentiellement par des douleurs inguinales gauche irradiant jusqu'au genou, accompagnées de douleurs de la fesse gauche qui irradient jusqu'au talon ainsi que de douleurs à la hanche droite surtout ressenties à la charge de ce membre. Ils ont par ailleurs décrit les résultats de l'examen clinique avec précision, notant en particulier une boiterie à gauche qui diminue après un temps de mise en route, une mobilité des hanches légèrement diminuée ainsi que le déclenchement de douleurs lors de la recherche d'un conflit fémoro-acétabulaire. De là, les experts ont évalué les limitations fonctionnelles de l'assuré en tenant compte de l'ensemble des éléments pertinents et ont clairement décrit les répercussions qu'entraîne son atteinte des hanches au niveau de la marche, des positions statiques et du port de charge en particulier. Justifiant d'une compréhension complète de la situation médicale de l'assuré, ils ont ainsi retenu de manière convaincante sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2019, excluant expressément toute diminution de rendement. Pour le surplus, ils ont expliqué de façon circonstanciée qu'une arthroplastie totale de la hanche gauche pourrait - en cas d'adhésion de l'assuré - déployer de bons résultats sur sa capacité de travail.

E. 5.2

En définitive, les considérations des experts - claires et dûment motivées - offrent une étude circonstanciée des points litigieux et du contexte médical, résultent d'une anamnèse complète tenant compte des plaintes exprimées par le recourant et se fondent sur des examens complets. Par conséquent, leur rapport pluridisciplinaire du 6 octobre 2022 respecte en tous points les réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de tels documents. Aussi ne voit-on aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Ainsi que l'a exprimée le service médical de l'autorité précédente, le rapport orthopédique du 26 avril 2023 produit au cours de la procédure judiciaire se borne en particulier à décrire les atteintes connues et ne comporte en ce sens aucune information ignorée par les experts. Pour le surplus, en se limitant à se prévaloir des avis médicaux de ses médecins traitants - qui ne se prononcent au demeurant pas sur la capacité résiduelle de travail du recourant et ont été explicitement pris en compte par les experts - celui-ci n'établit pas l'existence d'éléments médicaux objectifs qui auraient échappé aux spécialistes du F._____. Quant aux prononcés des autorités espagnoles de sécurité sociale, ils n'apparaissent pas non plus déterminants dans ce contexte, dès lors que l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (consid. 4 ci-dessus). Dans ces conditions, l'autorité s'est valablement référée aux conclusions des experts du F._____ pour reconnaître à l'assuré, dès mars 2019, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles occasionnées par ses atteintes orthopédiques.

E. 5.3

Pour le surplus, le recourant ne remet à bon droit pas en cause la comparaison des revenus effectuée par l'administration pour fixer le degré d'invalidité et ne critique en particulier pas le recours aux données statistiques pour évaluer son revenu sans invalidité, étant constaté que le dernier revenu réalisé l'a été en Espagne il y a plus de sept années (dans ce contexte,

cf. ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 137 V 20 consid. 5.2.3.2 et arrêts du TF 9C_504/2023 du 28 février 2024 consid. 5.2, 9C_368/2022, 9C_422/2022 du 9 décembre 2022 consid. 5.18C_202/2021 du 17 décembre 2021 consid. 6.3 ; cf. également les arrêts du TAF C-4875/2022 du 5 juin 2025 consid. 6, C-4537/2020 du 5 juillet 2024 consid. 8 ainsi que C-6369/2017 du 31 juillet 2019 consid. 6). Aussi n'apparaît-il pas contraire au droit d'avoir renoncé à appliquer un abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé, et ce quand bien même l'autorité avait admis un tel abattement à la base de sa décision du 25 septembre 2019, annulée par l'arrêt C-5541/2019 du tribunal de céans (à ce propos, cf. arrêt du TF 9C_44/2024 du 23 septembre 2024 consid. 4.3). On ne voit en effet pas en quoi les limitations fonctionnelles que présente l'assuré entraîneraient un désavantage salarial dans les activités encore exigibles. Vu le large éventail d'activités légères offert dans le marché du travail, il faut en effet admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à de telles limitations et accessibles sans aucune formation particulière (sur la question de l'abattement, cf. encore arrêts du TF 9C_111/2025 du 24 avril 2025 consid. 5 et son renvoi à l'ATF 150 V 410 ; pour une casuistique où aucun abattement n'est effectué, cf. TF 9C_375/2019, 9C_382/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3, 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3, 8C_859/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.2, 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4 et 9C_288/2017 du 4 juillet 2017 consid. 5.1). Au demeurant, l'assuré était âgé de 55 ans lorsqu'il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible du point de vue médical, ce qui était en soi relativement éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence considère qu'une méthode d'évaluation plus concrète est nécessaire (cf. ATF 138 V 457 consid. 3 ainsi que les arrêts du TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2).

E. 5.4

Cela étant, la décision attaquée n'apparaît pas critiquable en tant qu'elle exclut le droit du recourant à une rente en raison d'un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à cette prestation. Par conséquent, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté.

E. 6

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés à Fr. 800.- compte tenu de la charge liée à la procédure (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté dans le cadre de la présente procédure. En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts, est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas non plus droit aux dépens. (le dispositif se trouve sur la page suivante)

E. 16

et 27). Dans un rapport du 29 janvier 2019, la Dre D. _____ –

C-2236/2023 Page 3 médecin-conseil auprès de l'Institut espagnol de la sécurité sociale – a pro- cédé au résumé du dossier médical de l'assuré, décrivant à cette occasion certaines constatations cliniques (« FLEX 95°, ROT EXT LIMITADA < 50 %, ROT INT MUY LIMITADA >50% ; DCHA : FLEX 95°, ROT EXT LIM- TADA EN ULTIMOS GRDS, ROT INT LIMITADA 50%. ») et faisant état d'une claudication à la marche (OAIE pce 5) ;

dans un rapport médical E 213 du 20 mars 2019, cette médecin a en outre rapporté des limitations au niveau des deux hanches (OAIE pce 7). Par décision du 21 mars 2019, les autorités espagnoles d'assurances sociales ont reconnu à l'intéressé une incapacité permanente égale ou supérieure à 33 % (« incapacidad permanente ») ayant donné lieu à une rente temporaire du 5 février 2018 au 4 février 2019 (OAIE pces 21 et 29). Finalement, l'assuré a fait l'objet le 11 avril 2019 d'une infiltration au niveau de la hanche droite (OAIE pce 28). B.b Le 3 juin 2019, la société B._____ – qui a employé l'assuré jusqu'au

E. 19

mars 2019 – a expliqué que celui-ci travaillait, dans son ancienne activité, plus de cinq heures par jour à réparer des équipements de l'entreprise, entre une demi-heure et trois heures à en réviser les systèmes et moins d'une demi-heure à œuvrer en qualité de pompier. Dans leur ensemble, ces tâches impliquaient parfois (d'une demi-heure à 3 heures par jour) de travailler en position assise ou de manipuler des charges supérieures à 10 kg ; souvent (jusqu'à cinq heures par jour), il s'agissait de marcher, de travailler debout et de manipuler des charges jusqu'à 20 kg (OAIE pce 18). B.c Cela étant, dans un rapport du 2 juillet 2019, la Dre E._____ – médecin-conseil au service de l'assurance-invalidité, spécialisée en médecine interne et soins intensifs – a reconnu à l'assuré une incapacité de travail de 80% dans son activité habituelle, ce dès le 14 septembre 2017 (infiltration de la hanche gauche), avec un épisode d'incapacité totale du 27 février 2018 au 10 septembre 2018, à savoir dans les suites de l'opération de la hanche gauche. En dépit de son atteinte ostéo-articulaire – ainsi que d'autres atteintes sans répercussion sur la capacité de travail (diabète, migraines et appendicectomie) –, l'assuré présente en revanche, dès le 11 septembre 2018, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit en substance une activité légère exercée en position assise et ne nécessitant pas de se pencher, de marcher au-delà de dix minutes et d'utiliser des échelles ou escaliers (OAIE pce 21). B.d Par décision du 25 septembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés domiciliés à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure, autorité précédente) a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au

C-2236/2023 Page 4 motif que celui-ci présente une invalidité de 34 % insuffisante pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (OAIE pce 31). B.e Dans un arrêt C-5514/2019 du 30 mars 2021, le Tribunal administratif fédéral a considéré que l'instruction médicale réalisée par l'office AI ne permettait pas d'établir l'état de santé de l'assuré et, par conséquent de se prononcer sur son droit aux prestations de l'assurance invalidité ; il a par conséquent annulé la décision du 25 septembre 2019 et renvoyé la cause à l'OAIE afin de mettre en œuvre une expertise médicale permettant d'évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré et de déterminer dans quelle mesure celle-ci pourrait être améliorée par une arthroplastie totale de la hanche gauche (OAIE pce 50). B.f Les 21 avril et 9 juillet 2021, l'assuré a bénéficié de deux nouvelles infiltrations au niveau de la hanche droite (OAIE pces 85 et 86). B.g Après avoir notamment soumis à l'assuré la liste des questions envisagées et lui avoir donné la possibilité d'adresser des questions supplémentaires (OAIE pce 58), l'OAIE a confié un mandat au centre F._____ SA afin de réaliser une expertise pluridisciplinaire (OAIE pce 62). Dans leur rapport consécutif du 6 octobre 2022, les Drs G._____ (médecine générale), H._____ (chirurgie orthopédique) et I._____ (neurologie) ont exclu l'existence de limitations fonctionnelles au niveau de la médecine interne générale et neurologique. Au plan orthopédique en revanche, ils ont retenu que l'assuré présente une coxarthrose bilatérale prédominante à

gauche (CIM-10 M16.0) à l'origine de limitations fonctionnelles excluant la reprise de l'activité habituelle, mais compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée dès le 20 mars 2019. A dire d'experts, les positions statiques debout et assises ainsi que la marche sont en particulier limitées dans le temps, la montée et la descente d'escaliers doivent être évitées surtout de façon répétitive et le port de charge est limité à 10 kg. Cela étant, une arthroplastie totale de la hanche gauche permettrait, en cas de bons résultats et d'évolution favorable, à l'assuré de recouvrer une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (OAIE pce 106 ; cf. également le rapport de radiographie de la hanche gauche du 7 septembre 2022, OAIE pce 103). B.h Après avoir considéré que l'expertise du F. _____ disposait d'une pleine valeur probante (OAIE pce 121) et évalué l'invalidité de l'assuré dès le 5 février 2018 à 25.23 % eu égard à la comparaison entre un salaire d'invalidé de Fr. 5'647.22 et un revenu sans invalidité de Fr. 7'552.74 déduits sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-

C-2236/2023 Page 5 après : ESS ; AOIE pce 122), l'office AI a rejeté sa demande de prestations par décision du 20 mars 2023 (OAIE pce 127). C. L'assuré interjette recours contre cette décision, dont il demande l'annulation, concluant en substance à ce qu'une rente d'invalidité lui soit allouée. Aussi produit-il un rapport orthopédique du 26 avril 2023 attestant de la coxarthrose bilatérale connue, pour laquelle une indication chirurgicale est posée et une infiltration demandée (TAF pces 1 et 5). L'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant dans ce contexte à une prise de position du 4 août 2023 par laquelle son service médical observe que le rapport orthopédique susmentionné du 26 avril 2023 ne comporte pas de nouvelle information et ne permet pas de modifier les conclusions de l'expertise (TAF pce 7). L'échange d'écritures a été clôturé après que l'assuré ait renoncé à se prononcer sur la réponse de l'office AI (TAF pces 8ss). Droit : 1. Le Tribunal administratif fédéral est 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 attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). 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. 63 al. 4 PA), le recours est recevable. 2. 2.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la 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 au moment de l'examen du recours (ATF 130 V 1 consid. 3.2). 2.2 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. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans

C-2236/2023 Page 6 arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées). 2.3 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'espèce le 20 mars 2023. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire

l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). 3. Tel que défini par les conclusions du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à la suite à sa demande du 14 février 2019. 4. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente litigieuse est susceptible de prendre naissance avant cette date, eu égard à la date du dépôt de la demande de prestations (cf. arrêt du TF 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1). Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, 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

C-2236/2023 Page 7 avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5). 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 d'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). Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). 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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il 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 équi- libré (art. 16 LPGA ; ATF 147 V 124 consid. 6.2 et 141 V 351 consid. 5.2 ; arrêt du TF 8C_192/2028 du 7 juillet 2022 consid. 6.1.1 ; concernant enfin l'obligation de se réadapter par soi-même, cf. entre autres arrêt du TF 9C_755/2020 du 8 mars 2021 consid. 5.3). 4.3 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré (c'est- à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des

C-2236/2023 Page 8 examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'inci- dence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que pos- sible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'ad- ministration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2). 4.4 Suivant le principe de la libre appréciation des preuves, le juge appré- cie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis dé- cider 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 déter- minant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circons- tanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne exami- née, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la des- cription du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4, 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les réfé- rences). Cela étant, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une ex- pertise mise en oeuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle

C-2236/2023 Page 9 exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins trai- tants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt du TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2 et l'arrêt cité). 4.5 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 vraisem- blables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondé- rante. 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 (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1). 5. En l'occurrence, pour évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'autorité précédente s'est principalement fondée sur l'expertise pluridisciplinaire qu'elle a réalisée auprès du F. _____ et à laquelle elle a reconnu pleine valeur probante. A la suite des spécialistes consultés, elle a ainsi retenu que l'assuré présentait, au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une coxarthrose à l'origine de limitations fonctionnelles incompatibles avec la dernière activité exercée en tant que technicien de maintenance dans une usine de gaz naturel. En revanche, l'exercice d'une activité sédentaire adaptée reste exigible et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu de Fr. 5'647.22 calculé sur la base de l'ESS 2018 (TA1_skill_level, lignes 1-96, niveau de compétence 1, horaire hebdomadaire de 41.7 heures, sans abattement). Considérant le revenu valide de Fr. 7'552.74, correspondant au salaire statistique mensuel brut, en Suisse, d'un salarié de niveau de compétence 3 dans le secteur de la production (lignes 5-43 du tableau TA1_skill_level de l'ESS 2018) pour un

C-2236/2023 Page 10 horaire hebdomadaire de 41.3 heures, il en résulte une invalidité de 25 % insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. De son côté, le recourant estime ne plus être en mesure de travailler en raison de la coxarthrose bilatérale dont il souffre, qui a encore récemment donné lieu à une infiltration au niveau de la hanche droite et pourrait exiger la réalisation d'une arthroplastie totale de la hanche gauche. Se prévalant essentiellement du rapport de l'IRM des hanches du 13 janvier 2017, des résultats des infiltrations pratiquées les 14 septembre 2017 et 11 avril 2019 ainsi que du rapport traumatologique du 29 janvier 2018, il explique que ses atteintes au niveau des hanches sont à l'origine de douleurs et limitations fonctionnelles incompatibles avec l'exercice d'activités légères et sédentaires également. D'ailleurs, une incapacité permanente lui a été reconnue par l'institut espagnol de sécurité sociale. Aussi prétend-il à une rente complète d'invalidité ou, subsidiairement, à une rente partielle. 5.1 L'argumentation du recourant ne convainc pas. A la suite de l'autorité précédente, il y a bien lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du F. _____. Pour fournir leurs conclusions, les experts ont en effet pris en considération l'anamnèse complète de l'assuré, ont systématiquement retranscrits ses plaintes et ont dressés son status clinique exhaustif. Disposant d'un dossier médical complet, ils ont ainsi observé que les limitations fonctionnelles de ce dernier sont d'origine orthopédique exclusivement et se rapportent à la coxarthrose bilatérale prédominante à gauche documentée par IRM du 13 janvier 2017. Aussi ont-ils rappelé que cette atteinte s'est manifestée en 2016 sous la forme de douleurs au genou puis, après avoir été diagnostiquée, a donné lieu dès 2017 à plusieurs infiltrations ainsi qu'à une arthroscopie de la hanche gauche d'évolution défavorable pratiquée le 1er mars 2018. De même, les experts ont précisément consigné les plaintes de l'assuré, qui se traduisent essentiellement par des douleurs inguinales gauche irradiant jusqu'au genou, accompagnées de douleurs de la fesse gauche qui irradient jusqu'au talon ainsi que de

douleurs à la hanche droite surtout ressenties à la charge de ce membre. Ils ont par ailleurs décrit les résultats de l'examen clinique avec précision, notant en particulier une boiterie à gauche qui diminue après un temps de mise en route, une mobilité des hanches légèrement diminuée ainsi que le déclenchement de douleurs lors de la recherche d'un conflit fémoro-acétabulaire. De là, les experts ont évalué les limitations fonctionnelles de l'assuré en tenant compte de l'ensemble des éléments pertinents et ont clairement décrit les répercussions qu'entraîne son atteinte des hanches au niveau de la marche, des positions statiques et du port de charge en particulier. Justifiant d'une compréhension complète de

C-2236/2023 Page 11 la situation médicale de l'assuré, ils ont ainsi retenu de manière convaincante sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2019, excluant expressément toute diminution de rendement. Pour le surplus, ils ont expliqué de façon circonstanciée qu'une arthroplastie totale de la hanche gauche pourrait – en cas d'adhésion de l'assuré – déployer de bons résultats sur sa capacité de travail. 5.2 En définitive, les considérations des experts – claires et dûment motivées – offrent une étude circonstanciée des points litigieux et du contexte médical, résultent d'une anamnèse complète tenant compte des plaintes exprimées par le recourant et se fondent sur des examens complets. Par conséquent, leur rapport pluridisciplinaire du 6 octobre 2022 respecte en tous points les réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de tels documents. Aussi ne voit-on aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Ainsi que l'a exprimée le service médical de l'autorité précédente, le rapport orthopédique du 26 avril 2023 produit au cours de la procédure judiciaire se borne en particulier à décrire les atteintes connues et ne comporte en ce sens aucune information ignorée par les experts. Pour le surplus, en se limitant à se prévaloir des avis médicaux de ses médecins traitants – qui ne se prononcent au demeurant pas sur la capacité résiduelle de travail du recourant et ont été explicitement pris en compte par les experts – celui-ci n'établit pas l'existence d'éléments médicaux objectifs qui auraient échappé aux spécialistes du F._____. Quant aux prononcés des autorités espagnoles de sécurité sociale, ils n'apparaissent pas non plus déterminants dans ce contexte, dès lors que l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (consid. 4 ci-dessus). Dans ces conditions, l'autorité s'est valablement référée aux conclusions des experts du F._____ pour reconnaître à l'assuré, dès mars 2019, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles occasionnées par ses atteintes orthopédiques. 5.3 Pour le surplus, le recourant ne remet à bon droit pas en cause la comparaison des revenus effectuée par l'administration pour fixer le degré d'invalidité et ne critique en particulier pas le recours aux données statistiques pour évaluer son revenu sans invalidité, étant constaté que le dernier revenu réalisé l'a été en Espagne il y a plus de sept années (dans ce contexte, cf. ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 137 V 20 consid. 5.2.3.2 et arrêts du TF 9C_504/2023 du 28 février 2024 consid. 5.2, 9C_368/2022, 9C_422/2022 du 9 décembre 2022 consid. 5.18C_202/2021 du 17

C-2236/2023 Page 12 décembre 2021 consid. 6.3 ; cf. également les arrêts du TAF C-4875/2022 du 5 juin 2025 consid. 6, C-4537/2020 du 5 juillet 2024 consid. 8 ainsi que C-6369/2017 du 31 juillet 2019 consid. 6). Aussi n'apparaît-il pas contraire au droit d'avoir renoncé à appliquer un abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidité, et ce quand bien même l'autorité avait admis un tel abattement à la base de sa décision du 25 septembre 2019, annulée par l'arrêt C-5541/2019 du tribunal de céans (à ce

propos, cf. arrêt du TF 9C_44/2024 du 23 septembre 2024 consid. 4.3). On ne voit en effet pas en quoi les limitations fonctionnelles que présente l'assuré entraînent un désavantage salarial dans les activités encore exigibles. Vu le large éventail d'activités légères offert dans le marché du travail, il faut en effet admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à de telles limitations et accessibles sans aucune formation particulière (sur la question de l'abattement, cf. encore arrêts du TF 9C_111/2025 du 24 avril 2025 consid. 5 et son renvoi à l'ATF 150 V 410 ; pour une casuistique où aucun abattement n'est effectué, cf. TF 9C_375/2019, 9C_382/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3, 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3, 8C_859/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.2, 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4 et 9C_288/2017 du 4 juillet 2017 consid. 5.1). Au demeurant, l'assuré était âgé de 55 ans lorsqu'il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible du point de vue médical, ce qui était en soi relativement éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence considère qu'une méthode d'évaluation plus concrète est nécessaire (cf. ATF 138 V 457 consid. 3 ainsi que les arrêts du TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2). 5.4 Cela étant, la décision attaquée n'apparaît pas critiquable en tant qu'elle exclut le droit du recourant à une rente en raison d'un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à cette prestation. Par conséquent, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté. 6. Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés à Fr. 800.- compte tenu de la charge liée à la procédure (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté dans le cadre de la présente procédure. En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts, est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, C-2236/2023 Page 13 RS 173.320.2]). En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas non plus droit aux dépens. (le dispositif se trouve sur la page suivante)

C-2236/2023 Page 14

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