

# **BVGer C-2615/2018 vom 23. April 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2615\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2615_2018)

FR: TAF C-2615/2018 du 23 avril 2020

IT: TAF C-2615/2018 del 23 aprile 2020

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 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 en règle générale dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

#### **E. 1.1**

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. 1.2**

En l'occurrence, 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. 64 al. 3 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, ressortissant français domicilié en France, a travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable 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 Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1er avril 2012, l'ALCP fait référence 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 Etats 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). Cela étant, 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).

## **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.

## **E. 2.3**

Par ailleurs, 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 (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). Les faits postérieurs 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\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

## **E. 3**

Compte tenu des conclusions, le litige s'inscrit tout d'abord dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, portant en particulier sur le maintien au-delà du 31 décembre 2016 de la rente entière allouée à l'assuré depuis le 1er août 2016, respectivement sur l'existence d'une amélioration de son état de santé ou de sa capacité de gain à partir du mois de septembre 2016. Le litige concerne ensuite le droit du recourant, en tant que bénéficiaire d'une rente, à des mesures d'ordre professionnel (art. 8a LAI).

## **E. 4**

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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 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). Selon l'art. 17 LPGA - applicable par analogie dans les cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (ATF 125 V 413 ; TF 9C\_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3 ; sur l'institution de la révision en général, cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10 s.; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss) - la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en

conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI; RS 831.201), l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

#### **E. 4.1**

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). Aussi, 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. S'agissant en particulier des atteintes à la santé psychique, elles supposent - pour être retenues à la base d'une perte de gain - la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). De jurisprudence, la preuve du caractère invalidant d'un tel trouble doit en principe être apportée selon une procédure probatoire structurée en référence aux indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017). Une telle évaluation est toutefois superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Par ailleurs, on peut d'emblée conclure à l'absence d'une atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsqu'un phénomène d'exagération des symptômes ou une telle attitude est identifiée chez l'intéressé (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

#### **E. 4.2**

Cela étant, 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 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

##### **E. 4.2.1**

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 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

#### **E. 4.2.2**

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).

#### **E. 4.3**

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**

Il ressort du dossier - et il n'est au demeurant pas contesté - que l'assuré présente, au niveau de la jambe gauche, des atteintes qui l'ont empêché d'exercer toute activité du 13 août 2015 jusqu'en septembre 2016 (reprise thérapeutique) et qui sont incompatibles avec la reprise de son ancienne activité de chauffeur. Pour le surplus, l'autorité précédente soutient que sous réserve d'un arrêt de travail durant les mois de février et mars 2017, l'intéressé a recouvré depuis une capacité résiduelle de travail complète dans une activité sédentaire, adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il présente au niveau de sa jambe gauche. De son côté, le recourant observe avoir fourni un rendement de 50 % seulement durant la reprise thérapeutique dont il a bénéficié dès septembre 2016, ce que l'autorité a omis de prendre en compte. En outre, dès le 1er avril 2017 - soit après avoir récupéré de la fracture survenue le 3 février 2017 -, il a subi une aggravation de son état de santé, en relation en particulier avec ses douleurs neuropathiques, qui sont à ses yeux incompatibles avec la reprise d'une quelconque activité. A cela s'ajoute selon l'assuré des atteintes d'ordre psychique qui le rendent inapte à exercer une quelconque activité professionnelle.

#### **E. 5.1**

En l'occurrence, pour reconnaître à l'assuré une amélioration de sa capacité de gain dès septembre 2016 et pour évaluer la capacité médico-théorique qu'il présente depuis, l'autorité précédente s'est fondée essentiellement sur les rapports médicaux du SMR des 21 septembre 2017 et 9 mars 2018. Dans sa réponse au recours, elle qualifie ces rapports de document au sens de l'art. 49 al. 3 aRAI (RO 2003 2859), soit un document contenant « les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de

prestations ». D'après la jurisprudence relative à cette disposition - dont la teneur a été modifiée selon le ch. I de l'Ordonnance du 28 septembre 2007, RO 2007 5155 -, ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes ; ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (entre autres : TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; cf. également, ad. art. 59 LAI ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 ; 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Cela étant et quoiqu'en dise l'autorité précédente, on ne voit pas que la Dresse K.\_\_\_\_\_ se soit contentée de reprendre les conclusions médicales de ses confrères. Dans son avis du 21 septembre 2017, la médecin SMR reconnaît en effet à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 12 septembre 2016 (AI pce 75). Pour ce faire, elle renvoie essentiellement à la prise de position du Dr F.\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2016 (AI pce 36). Or, s'il évoque certes que l'assuré présente une capacité de travail complète dans une activité de bureau, ce dernier médecin n'en réserve pas moins son opinion, retenant la nécessité de mettre en oeuvre un examen complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré (AI pce 36). Aussi, c'est précisément à cette fin qu'un séjour a été organisé auprès de la Clinique G.\_\_\_\_\_, au terme duquel il a été considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas stable, si bien qu'aucun profil d'exigibilité médico-théorique définitif n'a été arrêté par les spécialistes consultés (rapport Clinique G.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2016, AI pce 112 p. 493 ss). Cela étant, lorsque l'assuré a repris, le 12 septembre 2016, un emploi à titre thérapeutique avec un rendement à 50 %, aucun médecin ne lui avait reconnu de manière convaincante une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Ce n'est effectivement qu'à compter du mois d'avril 2017 - soit après la disparition de l'incapacité de travail rapportée à la fracture du 5ème métatarsien - qu'une pleine capacité de travail a été reconnue à l'assuré (AI pce 112 p. 319 et 335), son état de santé ayant pour la première fois été qualifié de stable en juillet 2017 (AI pce 112 p. 311). Ainsi, lorsqu'elle retient que l'assuré présente une pleine capacité résiduelle de travail dès le 12 septembre 2016, la Dresse K.\_\_\_\_\_ articule bel et bien une nouvelle conclusion médicale. Dans la mesure où la médecin SMR - qui n'a pas examiné personnellement l'assuré et qui n'est spécialisée ni dans le domaine de la chirurgie orthopédique, ni dans celui de la neurologie - se limite à soulever cette opinion sans énoncer les motifs retenus à son appui et sans discuter les avis de ses confrères - qui préconisent une reprise thérapeutique avec un rendement de 50 % seulement (AI pce 112 p. 497) -, on ne saurait toutefois s'y fier sans autre analyse (s'agissant de la valeur probante de tels documents, cf. entre autres : ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 8C\_564/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3). Or, on cherche en vain au dossier un rapport médical établissant de façon probante la date à compter de laquelle l'assuré présente une capacité de travail et l'étendue de celle-ci eu égard aux atteintes au niveau de sa jambe gauche. En particulier, le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2017 ne permet pas de conclure, au degré de vraisemblance requis, que le recourant a recouvré dès juillet 2017 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ce médecin évalue en effet les limitations fonctionnelles de l'assuré de façon trop générale, retenant simplement une « limitation de la mobilité » ainsi que « la nécessité de marcher à l'aide de chaussures montantes compte-tenu de la limitation de la flexion dorsale de la cheville et des lésions tendineuses au niveau de l'avant-pied qui entraînent des douleurs ». Quoiqu'il en soit, le Dr J.\_\_\_\_\_ - spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologique - rapporte partiellement ces limitations à des « troubles type neurologique avec troubles de la sensibilité », sans pour autant étayer ses conclusions par l'avis d'un spécialiste en neurologique. Or, au vu des résultats de l'électromyogramme réalisée le 12 décembre 2017 - qui documentent effectivement de sévères lésions neurologiques - le médecin-conseil de la Suva ne pouvait raisonnablement faire l'économie d'une approche pluridisciplinaire pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. En cela, on doit douter de la fiabilité de ses conclusions, qui ne sauraient dès lors suffire à trancher le droit aux prestations litigieuses (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

### **E. 5.2**

Il s'ajoute à cela que l'autorité précédente n'a pas non plus instruit à suffisance l'existence de troubles psychiatriques invalidants. Ainsi, le seul rapport d'examen psychiatrique figurant au dossier est celui du Dr M.\_\_\_\_\_, qui observe chez l'assuré diverses difficultés psychologiques sous la forme de réminiscences caractérisant un syndrome à répétition, de diverses peurs, de troubles du sommeil, de ruminations dépressives, de problèmes d'organisation, d'un sentiment d'humiliation et d'amertume, ainsi que de perturbation. Aussi ce psychiatre considère-t-il que l'assuré « présente des symptômes psychotraumatiques caractéristiques ayant constitué une névrose post traumatique avec des complications dépressives qui le rendent actuellement inapte à l'exercice d'une activité professionnelle quelconque (rapport du 24 octobre 2017, AI pce 112 p. 200). Or, pour écarter cet avis, l'autorité précédente s'est fondée uniquement sur la prise de position de sa médecin-conseil du 9 mars 2018, laquelle exclut que l'on soit en présence d'un syndrome de stress post-traumatique dans la mesure où de telles atteintes surviennent au maximum dans les 6 mois suivant l'élément déclencheur et qu'en l'occurrence, l'assuré ni n'a mentionné de symptômes de réminiscence de l'accident lors de son séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_, ni n'a par la suite été pris en charge au plan psychiatrique (AI pce 103). Cela étant, si les circonstances évoquées par la Dresse K.\_\_\_\_\_ sont de nature à remettre en cause les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_, elles ne permettent pas encore d'exclure chez l'assuré toute affection psychique invalidante, la médecin-conseil n'étant pas spécialisée en psychiatrie et ne faisant au demeurant aucune référence aux systèmes de classification déterminants (CIM-10 et DSM-IV). En présence d'un avis de spécialiste concluant à l'existence d'une incapacité de travail due à des troubles psychiques, il s'agissait bien plutôt pour l'autorité précédente de recourir à la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281, l'instruction devant être complétée sur ces aspects également (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et réf. cit.).

### **E. 6**

En définitive, il n'est en l'état actuel du dossier pas possible de se prononcer sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2016. Quant au droit aux mesures d'ordre professionnel - et en particulier au reclassement - il ne peut pas non plus être tranché en l'absence des circonstances déterminantes pour évaluer le taux d'invalidité (ATF 139 V 399 consid. 5.3). Cela étant, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour trancher le droit aux prestations litigieuses, celle-ci s'est en effet contentée de recueillir les documents médicaux en possession de la Suva et de l'assuré, pour les soumettre ensuite à son médecin-conseil qui n'est pas spécialisé dans les domaines médicaux au cas d'espèce relevant. Or, sans avoir procédé à l'examen personnel de l'assuré, le médecin-conseil a formulé, dans deux rapports succincts, des conclusions médicales dépassant son expertise et

ne trouvant pas appui sur des appréciations médicales probantes figurant au dossier. Dans ces conditions, les faits ont été établis de façon excessivement sommaire par l'autorité précédente, de sorte qu'un renvoi - bien que par principe exceptionnel - se justifie dans le cas d'espèce (art. 61 al.1 PA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 ; TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 ; cf. également : TAF C-83/2017 du 24 janvier 2020 consid. 12.3.4 in fine). Singulièrement, il s'agira pour l'OAIE de mettre en oeuvre, en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI, une expertise pluridisciplinaire comportant à tout le moins les volets psychique, orthopédique et neurologique pour établir la capacité résiduelle de travail de l'assurée dès le mois de septembre 2016, soit au moment à compter duquel l'autorité précédente a retenu l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain de l'assuré (art. 88a al. 1 RAI). En outre, il s'agira pour l'autorité de statuer à nouveau sur le droit du recourant à des mesures professionnelles au sens de l'art. 8a LAI, sous réserve des conditions formelles du droit aux prestations (art. 9 LAI).

## **E. 7**

Vu ce qui précède, le recours est fondé et doit être admis dans le sens de ce qui précède.

### **E. 8.1**

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 par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

### **E. 8.2**

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 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), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens doivent faire parvenir au Tribunal, avant le prononcé, un décompte détaillé de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 al. 1 et 2 FITAF). Ceux-ci comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de déplacement et de repas, frais de port et de téléphone, etc.) et les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 let. a et b FITAF). Les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité est allouée sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant de CHF 200.- au moins et de CHF 400.- au plus (art. 10 FITAF). La jurisprudence précise que ces honoraires sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (TF I 30/03 du 22 mai 2003).

### **E. 8.3**

En l'occurrence, le recourant requiert une indemnité de dépens de Fr. 4'000.-, sans le justifier de façon circonstanciée par une note d'honoraires. Singulièrement, le travail de son mandataire a consisté en la rédaction d'un recours (TAF pce 1) et de quelques prises de position succinctes (TAF pces 10, 14, 16, 18 et 19). Le litige ne posait pas de questions juridiques particulières. Ainsi, il s'est agi pour la partie recourante de discuter les

circonstances médicales retenues par l'autorité précédente à la base des prestations litigieuses. A cela s'ajoute que le procès en matière d'assurances sociales est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a). Lors de telles procédures enfin, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de Fr. 2'800.-, frais et TVA compris (TAF C-1028/2016 du 20 juillet 2017, consid. 10.2 et réf. cit. ; cf. également ATF 139 V 496). Par conséquent, au vu du travail nécessaire en l'espèce, et de la difficulté relative de l'affaire, le Tribunal de céans admet 10.5 heures de travail à un tarif horaire fixé à Fr. 250.-, à quoi s'ajoutent Fr. 175.- dus au titre de frais et débours (art. 9 a. 1 let. b FITAF), soit un montant d'honoraires de Fr. 2'800.- (TAF C-6236/2014 du 25 mars 2015). S'agissant d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur les prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF, et art. 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 LTVA ; ATF 141 IV 344 consid. 4 a contrario). (le dispositif figure à la page suivante)

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