

BVGer C-4296/2010 vom 10. Dezember 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4296_2010

FR: TAF C-4296/2010 du 10 décembre 2012

IT: TAF C-4296/2010 del 10 dicembre 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

E. 1.2

Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (TAF pce 1) et l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours (TAF pce 6).

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la

Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/ Michael Beusch/ Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55; Alfred Kölz/ Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 3.1

L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), est entré en vigueur le 1er juin 2002. À cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II, qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs États (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relatif à l'application du Règlement (CEE) n°1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n°1408/71, les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 3.2

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure, de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse, ressortissent exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

E. 3.3

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71. Ne sont en revanche pas applicable les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1er avril 2012 entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72.

E. 4.1

Le recourant, en arrêt de travail depuis le 20 février 2000, a déposé sa demande de prestation le 5 avril 2001 (OCAI pce 1). Dans ce contexte, il sied de rappeler que le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4, consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de

l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI pour la période du 1er janvier 2008 au 10 mai 2010, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 5

Selon les normes applicables, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPG/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement, à compte du 1er janvier 2008, durant trois années au total, dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations AVS/AI de 1989 à 1999 (supra let. A) et partant, remplit la condition liée à la durée minimale de cotisation. Il reste dès lors à examiner s'il peut être qualifié d'invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPG et de la LAI 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 LPG et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPG, 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. 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 LPG). De plus, il n'y a incapacité de gain que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPG dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 6.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1^{er} LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

E. 6.3

Au vu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique

si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 6.4

En l'espèce, le recourant souffre principalement de gonarthrose tricompartmentale, ainsi que de status après acromioplastie pour une rupture étendue de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche suite à plusieurs accidents intervenus entre février et juillet 2000. Il a subi en mars 2003 une prothèse totale du genou droit, dont l'évolution n'a pas été favorable et a nécessité un remplacement à deux reprises en 2007 et 2009. Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

E. 6.5

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 5 avril 2000 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 10 mai 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 7.1

En cas de rentes rétroactives fondées sur des pourcentages différents les dispositions relatives à la révision sont applicables. Ainsi, selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

E. 7.2

L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise que si la capacité de gain s'améliore il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit de l'assuré aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'amélioration requise peut découler d'une évolution favorable de l'état de santé, mais aussi d'une amélioration du revenu (ATF 109 V 262). Il doit être tenu compte d'une activité raisonnablement exigible (Jean-Louis Duc, L'assurance invalidité in: Ulrich Meyer (édit.), Soziale Sicherheit, Bâle/Genève/ Munich, 2007, p. 1498 n° 269). En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est applicable par analogie s'il y a reprise de l'invalidité après suppression de la rente.

E. 7.3

Il convient encore de relever que selon l'art. 29ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art 29 al. 1 LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins. En application de l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, la période d'attente que lui imposerait l'art. 29 al. 1 LAI est déduite de celle qui a précédé le premier octroi.

E. 8.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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; méthode générale).

E. 8.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 9.1

L'art. 69 RAI prévoit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 9.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice

afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 9.3

Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

E. 10.1

En l'espèce, il est établi que l'assuré souffre principalement de gonarthrose post-traumatique à droite à la suite de deux méniscectomies effectuées en 2000/2001 et d'une arthroplastie totale du genou effectuée en 2003, réitérée par deux fois en 2007 et 2009 en raison d'une persistance des douleurs suite à des complications. Par ailleurs, l'intéressé souffre d'un impingement de l'épaule gauche suite à une rupture étendue de la coiffe des rotateurs gauche opérée par acromioplastie en mai 2000, ainsi que de lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies L2-4, d'une arthrose inter-apophysaire postérieure L4-S1, et d'une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale droite, stade II selon Ficat, nécessitant à terme la pose d'une prothèse de hanche.

E. 10.2

L'autorité inférieure, sur la base de plusieurs rapports SMR (OCAI pces 54, 83, 112, 113, 133, 140, 144 et 165), estime d'une part que l'assuré était capable dès le mois de juin 2000 d'effectuer à temps plein une activité administrative largement sédentaire et ce jusqu'au 3 septembre 2007, date du premier changement de sa prothèse du genou (OCAI pce 160), en se basant principalement sur les rapports médicaux des médecins conseils de la SUVA (cf. rapports médicaux des Drs E. _____ et C. _____ des 18 décembre 2000, 31 mai 2001, 13 novembre 2001, 17 octobre 2002, 16 janvier 2004, 11 août 2004, 22 septembre 2004 (OCAI pces 10, 16, 18, 31, 35 et 40) et sur un certificat du Dr G. _____ du 30 septembre 2002 (OCAI pce 22). D'autre part, l'OCAI-VD reconnaît au recourant une incapacité de travail de 30%, six mois après le premier changement de sa prothèse sur la base de l'expertise orthopédique du 22 décembre 2007 du Dr L. _____ (OCAI pce 108) et lui

octroie un quart de rente dès le 1er septembre 2008 pour un taux d'invalidité de 41,29%. Pour finir, le service SMR admet également, que suite au deuxième changement de prothèse du genou intervenu en mars 2009, le recourant est devenu totalement incapable de travailler dans n'importe quelle activité professionnelle, eu égard notamment à la nécessité de poser à terme une prothèse de la hanche (cf. rapports SMR des 4 novembre et 7 décembre 2009 et le certificat médical du Dr M. _____ du 12 août 2009; OCAI pces 140, 141 et 144).

E. 10.3

Quant au recourant, il argue être au contraire en incapacité totale de travail depuis le 1er février 2000 eu égard à ses nombreuses opérations à l'épaule gauche et au genou droit (acromioplastie du 9 mai 2000, deux arthroscopies et résections d'une lésion au ménisque des 25 juillet 2000 et 20 février 2001), suivie en 2003 d'une arthroplastie totale du genou compliquée d'un Sudeck, entraînant une situation algique importante et nécessitant le changement de sa prothèse à deux reprises en 2007 et 2009. Il souligne que la SUVA lui a reconnu depuis son premier accident en février 2000 une incapacité de travail de 100%, à l'exception de quelques rares périodes d'incapacité à 50% (du 13 mars 2000 au 16 avril 2000, du 3 septembre 2001 au 4 mars 2002, et du 21 octobre 2002 au 27 janvier 2003). Il produit une expertise privée du Dr P. _____, qui atteste d'une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2003. Le recourant reproche à l'autorité inférieure de s'être basé uniquement sur l'avis des médecins SMR, pourtant en contradiction avec les autres appréciations médicales des spécialistes consultés et de ses médecins traitants. Il avance qu'une expertise complémentaire devrait être ordonnée afin de clarifier sa capacité résiduelle de travail. En outre, dans son mémoire de recours, il requiert la production complète du dossier de l'Office cantonal AI.

E. 10.4

Ainsi, le litige porte sur la question du droit de A. _____ à une rente d'invalidité du 1er février 2001 au 31 mai 2009, le droit à la rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2009 étant reconnu au recourant par l'autorité inférieure (cf. toutefois consid. 15.2; TAF pce 1 et 4). Bien que les diagnostics et les limitations fonctionnelles de A. _____ ne soient pas contestés, les appréciations des médecins consultés divergent quant à sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans des activités de substitution sédentaires.

E. 11.1

A titre préliminaire, il sied de relever que l'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accident en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. Alfred Maurer/ Gustavo Scartazzini/ Marc Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

E. 11.2

Ensuite, le Tribunal rappelle que selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). De plus, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF V 220 consid. 1b et réf. cit.).

E. 11.3

Dans ce contexte, il apparaît au Tribunal que les deux expertises des 18 août 2005 et 22 décembre 2007, établies par le Dr L. _____, expert orthopédique externe à l'administration, présentent une certaine valeur probante, eu égard au fait qu'elle contiennent toutes deux une anamnèse complète, prennent en compte les plaintes de l'assuré, se fondent sur des examens objectifs complets et présentent une appréciation cohérente, remplissant ainsi les conditions jurisprudentielles citées supra consid. 8.1 (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Ceci étant dit, l'expert ne s'est pas exprimé lors de sa première expertise sur la capacité de travail du recourant, estimant que l'état de santé de celui-ci n'était pas suffisamment stabilisé pour se prononcer sur ses lésions au genou droit. Lors de la deuxième expertise, il ne prend position que sur la capacité de travail du recourant suite au changement de prothèse du genou subie par l'assuré en 2007 et non sur les précédentes périodes d'incapacité de travail. De plus, il se prononce sur la capacité de travail du recourant de manière assez peu précise, indiquant que celui-ci devrait retrouver une capacité de travail de 70 à 80% dans un délai de 2 à 9 mois.

E. 11.4

Quant au recourant, il produit une expertise privée du 31 août 2009 du Dr P. _____, chirurgien orthopédique, par laquelle ce dernier reconnaît l'assuré totalement incapable de travailler depuis la pose de cette prothèse en 2003 et pour encore une année (OCAI pce 138); toutefois, le Tribunal souligne que cette expertise consiste uniquement en des réponses à des questions posées par le représentant du recourant, qu'elle ne contient ni anamnèse, ni analyse des précédentes appréciations médicales, ni examen objectif du recourant et qu'ainsi elle ne remplit pas les conditions jurisprudentielles cités sous consid. 9.1, permettant de lui accorder une valeur probante suffisante afin de l'emporter sur les autres certificats médicaux en jeu.

E. 12.1

Dans le cas d'espèce, il apparaît en premier lieu au Tribunal qu'il ressort de manière constante des nombreux certificats médicaux des Drs B. _____ et D. _____, médecins traitants, ainsi que du médecin conseil de la SUVA (cf. supra let. C; OCAI pces 10, 11, 12, 16 et 18), que l'assuré était en incapacité totale de travail dans tout type d'activité depuis le 20 février 2000, eu égard aux opérations subies le 9 mai 2000 (accident du 20 février 2000; acromioplastie suite à une rupture de la coiffe des rotateurs gauches), puis le 25 juillet 2000 (accident du 20 juillet 2000; méniscectomie partielle du segment postérieur moyen du ménisque interne). En outre, suivant directement cette dernière période postopératoire, l'assuré a fait une nouvelle chute le 5 novembre 2000, entraînant une lésion du ménisque externe droit, opérée par seconde méniscectomie le 20 février 2001. Par conséquent, si l'on

considère le rapport SMR du 7 décembre 2005 (OCAI pce 54), indiquant que l'assuré devrait retrouver une capacité de travail entière dans des activités sédentaires à la suite de la période post-opératoire de 3 mois, il apparaît que le recourant était en incapacité de travail totale depuis le 20 février 2000 jusqu'au 20 mai 2001 à tout le moins, soit durant plus d'une année sans interruption. De plus, compte tenu des rapports concordants du médecin traitant de l'assuré et du médecin SUVA, reconnaissant une incapacité de travail entière au recourant jusqu'au 31 août 2001 (OCAI pce 18, pp. 11 à 15 et 31 à 34), force est au Tribunal de constater qu'une incapacité de travail totale du recourant doit être admise au minimum pour la période allant du 20 février 2000 au 31 août 2001, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le début du mois au cours duquel le droit à rente prend naissance (art. 29 al. 2 LAI), soit après l'écoulement du délai d'attente prévu par l'art. 29 al. 1 let. b LAI et jusqu'à trois mois après qu'il ait retrouvé sa capacité de travail, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre, en application de l'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201).

E. 12.2

Concernant, la capacité de travail du recourant depuis le 1er septembre 2001, il ressort d'une part d'un rapport médical du 29 janvier 2002 du Dr D. _____ que le recourant a retrouvé dès le 3 septembre 2001 une capacité de travail de 50% (OCAI pce 18, pp. 11 à 15). D'autre part, le Dr E. _____, médecin SUVA, reconnaît une capacité de travail d'un point de vue médico-théorique de 90% à A. _____, soulignant que s'agissant d'une activité de bureau, celui-ci pourrait probablement "en faire un peu plus". Finalement, il recommande, compte tenu des particularités du cas, une incapacité de travail de 50% avec révision à 6 mois (cf. certificat du 13 novembre 2001; OCAI pce 18, pp. 31 à 34). Par ailleurs, il ressort du dossier que le recourant a repris une activité professionnelle à mi-temps en tant que directeur de développement depuis cette date et jusqu'en février 2002, sans qu'il soit possible de déterminer si ce pourcentage était alors lié à l'état de santé du recourant ou à la nature de l'emploi (OCAI pce 18, pp. 14, 18 à 19 et pce 21). Ainsi, à tout le moins il semble que l'intéressé a retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 1er septembre 2001; toutefois, malgré l'incapacité de travail de 50% reconnue finalement par la SUVA à l'intéressé depuis le 21 octobre 2002 jusqu'à ce que soit effectuée l'arthroplastie totale du genou, suite aux réclamations de celui-ci (cf. courrier du 4 novembre 2002, OCAI pce 22, pages 23 et 24), force est au Tribunal de constater que les divergences et les imprécisions résultant des pièces médicales précitées, notamment du rapport médical du 13 novembre 2001 du Dr E. _____, ne permettent pas de déterminer de manière suffisamment claire la capacité de travail de l'assuré entre septembre 2001 et février 2002 et nécessitent la conduite d'une expertise indépendante par un médecin orthopédique qui appréciera les certificats médicaux au dossier, ainsi que toutes autres pièces déterminantes, afin d'établir, pour cette période, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans des activités adaptées.

E. 12.3

Le Tribunal ne saurait également, sans un complément d'instruction, se déterminer sur la capacité de travail du recourant depuis le mois de mars 2002 au vu de la documentation médicale au dossier. Certes, le recourant avance être retombé en incapacité entière de travail dès le 5 mars 2002 sur la base d'un rapport médical du 25 mars 2001 du Dr D. _____ qui mentionne succinctement la nécessité de la pose d'une prothèse totale du genou droit (OCAI pce 18, pp. 4, 5, 7 et 8). Le médecin traitant indique toutefois que l'état

de santé de l'assuré s'est stabilisé, malgré la persistance de douleurs. De plus, il ressort de certificats médicaux d'autres médecins, qu'au contraire, l'intéressé est apte à travailler malgré ses problèmes de genou. En effet, suite à un court séjour de l'assuré en clinique de réadaptation entre le 4 juin et le 2 juillet 2002, n'ayant apporté aucune amélioration, le Dr G._____ déclare l'intéressé capable de travailler à temps plein dans des activités sédentaires (cf. un avis de sortie du 16 août 2002 et un certificat médical du 30 septembre 2002 du Dr G._____ ; OCAI pce 22). Bien que cet avis semble être confirmé par les conclusions du Dr E._____, dans un rapport médical du 17 octobre 2002, lorsqu'il déclare que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans des activités de bureau (OCAI pces 18 et 22, pages 30 à 34), le Tribunal remarque qu'aucun des médecins consultés ne prend clairement position sur la capacité de travail de l'assuré depuis mars 2002. En effet, il ne ressort d'aucunes pièces au dossier pour lesquelles l'assuré est reconnu totalement incapable de travailler par son médecin traitant en mars 2002, puis, malgré une situation de santé qui semble inchangée et stable, à quel titre les Drs G._____ et E._____ reconnaissent l'intéressé apte à travailler à 100% dans une activité sédentaire dès le 16 août 2002, respectivement le 17 octobre 2002.

E. 12.4

Etant donné que les expertises des 18 août 2005 et 22 décembre 2007 du Dr L._____ (OCAI pces 49 et 108) ne concernent pas cette période (consid. 11.3), il apparaît au Tribunal qu'un complément d'instruction est nécessaire afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans des activités adaptées dès le 1er septembre 2001 et jusqu'à la pose de sa prothèse totale en mars 2003 (cf. supra consid. 12.2).

E. 13.1

Ensuite, dans un certificat médical du 5 février 2003, le Dr D._____ déclare l'assuré en incapacité totale de travail depuis le 28 janvier 2003, au vu de l'évolution défavorable de sa gonarthrose à droite et prévoit la pose d'une prothèse totale pour mars 2003 (OCAI pce 22, pages 4 et 8). Finalement, le 11 mars 2003, le recourant subit l'arthroplastie totale du genou, déjà mentionnée comme probablement nécessaire en 2001 par le Dr D._____ (cf. OCAI pce 12). Suite à des complications, à savoir l'apparition d'une algodystrophie et d'un Sudeck, attestés par scintigraphie du 7 mai 2003, le Dr D._____ affirme dans un rapport médical intermédiaire du 5 août 2003 que l'incapacité totale de travail perdue depuis la dernière opération et ne sera pas stabilisée avant six à douze mois (cf. OCAI pce 31, pages 12 et 13).

E. 13.2

Par ailleurs, dans un certificat médical du 16 janvier 2004, le Dr E._____ déclare que l'assuré a retrouvé la mobilité qui était la sienne avant l'opération et conseille un séjour en clinique de réadaptation que l'assuré refuse. En outre, ce même médecin affirme, dans un certificat médical du 11 août 2004, que l'assuré a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités administratives et sédentaires, précisant que celui-ci s'est enrhumé depuis des années dans un schéma douloureux et un statut d'invalidé (OCAI pces 31 et 35). Finalement, dans un nouvel avis médical du 22 septembre 2004, le Dr E._____, bien que n'ayant à cette occasion pas examiné l'assuré, confirme la stabilisation de l'état de santé de celui-ci lui permettant de travailler en plein dans des activités administratives sédentaires (OCAI pce 40, page 12). Cette appréciation semble corroborée par le fait que le recourant a

vraisemblablement repris une activité occasionnelle d'agent d'assurance et d'indicateur immobilier entre 2003 et 2004, touchant un revenu de Fr. 24'155.-- entre juillet et décembre 2004, soit un salaire mensuel de plus de Fr. 4'000.-- (cf. l'extrait du compte individuel du 8 septembre 2005 et un questionnaire pour l'employeur du 18 décembre 2007; OCAI pce 53, page 3 et pce 107).

E. 13.3

Concernant la capacité de travail du recourant depuis le 1er avril 2004, le service SMR commande une expertise auprès du Dr L._____, afin qu'il établisse les limitations fonctionnelles du recourant suite à l'apparition de lombalgies douloureuses, reprenant pour le surplus l'appréciation de la SUVA concernant l'évolution de son genou droit (cf. avis SMR du 21 décembre 2004 du Dr J._____, OCAI pce 37). Or, dans son expertise, le Dr L._____ ne prend pas position sur la capacité résiduelle globale du recourant, estimant que son état de santé n'est pas suffisamment stabilisé eu égard aux prochaines échéances chirurgicales de la hanche et du genou. Il déclare toutefois, l'assuré apte à travailler dans des activités administratives, sous réserve des résultats d'une éventuelle chirurgie de la hanche et du genou (OCAI pce 49, page 6). De plus, lors de l'appréciation du cas, il ne déclare pas les lombalgies de l'assuré invalidantes.

E. 13.4

Quant au service SMR, le Dr J._____ retient dans deux avis SMR des 21 décembre 2004 et 7 décembre 2005, que l'assuré est apte, hormis en période postopératoire, à travailler à plein temps dans une activité sédentaire ne nécessitant pas de lever des objets lourds avec son membre supérieur gauche, ni faire des mouvements avec l'épaule gauche au-delà de l'horizontale (OCAI pces 37 et 54).

E. 13.5

Par ailleurs, le Dr D._____ considère que l'état du genou de l'assuré était stable dès le mois de janvier 2005, bien qu'il mentionne une probable récurrence de Sudeck dans son certificat du 18 avril 2005 pouvant expliquer les douleurs évoquées par l'assuré. Les radiographies montrent une prothèse bien positionnée et scellée, ainsi qu'une petite exostose du condyle externe (OCAI pce 44); il ne prend toutefois pas position sur la capacité de travail du recourant. Dans ce contexte, le Dr K._____ dans un certificat du 19 juillet 2005, fait état d'une période d'accalmie suite à l'arthroplastie de 2003, bien que le genou reste chroniquement douloureux et entraîne une importante boiterie (OCAI pce 67) et dans un rapport médical du 21 octobre 2005, il souligne une discrète composante inflammatoire au niveau de la rotule et du plateau tibial dans le cadre d'une prothèse qui n'est pas infectée ou descellée.

E. 13.6

Dès lors, au vu de ce qui précède, le Tribunal considère que, bien qu'il existe des indices non négligeables que l'assuré ait subi à tout le moins une incapacité de travail complète du 1er janvier 2003 au 11 août 2004, date du certificat médical du Dr E._____, dont les constatations concordent avec l'avis du médecin traitant le Dr D._____ qui indiquait en août 2003 une période de stabilisation de 6 à 12 mois, le Tribunal ne saurait déterminer précisément quand l'intéressé a retrouvé une capacité de travail. En effet, le Dr E._____ indique qu'en août 2004 l'intéressé a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités sédentaires, alors que le Dr D._____ estime que le genou de l'assuré s'est stabilisé en janvier 2005, tout en indiquant une possible aggravation (consid. 13.4). De plus,

on ne saurait ignorer que le Dr L. _____ dans son expertise du 18 août 2005, a estimé que l'état de santé de l'assuré n'était pas suffisamment stabilisé pour qu'il puisse se prononcer (OCAI pce 49). Dès lors, à cet égard également, un complément d'expertise est nécessaire (cf. supra consid. 12).

E. 14.1

Par la suite, l'assuré, alors âgé de 62 ans, subit au mois de septembre 2007 une intervention afin de changer sa prothèse totale du genou posée en 2003; celle-ci se déroule sans complications (cf. scintigraphie du 8 janvier 2008, dont il ressort que l'assuré ne présente pas de neurodystrophie de Sudeck; OCAI pce 109). Par ailleurs, il ressort de l'expertise du 22 décembre 2007 du Dr L. _____ que l'assuré devrait retrouver dans un délai de 2 à 9 mois une capacité de travail de l'ordre de 70 à 80% dans des activités administratives adaptées (OCAI pces 86, 88, 99, 106, 108 et 128).

E. 14.2

Sur cette base, le Dr N. _____, médecin SMR, déclare que l'assuré a retrouvé une capacité de travail abstraite de 70% dans une activité administrative dès le 1er avril 2008, soit dès la fin de la période postopératoire (3 mois depuis l'expertise du Dr L. _____), lui ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité. Cette appréciation est certes confirmée par le Dr E. _____ dans un courrier du 20 octobre 2008, qui mentionne, malgré des douleurs résiduelles importantes du genou, un status plutôt rassurant avec un genou stable, modérément augmenté de volume et une absence de fessum et une flexion de 100°. Il déconseille, après avoir pris plusieurs avis, que l'on opère à nouveau le genou de l'assuré, soulignant, que pour avoir examiné celui-ci à plusieurs reprises, des facteurs sortant du champ médical jouent un rôle important chez lui (OCAI pce 115, page 17). Toutefois le Tribunal remarque que le genou de l'assuré a effectivement dû être réopéré une troisième fois en mars 2009. Par ailleurs, le Dr M. _____, dans un rapport médical du 21 octobre 2008, fait état de fortes douleurs persistantes au genou droit nécessitant un second changement de sa prothèse, contredisant ainsi les conclusions du Dr E. _____. De plus, l'appréciation du Dr L. _____ dans son expertise du 22 décembre 2007 reste assez vague quand au moment du rétablissement complet de l'assuré, ainsi que du pourcentage de travail exigible qu'il détermine pour le moins abstraitement. Au vu de ce qui précède, il sied également sur ce point de requérir l'avis d'un autre spécialiste orthopédique, afin de compléter les conclusions du Dr L. _____ en déterminant combien de temps a duré l'incapacité de travail du recourant suite à son second changement de prothèse.

E. 15.1

En dernier lieu, le recourant, alors âgé de 63 ans, subit un second changement de prothèse totale du genou en mars 2009 et bien que celui-ci présente une évolution favorable, il ressort qu'une implantation d'une prothèse de hanche s'avère nécessaire en raison de douleurs liées à la nécrose de la tête fémorale (cf. certificat médical du Dr M. _____ du 12 août 2009; OCAI pce 141). A cet égard, le Dr Q. _____, médecin SMR, confirme dans un avis du 7 décembre 2009, que l'incapacité totale de travail du recourant est toujours justifiée, malgré l'évolution favorable de sa gonarthrose. Dès lors, l'autorité inférieure reconnaît l'assuré durablement incapable de travailler depuis sa dernière opération et lui octroie finalement une rente entière d'invalidité depuis le 1er juin 2009, soit dès la fin de la période postopératoire de 3 mois (OCAI pces 152, 163 et 164).

E. 15.2

A ce propos, le Tribunal rappelle que cet aspect de la décision n'est pas contesté par le recourant et ne fait donc pas l'objet du présent litige (consid. 10.4; cf. mémoire de recours du recourant, TAF pce 1, p. 4) et ne saurait en principe être revue par le Tribunal de céans. En effet, selon la jurisprudence, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414 ss et les références citées). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du TF du 10 juin 2009 9C_441/2008, consid. 2; ATF 122 V 242 consid. 2a p. 244, 117 V 294 consid. 2a p. 295; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, n° 21ss pp. 444 ss).

E. 15.3

Toutefois, le Tribunal fédéral dans un ATF 135 V 148 (consid. 5.2), a également retenu qu'une autorité judiciaire statuant avant le Tribunal fédéral doit autant que possible éviter de se prononcer matériellement sur une période ultérieure du droit à la rente contesté (en l'espèce à partir du 1er juin 2009) lorsqu'elle renvoie la cause à l'administration pour des investigations complémentaires portant sur la période initiale (in casu du 1er septembre 2001 au 30 mai 2009). Si elle choisit quant même un tel procédé, elle ne pourra pas rendre une décision partielle mais uniquement une décision incidente (ATF 135 V 148 consid. 5). Cette jurisprudence se fonde notamment sur l'idée que l'examen du droit à des prestations dans une période initiale peut éventuellement mettre à jour des éléments nouveaux qui remettraient en question le jugement portant sur la période ultérieure. Dès lors, il convient d'étendre l'objet du litige au droit à la rente de l'assuré après le 30 mai 2009 (cf. consid. 15.2) et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction également en ce qui concerne l'état de santé du recourant depuis le 1er mars 2009.

E. 15.4

Au vu de ce qui précède, il apparaît au Tribunal qu'une approche globale de l'incapacité de travail du recourant depuis le 1er septembre 2001 est indispensable, notamment en raison du manque de précision des expertises versées en cause et du fait qu'elles ne couvrent pas les périodes antérieures à 2007 (cf. consid. 12 à 15). Ainsi, il apparaît nécessaire au Tribunal qu'une expertise orthopédique complémentaire soit effectuée, afin de déterminer précisément la capacité de travail du recourant depuis le 1er septembre 2001.

E. 16.1

En conséquence, le Tribunal admet partiellement le recours et reconnaît au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1er février 2001 au 30 novembre 2001 (ATF 135 V 148, consid. 5.3). Pour le surplus, faisant droit à la conclusion subsidiaire du recourant, la cause est renvoyée à l'autorité inférieure, en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), afin qu'un expert orthopédique se prononce sur l'ensemble des pièces au dossier et détermine la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans des activités adaptées depuis le 1er septembre 2001 et jusqu'à la décision attaquée (cf. également consid. 15).

E. 16.2

Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Par ailleurs, le recourant ayant lui-même conclu subsidiairement au renvoi de la cause pour nouvelle expertise, a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in peius lié au renvoi de la cause à l'autorité inférieure au sens de l'ATF 137 V 314 (TAF pces 10 à 13).

E. 16.3

Pour finir, le Tribunal souligne que le recourant présentait en 2007 déjà (62 ans) et au moment de la décision entreprise un âge avancé au sens de la jurisprudence (64 ans et 9 mois), relativisant la capacité de travail des assureurs âgés, de sorte qu'il y aura lieu, contrairement à ce qu'a fait l'OAIE de prendre en considération ce facteur pour déterminer si l'assuré pouvait raisonnablement trouver une place de travail sur un marché de l'emploi équilibré. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce facteur, en corrélation avec d'autres circonstances personnelles et professionnelles peut conduire à ce que l'on ne puisse plus exiger d'un assuré qu'il mette à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail (cf. arrêt du TF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, consid. 3.5). Par conséquent, il s'agira pour l'OAIE de déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TAF C-6912/2008 et C-1091/2007; arrêts du TF I 1034/3006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3, I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2; I 462/02 du 26 mai 2003, consid. 2.3; I 617/02 du 10 mars 2003, consid. 3.1; I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c).

E. 17

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.--, versé le 23 août 2010 à titre d'avance, lui est restitué. Selon les art. 64 al.1 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) - applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF - la partie ayant obtenu gain de cause obtient une indemnité pour le frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Obtenant partiellement gain de cause, il convient d'accorder au recourant des dépens réduits (art. 64 al. 1 PA en relation avec l'art. 7 al. 2 FITAF). En l'espèce, le travail accompli par le représentant du recourant en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 8 pages, accompagné d'un bordereau de 5 pièces. Ainsi, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens de Fr. 1'800.-- (TVA comprise) à charge de l'OAIE.