

BVGer C-5278/2020 vom 18. November 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5278_2020

FR: TAF C-5278/2020 du 18 novembre 2024

IT: TAF C-5278/2020 del 18 novembre 2024

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 9.1

Compte tenu de ce qui précède, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a subi une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative du 12 octobre 2015 jusqu'au 15 juin 2019 en raison de ses atteintes au genou droit constitutives d'un degré d'invalidité de 100% du 12 octobre 2015 jusqu'au 15 juin 2019, fondant le droit à une rente entière du 1er mars 2017 (cf. consid. 8.1 supra) jusque à distance de trois mois (cf. art. 88a al. 1 RAI) au 30 septembre 2019, à tout le moins. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions concordantes des parties. Il convient par conséquent d'annuler partiellement la décision litigieuse du 17 septembre 2020 et de réformer celle-ci en ce sens que les atteintes au genou droit de l'assuré fondent à elles seules le droit à une rente entière du 1er mars 2017 au 30 septembre 2019, sous suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPG). Pour la période postérieure au 30 septembre 2019, la cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction afin que les experts évaluent de manière consensuelle comment les différentes incapacités de travail respectivement limitations fonctionnelles liées aux atteintes au genou droit et aux troubles lombaires s'articulent, avant d'établir le degré d'invalidité global en résultant.

E. 9.2

Au demeurant, il n'est pas nécessaire d'attirer l'attention du recourant sur la possibilité de retirer son recours, dès lors qu'il n'encourt pas le risque d'une reformatio in pejus (cf. ATF 137 V 314 consid. 3.2.4), le droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars 2017 au 30 septembre 2019 étant non seulement incontesté par les parties, mais également établi par les pièces figurant au dossier (cf. consid. 8.2 supra).

E. 10

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé. Il reste à se prononcer sur les frais et dépens de la présente procédure.

E. 10.1

La procédure de recours est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis en lien avec l'art. 69 al. 2 LAI), la partie ayant succombé devant en principe supporter ceux-ci (art. 63 al. 1, 1ère phrase, PA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid.

7.1 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 et 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Etant donné l'issue du litige, le recourant, qui obtient gain de cause, ne supporte pas de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée (TAF pce 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'OAIE.

E. 10.2

En vertu de l'art. 64 al. 1 PA en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF ; RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée (art. 10 al. 1 FITAF). Le Tribunal a pour pratique d'appliquer un tarif horaire de 250 francs dans les procédures d'assurances sociales (arrêts du TAF C-2820/2019 du 18 janvier 2021 consid. 10.2, C-2615/2018 du 23 avril 2020 consid. 8.3, C-4/2019 du 26 septembre 2019 consid. 6.6, C-6015/2017 du 24 septembre 2019 consid. 9.2.7). Compte tenu de l'issue de la présente cause et dans la mesure où l'assuré a été représenté par une avocate jusqu'au 25 mars 2024 (cf. let. C.I supra), il se justifie de lui allouer des dépens. Il apparaît en l'occurrence justifié de réduire le montant de 7'386.65 francs requis, manifestement trop élevé pour le travail effectué par la mandataire de l'assuré durant l'instance de recours, consistant en la rédaction d'un mémoire de recours de treize pages, d'une réplique et d'une triplique de quatre pages chacune ainsi que de quatre courriers d'une page et d'un courrier de deux pages. L'indemnité due est dès lors fixée à 2'800 francs, débours compris et sans supplément TVA (cf. art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]), compte tenu du nombre d'heures apparaissant indispensable à la défense de l'assuré durant la procédure de recours, de l'absence de justificatifs quant aux frais et débours encourus, de l'ensemble des circonstances du cas et du degré de complexité de celui-ci ainsi que du tarif horaire appliqué par le Tribunal. (Le dispositif figure à la page suivante)

E. 31

janvier 2018 (cf. Faits, let. B.c supra). A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée sur les prises de position SMR établies sur dossier les 14 février 2019, 2 octobre 2019 et 11 août 2020 (cf. Faits, let. B.a.e supra) lesquelles se réfèrent à l'avis concordant ressortant d'une part du rapport du Dr H._____ (médecin d'arrondissement SUVA, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique) établi le 21 février 2018 à la suite de l'examen clinique du 20 février 2018 et complété les 26 février 2018, 26 mars 2018 et 31 janvier 2019 (cf. Faits, let. B.a.b supra), ainsi que d'autre part du rapport final de la Clinique I._____ du 9 mai 2019 (cf. Faits, let. B.a.d supra). Cependant, il ressort du dossier que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé lors de l'examen clinique pratiqué par le Dr H._____ le 20 février 2018 [et non pas le 31 janvier 2018 comme l'a retenu à tort l'OAIE]. 8.2.1 Au-delà du 20 février 2018, l'assuré a en effet continué à présenter des douleurs se manifestant au niveau du compartiment interne du genou droit majorées à la marche à mettre sur le compte de l'algodystrophie, laquelle était encore évolutive malgré une fixation un peu moindre qui présageait un début d'amélioration (cf. rapport de scintigraphie osseuse du corps entier du 4 septembre 2018 du Dr E._____ [cf. Faits, let. B.a.a supra] et comptes-rendus de consultation externe des 17 juillet 2018 et 9 octobre 2018

du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique [cf. Faits, let. B.a.c supra]). Aux termes de son rapport d'examen du 31 janvier 2019, le Dr H. _____ s'est interrogé sur la persistance d'une algodystrophie et a estimé nécessaire une prise en charge de l'assuré à la Clinique I. _____ afin notamment d'évaluer la stabilisation de l'état de santé et l'évolution de l'algodystrophie de l'assuré (cf. Faits, let. B.a.b supra). Lors du séjour de l'assuré à la Clinique I. _____ du 26 mars 2019 au 18 avril 2019, le diagnostic d'algodystrophie du genou droit a été retenu même si celle-ci était alors clairement au décours, n'étant plus évidente que sur la scintigraphie. Aux termes du rapport final de la Clinique I. _____ du 9 mai 2019, les Drs N. _____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) et O. _____ (médecin-assistant) ont retenu que la stabilisation médicale était attendue dans un délai de 1 à 3 mois (cf. Faits, let. B.a.d supra). Reprenant ce délai, le Dr H. _____ a retenu, dans son avis du 29 mai 2019, que la stabilisation médicale s'agissant du genou droit était acquise au 15 juin 2019 (cf. Faits, let. B.a.b supra). Par prise de position du 20 juillet 2021, le SMR, alors en possession de l'avis médical du Dr H. _____ du 29 mai 2019, est revenu sur ses précédents avis médicaux des 14 février 2019,

C-5278/2020 Page 27 2 octobre 2019 et 11 août 2020 et a retenu qu'une capacité entière de travail dans une activité lucrative adaptée n'était exigible de l'assuré que depuis le 15 juin 2019 et non depuis le 20 février 2018 (cf. Faits, let. C.e supra). 8.2.2 Dans ces circonstances, le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'à la date du 31 janvier 2018, les atteintes au genou droit de l'assuré n'étaient pas stabilisées et qu'elles ne l'ont été qu'au 15 juin 2019. Aussi l'assuré a-t-il présenté une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative du 12 octobre 2015 jusqu'au 15 juin 2019 en raison de ses atteintes au genou droit. A compter de cette dernière date, il a recouvré une capacité entière de travail dans une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles induites par le genou droit, soit dans des activités lucratives proscrivant les positions répétitives accroupies ou agenouillées, les montées et descentes d'escaliers et d'échelles de manière répétitive, les longs déplacements en terrain irrégulier, le port de charge répétitif excédant la moyenne de 20-25 kg. 8.3 Outre l'atteinte au genou droit, il est établi au dossier que le recourant a présenté des troubles lombaires dont il convient d'examiner l'éventuel caractère incapacitant sous l'angle de l'assurance-invalidité. 8.3.1 En effet, l'assuré a souffert dès février 2018 d'une dégénérescence discale avec une double discopathie L4-L5 et L5-S1 protrusive (cf. rapport d'IRM lombaire du 16 février 2018 du Dr D. _____, spécialiste en radio-diagnostic [cf. Faits, let. B.a.a supra] et rapports du Dr H. _____ des 21 février 2018, 20 février 2020 et 9 juin 2020 [cf. Faits, let. B.a.b supra]). Dans son rapport du 21 février 2018, le Dr H. _____ a précisé que le problème lombaire avec double discopathie apparu récemment ne pouvait faire l'objet d'une prise en charge autre que médicale (cf. Faits, let. B.a.b supra). Lors du séjour effectué à la Clinique I. _____ du 26 mars 2019 au 18 avril 2019, l'examen clinique du rachis dorso-lombaire a mis en évidence des douleurs à la palpation et à la percussion en L4 et L5 au niveau du décubitus ventral. Durant les ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives dans des activités légères, l'assuré s'était passablement plaint de difficultés physiques principalement au niveau de son dos lors de travaux en position debout statique et légèrement penchée (cf. Faits, let. B.a.d supra). Le 2 janvier 2020, soit plus de sept mois après la fin du séjour à la Clinique I. _____ alors que l'assuré effectuait un stage d'orientation professionnelle chez T. _____, une IRM du rachis lombaire a confirmé le diagnostic de double discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1,

mais elle a également révélé

C-5278/2020 Page 28 la présence d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite venant au contact de la racine L5 droite (cf. rapport d'IRM du rachis lombaire du 2 janvier 2020 [cf. Faits, let. B.a.a supra] et rapport du 15 janvier 2020 du Dr K. _____, rhumatologue auprès du Centre Hospitalier U. _____ [cf. Faits, let. B.a.c supra]). Le 17 février 2020, l'assuré a bénéficié d'une infiltration lombaire sous scanner pour soulager ses lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 sans irradiation sciatique franche (cf. rapport du Dr M. _____, à la spécialisation inconnue ; Faits, let. B.a.c supra). Le 28 février 2020, le Dr K. _____ a constaté que l'infiltration épидurale L5-S1 n'avait pas apporté d'amélioration (Faits, let. B.a.c supra). Aux termes d'un courrier du 23 mars 2020, l'entreprise T. _____ a attesté que les atteintes à la santé de l'assuré, en particulier ses troubles lombaires, avaient « montré [ses] limites » [TAF pce 1 annexe 37 ; AI p. 1176]). Les 15 et 25 mai 2020, le Dr L. _____ (spécialiste en médecine générale, médecin de famille de l'assuré) a évoqué une aggravation d'une discopathie lombaire avec hernie discale en L4-L5 (cf. rapports des 15 et 25 mai 2020 ; Faits, let. B.a.c supra). 8.3.2 Selon le SMR, les lombalgies présentées par l'assuré ont évolué depuis le 15 juin 2019 – en particulier depuis la fin du séjour effectué par l'assuré à la Clinique I. _____ du 26 mars 2019 au 18 avril 2019 – puisque l'IRM du rachis lombaire du 2 janvier 2020 a non seulement confirmé le diagnostic de double discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, mais également révélé la présence d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite venant au contact de la racine L5 droite. Pour autant, le Dr R. _____ estime qu'il n'a pas de raison de modifier ses conclusions s'agissant de la pleine capacité de travail de l'assuré dès le 20 février 2018 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par l'atteinte au genou droit. Selon lui, celles-ci engloberaient en effet les limitations fonctionnelles d'épargne du dos (cf. avis SMR du Dr R. _____, médecin SMR dont la spécialisation n'est pas mentionnée, du 11 août 2020 ; Faits, let. B.a.e supra). 8.3.3 Or, dans leur rapport final de la Clinique I. _____ du 9 mai 2019, les Drs N. _____ et O. _____ encouragent l'assuré « ... à rechercher du travail dans une activité plus adaptée à son genou en tenant bien sûr compte de ses comorbidités lombaires aussi » (cf. Faits, let. B.a.d supra). Ce faisant, les Drs N. _____ et O. _____ distinguent manifestement les atteintes liées au genou droit de celles liées aux lombes. En outre, le Tribunal relève que le Dr R. _____ a, dans un premier temps, nié le caractère invalidant des lombalgies pour le motif qu'à l'examen clinique à la Clinique I. _____, elles n'étaient pas symptomatiques, notamment

C-5278/2020 Page 29 sans irritation neurologique chez un assuré pouvant toucher le sol (cf. avis SMR du 2 octobre 2019 du Dr R. _____ ; cf. Faits, let. B.a.e supra). Une fois la présence d'une hernie discale L4-L5 venant au contact de la racine L5 droite visualisée à l'IRM, le médecin-conseil SMR a continué à nier le caractère invalidant des lombalgies en prenant pour motif, de manière contradictoire, qu'il n'y aurait pas d'éléments au dossier pour confirmer l'irritation radiculaire (électromyogramme ou status clinique) et qu'il n'y avait pas d'indication à une intervention neurochirurgicale (cf. avis SMR du 11 août 2020 du Dr R. _____ ; Faits, let. B.a.e supra). Or, la présence d'une hernie discale L4-L5 venant au contact de la racine L5 droite est documentée par l'IRM du rachis lombaire du 2 janvier 2020 (cf. Faits, let. B.a.a supra). En outre, le Dr R. _____ n'a jamais examiné l'assuré ni sollicité un complément d'instruction médicale suite à la péjoration de l'état de santé lombaire de l'assuré, pourtant documentée par l'IRM du rachis lombaire du 2 janvier

2020, et alors que le séjour à la Clinique I._____ et le stage auprès de T._____ avaient mis en évidence les difficultés de l'assuré à exercer une activité lucrative en raison de ses troubles lombaires. Enfin, dans sa prise de position SMR du 20 juillet 2021, la Dre X._____ ne se prononce pas spécifiquement sur le caractère invalidant des lombalgies, bien que le Dr H._____ auquel elle se réfère ait constaté la poursuite de la dégénérescence discale entre 2018 et 2020 (cf. rapports du Dr H._____ des 20 février 2020 et 9 juin 2020 ; Faits, let. B.a.b supra). 8.3.4 Dans ces circonstances, force est de constater que des doutes subsistent sur le caractère invalidant des troubles lombaires développés par l'assuré depuis février 2018, de sorte que les prises de position SMR établies sur dossier les 2 octobre 2019 et 11 août 2020 ne pouvaient constituer une évaluation finale fiable de l'état de santé lombaire respectivement de la capacité corrélative de travail de l'assuré. Le caractère éventuellement invalidant des troubles lombaires susceptibles de justifier le maintien du droit de l'assuré à une prestation d'invalidité au-delà du 30 septembre 2019 n'ayant pas été dûment clarifiée, le Tribunal ne saurait retenir, à cet égard, comme établie au degré de la vraisemblance prépondérante, la récupération par l'assuré d'une capacité totale de travail dans une activité lucrative adaptée à partir du 15 juin 2019. A cet effet, il convient de procéder à un renvoi du dossier à l'autorité inférieure afin que celle-ci procède à un complément d'instruction en ce sens. 8.4 Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il

C-5278/2020 Page 30 s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid 3.2 et 3.3). Afin d'évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré au-delà du 15 juin 2019, il conviendra de mettre en œuvre une expertise – si nécessaire pluridisciplinaire – en particulier dans les domaines de la rhumatologie et de la neurologie (art. 44 LPGA ; cf. ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-2102/2020 du 27 janvier 2022 consid. 7.10 et 7.11). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, Assurance- invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). Si besoin est, les experts recueilleront l'avis d'autres spécialistes, étant rappelé qu'il leur incombe en premier lieu de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). En particulier, ils analyseront la nécessité de mener une consultation psychiatrique, la Dre W._____, spécialiste en psychiatrie, ayant attesté le 29 avril 2021 d'un premier épisode dépressif majeur d'intensité sévère sans symptôme psychotique dans un contexte de douleurs chroniques invalidantes post-chirurgicales (SUVA p. 59). Ils seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dans son métier ainsi que dans une activité lucrative raisonnablement exigible jusqu'au moment de l'établissement de leur rapport, l'administration devant examiner, par application

analogique de l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et références ; arrêt du TAF C-350/2020 du 9 janvier 2023 consid. 6.5). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Les experts seront désignés en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (cf.

C-5278/2020 Page 31 ATF 139 V 349 consid. 5.2.1) et les droits procéduraux du recourant devront être respectés (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Le recourant étant domicilié en France voisine, l'on ne voit pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. 9. 9.1 Compte tenu de ce qui précède, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a subi une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative du 12 octobre 2015 jusqu'au 15 juin 2019 en raison de ses atteintes au genou droit constitutives d'un degré d'invalidité de 100% du 12 octobre 2015 jusqu'au 15 juin 2019, fondant le droit à une rente entière du 1er mars 2017 (cf. consid. 8.1 supra) jusque – à distance de trois mois (cf. art. 88a al. 1 RAI) – au 30 septembre 2019, à tout le moins. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions – concordantes – des parties. Il convient par conséquent d'annuler partiellement la décision litigieuse du 17 septembre 2020 et de réformer celle-ci en ce sens que les atteintes au genou droit de l'assuré fondent à elles seules le droit à une rente entière du 1er mars 2017 au 30 septembre 2019, sous suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGA). Pour la période postérieure au 30 septembre 2019, la cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction afin que les experts évaluent de manière consensuelle comment les différentes incapacités de travail respectivement limitations fonctionnelles liées aux atteintes au genou droit et aux troubles lombaires s'articulent, avant d'établir le degré d'invalidité global en résultant. 9.2 Au demeurant, il n'est pas nécessaire d'attirer l'attention du recourant sur la possibilité de retirer son recours, dès lors qu'il n'encourt pas le risque d'une reformatio in pejus (cf. ATF 137 V 314 consid. 3.2.4), le droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars 2017 au 30 septembre 2019 étant non seulement incontesté par les parties, mais également établi par les pièces figurant au dossier (cf. consid. 8.2 supra). 10. Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé. Il reste à se prononcer sur les frais et dépens de la présente procédure. 10.1 La procédure de recours est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis en lien avec l'art. 69 al. 2 LAI), la partie ayant succombé devant en principe supporter ceux-ci (art. 63 al. 1, 1ère phrase, PA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir

C-5278/2020 Page 32 obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 et 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Etant donné l'issue du litige, le recourant, qui obtient gain de cause, ne supporte pas de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée (TAF pce 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'OAIE. 10.2 En vertu de l'art. 64 al. 1 PA en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février

2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF ; RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée (art. 10 al. 1 FITAF). Le Tribunal a pour pratique d'appliquer un tarif horaire de 250 francs dans les procédures d'assurances sociales (arrêts du TAF C-2820/2019 du 18 janvier 2021 consid. 10.2, C-2615/2018 du 23 avril 2020 consid. 8.3, C-4/2019 du 26 septembre 2019 consid. 6.6, C-6015/2017 du 24 septembre 2019 consid. 9.2.7). Compte tenu de l'issue de la présente cause et dans la mesure où l'assuré a été représenté par une avocate jusqu'au 25 mars 2024 (cf. let. C.I supra), il se justifie de lui allouer des dépens. Il apparaît en l'occurrence justifié de réduire le montant de 7'386.65 francs requis, manifestement trop élevé pour le travail effectué par la mandataire de l'assuré durant l'instance de recours, consistant en la rédaction d'un mémoire de recours de treize pages, d'une réplique et d'une triplique de quatre pages chacune ainsi que de quatre courriers d'une page et d'un courrier de deux pages. L'indemnité due est dès lors fixée à 2'800 francs, débours compris et sans supplément TVA (cf. art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]), compte tenu du nombre d'heures appaissant indispensable à la défense de l'assuré durant la procédure de recours, de l'absence de justificatifs quant aux frais et débours encourus, de l'ensemble des circonstances du cas et du degré de complexité de celui-ci ainsi que du tarif horaire appliqué par le Tribunal.

C-5278/2020 Page 33 (Le dispositif figure à la page suivante)

C-5278/2020 Page 34

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