

# **BVGer C-3637/2017 vom 18. Juni 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-06-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3637\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3637_2017)

FR: TAF C-3637/2017 du 18 juin 2019

IT: TAF C-3637/2017 del 18 giugno 2019

## **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 LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA), de la LTAF (RS 173.32) et de la LAI (RS 831.20). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées 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).

### **E. 1.3**

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, n° 8 p. 439). En l'occurrence, par sa décision du 23 mai 2017, l'OAIE a tranché exclusivement le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Cela étant, en tant qu'il demande à ce qu'une mesure de reclassement ou toute autre mesure de réadaptation lui soit accordée, le recourant formule des conclusions qui dépassent l'objet de la contestation et sur lesquelles il n'y a dès lors pas lieu d'entrer en matière.

### **E. 1.4**

Pour le surplus, 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 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**

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié en France et ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Ainsi, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

### **E. 2.2**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, 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, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 23 mai 2017.

### **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, soit le 23 mai 2017 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). Il applique par ailleurs le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). En principe, le juge se limite 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 ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Singulièrement, sont contestés le degré d'invalidité et la durée de cotisation admis par l'OAIE. Cela étant, il est établi et admis par les parties que le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI).

#### **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).

#### **E. 4.2**

L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, 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 réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

#### **E. 4.3**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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). Pour fixer ce taux, 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). Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

#### **E. 4.4**

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait

été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En présence d'avis contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue sur lequel se sont fondés les premiers juges ou établir le caractère incomplet de celui-ci (parmi d'autres arrêts, TF 9C\_754/2013 du 16 avril 2014, 9C\_509/2010 du 4 février 2011, 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

#### **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 ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), 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 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

#### **E. 5**

Dans un premier grief, le recourant reproche à l'autorité inférieure d'avoir évalué sa capacité résiduelle de travail au regard essentiellement de l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_. A ses yeux, les conclusions du médecin-conseil sont en effet contredites par celles des Drs G.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, qui retiennent de façon concordante une capacité de travail nulle dans toute activité tant que l'intervention chirurgicale évoquée en dernier lieu par le Dr L.\_\_\_\_\_ n'aura pas été pratiquée. Or, s'il explique rester perplexe quant aux chances de succès d'une telle opération, le Dr J.\_\_\_\_\_ n'explique pas en quoi une chirurgie du segment L4-L5 serait dépourvue de chance de succès et ne permettrait pas au recourant d'améliorer son état de santé. Toujours selon le recourant, c'est à tort également que le Dr J.\_\_\_\_\_ reproche à son confrère G.\_\_\_\_\_ d'avoir accordé trop d'importance à l'évolution subjective décrite par l'assuré. C'est au contraire en parfaite connaissance de cause et sur la base d'un examen clinique détaillé que ce dernier médecin a rendu son expertise.

#### **E. 5.1**

En l'espèce, il ressort de tous les rapports médicaux se trouvant au dossier que l'assuré présente plusieurs discopathies - dont l'une particulièrement prononcée au niveau L4-L5 -, qui se traduisent par des lombalgies chroniques. Aussi les médecins consultés excluent-ils de manière concordante la capacité de celui-ci à exercer son activité habituelle (notamment AI pces 21, 23, 28, 38, 42, 45, 46, 63 et TAF pce 1 annexe 2). En revanche, comme l'explique le recourant, l'incidence des atteintes sur sa capacité de travail dans une activité

adaptée donne lieu à des avis contradictoires. Ainsi, à suivre principalement le Dr J. \_\_\_\_\_, l'assuré reste capable de travailler à 75 % dans une activité adaptée (AI pce 42). Au contraire, le Dr G. \_\_\_\_\_ retient en l'état une capacité de travail nulle dans toute activité en raison de douleurs chroniques invalidantes, susceptibles d'être traitées chirurgicalement (AI pce 45). En l'occurrence, tant le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2016 que celui du Dr G. \_\_\_\_\_ du 21 janvier 2016 apparaissent complets (AI pces 42 et 45). En effet, ces spécialistes en rhumatologie procèdent l'un comme l'autre à une étude précise des points litigieux, se fondent sur des examens complets et fournissent des rapports motivés établis en connaissance du dossier. Cela étant, quoiqu'en pense l'assuré, l'appréciation menée par le Dr G. \_\_\_\_\_ peine à convaincre. Selon la jurisprudence en effet, pour justifier une invalidité, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352; 140 V 290 ; 141 V 281). Or, le Dr G. \_\_\_\_\_ fonde ses conclusions sur les plaintes de l'assuré davantage que sur le substrat organique à la base des symptômes. Ainsi, ce médecin évoque à plusieurs reprises les importantes douleurs de l'assuré, installées de longue date et ne répondant pas aux traitements jusqu'à présent mis en oeuvre. Pour autant, à aucun moment il ne met en comparaison les plaintes du recourant et le déficit somatique à leur origine. D'ailleurs, devant une imagerie démontrant une situation inchangée depuis 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ exclut au terme de son rapport du 21 janvier 2016 toute capacité résiduelle de travail de l'assuré, alors même qu'en 2014, il le reconnaissait capable de reprendre progressivement une activité légère (AI pce 8 p14 et pce 45). En d'autres termes, l'expert mandaté par la C. \_\_\_\_\_ Assurances s'attarde à décrire les douleurs du recourant, sans chercher à en expliquer l'importance à la lumière des constatations objectives. En cela, il accorde une part trop importante aux plaintes subjectives de l'assuré, de sorte que son avis doit être écarté. A l'inverse, s'il prend également en considération les plaintes de l'assuré, le Dr J. \_\_\_\_\_ fournit à l'appui de ses conclusions une explication claire et objective sur l'origine et l'importance des symptômes. Ainsi, après avoir relevé chez l'assuré certaines réactions exagérées et des incohérences, ce spécialiste en rhumatologie évalue la capacité de travail de celui-ci compte tenu de la « tolérance mécanique du rachis lombaire » et en se référant aux « constatations cliniques objectivables » ainsi qu'aux résultats d'imagerie (rapport du 3 mai 2016, AI pce 42). Dès lors ainsi qu'il rapporte les douleurs, les limitations fonctionnelles, de même que la capacité de travail médico-théorique à des constatations objectives, le médecin-conseil fournit une appréciation cohérente et convaincante de l'état de santé du recourant. Dans la mesure par ailleurs où les conclusions du médecin-conseil résultent d'une parfaite connaissance de l'anamnèse et du tableau clinique de l'assuré, on ne voit pas de raison de s'en écarter (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Pour les motifs susmentionnés, les rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ ne remettent en particulier pas en cause l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_. Muet sur la question de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_ du 25 janvier 2016 ne saurait non plus invalider celle du médecin-conseil (AI pce 46). De même, les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré ; ils ne fournissent en outre pas d'éléments médicaux qui aurait été ignorés par le Dr J. \_\_\_\_\_. Certes, comme le constate le recourant, ces chirurgiens retiennent une indication chirurgicale au niveau L4-L5 (AI pce 19 et TAF pce 1 annexe 2). Cette circonstance n'apparaît toutefois pas décisive, dès lors que l'assuré s'est systématiquement opposé à une telle intervention et que celle-ci n'a pas été exigée dans le contexte de l'obligation de diminuer le

dommage au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA (AI, notamment pce 8 p 14 et pce 72). Aussi, les rapports de ces derniers médecins ne jettent pas le doute sur celui du médecin-conseil. Finalement, dans la mesure où ils sont dépourvus de toute motivation, les arrêts de travail attestés par le médecin-traitant E. \_\_\_\_\_ peuvent être écartés sans autre examen.

### **E. 5.2**

En définitive, l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ doit être écarté dans la mesure où ce médecin ne cherche pas à expliquer les plaintes de l'assuré par des constatations objectives. Cela étant, pour les motifs susmentionnés, il y a lieu de se fonder sur l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ - au demeurant reprise par le Dr K. \_\_\_\_\_ (rapport SMR du 5 juillet 2016 ; AI pce 47) -, dont rien ne met en doute, même de façon minime, la fiabilité et la pertinence des conclusions (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee). Partant de là, l'OAIE était fondée à reconnaître à l'assuré une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée. Le grief du recourant doit par conséquent être écarté.

### **E. 6**

Par un deuxième moyen, l'assuré remet en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'OAIE. A ses yeux, le revenu sans invalidité retenu par cette autorité n'intègre pas la part du salaire afférent aux vacances, due selon l'art. 20 § 2 de la Convention collective de travail applicable pour les carreleurs. Par ailleurs, le recourant considère que l'abattement de 15 % admis lors de l'évaluation du revenu d'invalidé ne tient pas suffisamment compte de ses limitations, de son âge et de ce qu'il a travaillé 12 ans auprès du même employeur. En outre, ce revenu, à tort, ne prend en compte aucune diminution de rendement.

#### **E. 6.1**

Ce grief doit être écarté. De jurisprudence en effet, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). En l'occurrence, en retenant un revenu sans invalidité de 71'396 fr., l'OAIE a tenu compte du salaire que réalisait l'assuré en 2014 auprès de son dernier employeur (AI pce 11 et 18 p. 1 et 2) et qu'il aurait continué à réaliser en 2015, soit au moment déterminant de la comparaison des revenus (AI pce 18 p. 3). S'agissant là d'un salaire mensuel de 5'492 fr. annualisé ( $13 \times 5'492 = 71'396$ ), on ne voit pas, quoiqu'en pense le recourant, que l'on doive y ajouter un montant correspondant au salaire afférent aux vacances. Dans la mesure par ailleurs où le revenu litigieux est supérieur aux minima conventionnels (<http://www.service-cct.ch/Contract.aspx?stellaNumber=455002&versionName=9>), il n'y a de toute manière pas de raison de s'en écarter (cf. notamment TF 8C\_310/2018 du 18 décembre 2018, consid. 6.3). Quant au revenu d'invalidé évalué à 42'362 fr. par l'OAIE, il n'est pas non plus critiquable. S'agissant en particulier de l'abattement de 15 % appliqué sur le salaire statistique, le recourant ne se prévaut d'aucun motif pertinent exigeant que l'on écarte l'appréciation de l'administration (ATF 137 V 71, consid. 5.2). Or, vu la nature des activités encore exigibles, on peut exclure que l'âge de l'assuré, ses limitations fonctionnelles ou encore son manque d'expérience dans une nouvelle profession soient

susceptibles de réduire ses perspectives salariales dans une mesure plus importante que celle retenue par l'OAIE. Le recourant n'explique d'ailleurs pas en quoi les circonstances dont il se prévaut affecteraient concrètement ses perspectives salariales sur un marché du travail équilibré (cf. notamment : TF 8C\_766/2017 et 8C\_773/2017 du 30 juillet 2018, consid. 8).

#### **E. 6.2**

Dans ces circonstances, il n'y a pas de raison de remettre en cause le degré d'invalidité de 40.7 %, résultant de la comparaison entre un revenu sans invalidité de 71'396 fr. et un revenu d'invalidité de 42'364 fr..

#### **E. 7**

Dans un dernier grief, le recourant conteste la durée de cotisation admise à la base de sa rente, soutenant comptabiliser au minimum 13 années complètes de cotisation en Suisse, soit de 2002 à 2014. Pour autant, il ne se prévaut d'aucune preuve susceptible de remettre en cause son extrait de compte individuel, qui atteste quoiqu'il en dise d'une durée de cotisation de 148 mois, soit de 12 années complètes de 2003 à 2014 et 4 mois en 2002 (art. 38 LAVS ; TAF pce 17). Or, comme le retient l'OAIE, il n'y a matière à rectification du compte individuel que si la preuve stricte est rapportée qu'un employeur a effectivement retenu des cotisations AVS/AI sur les revenus versés (ATF 130 V 335 consid. 4.1; s'agissant de la procédure de rectification, cf. art. 141 RAVS). Dans ces conditions, le moyen de l'assuré doit-il être écarté.

#### **E. 8**

Il suit de ce qui précède que le recours de l'assuré est mal fondé et doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

#### **E. 9.1**

En règle générale, les frais de procédure comprennent devant le Tribunal de céans l'émolument judiciaire et les débours, et sont mis dans le dispositif à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF ; art. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Vu l'issue du litige, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- et mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée par le recourant, de même montant, requise par le Tribunal de céans (cf. TAF pces 3 à 5).

#### **E. 9.2**

Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario du FITAF, la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens au recourant. L'autorité inférieure n'a pas non plus droit à une indemnité de dépens en sa qualité d'autorité (art. 7 al. 3 FITAF).

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