

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/315/2018

ATAS/488/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec _____ recourants
élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ

Maître B_____, sise à GENÈVE

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE _____ intimé
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. À la suite du dépôt par Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré). le 19 juin 2006, d'une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par décision du 9 octobre 2007, celui-ci a rejeté la demande. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était entière dans le type d'activités déjà exercé pour autant que les déplacements au sein du bureau fussent limités au strict minimum.
2. Par arrêt du 22 avril 2008 (ATAS/470/2008), le Tribunal cantonal des assurances (ci-après : TCAS) – alors compétent – a rejeté le recours. Il a laissé ouverte la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée au regard de la non réalisation de la condition d'assurance, les atteintes à la santé étant présentes depuis la naissance. Cet arrêt qui n'a pas fait l'objet d'un recours est entré en force.
3. Par décision du 13 juillet 2011, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations formée le 30 septembre 2009, motif pris que les conditions du droit à la rente n'étaient pas réalisées puisque l'assuré ne comptait pas trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Cette décision qui n'a pas fait l'objet d'un recours est entrée en force.
4. Par projet de décision du 27 octobre 2016, l'OAI a rejeté la nouvelle demande déposée le 5 novembre 2013, au motif que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas entraîné une incapacité de travail durable, de sorte que les conditions ne s'étaient pas modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.
5. Le 9 novembre 2016, Maître Andres PEREZ (ci-après : le mandataire) s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré.
6. Par courrier du 28 novembre 2016, l'assuré représenté par son mandataire a demandé à l'OAI de lui accorder l'assistance juridique pour la procédure d'audition car la problématique soulevée par le projet de décision était complexe et requérait l'intervention d'un avocat spécialisé. Sur le fond, il a relevé que les experts de la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) avaient clairement constaté une aggravation de son état physique consécutive à la fracture de sa jambe gauche survenue en septembre 2011. Par conséquent, sa capacité de travail, qui avait été retenue comme entière jusque-là, était considérée comme nulle pour une période de six mois, puis limitée à 50% à partir du 20 mars 2012. Ayant entraîné une incapacité de travail de plus de 40% pour une durée supérieure à une année, ladite fracture avait eu pour effet de créer un nouveau cas d'assurance qui lui donnait droit à une demi-rente d'invalidité.
7. Par décision du 23 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision.
8. À la suite du recours formé contre la décision du 19 janvier 2017 par laquelle l'OAI a refusé l'octroi de l'assistance juridique, par arrêt du 12 juin 2017 (ATAS/477/2017), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision et

reconnu le droit de l'assuré à l'assistance juridique pour la procédure administrative à partir du 28 novembre 2016. Elle a notamment considéré que l'état de fait était complexe sur le plan médical en raison de l'intrication de troubles psychiques et physiques dont certains étaient survenus peu après la naissance. Elle a également retenu que la question du nouveau cas d'assurance était complexe sur le plan juridique.

9. Par courrier du 18 août 2017, le mandataire a transmis à l'OAI sa facture d'honoraires n°1_____ du 24 juillet 2017 ascendant à CHF 3'841.33, plus 8% de TVA (CHF 307.31), soit un montant total de CHF 4'148.64, pour son activité dans la procédure administrative du 28 novembre 2016 au 26 janvier 2017. Il a facturé au total neuf heures trente-cinq d'activité à CHF 400.- de l'heure, plus des frais et débours de CHF 8.-.

Sa facture mentionnait en date du 28 novembre 2016 : deux heures trente d'analyse du dossier AI, une heure d'entretien avec le client, cinq heures de courrier d'opposition au projet de décision du 27 octobre 2016 et cinq minutes de « mémo client ».

En date du 25 janvier 2017, elle comptabilisait une demi-heure pour analyse de la décision de l'OAI et courrier au client.

Le 26 janvier 2017, elle indiquait une demi-heure d'entretien téléphonique avec le client.

10. Par courrier du 29 août 2017, l'OAI a répondu au mandataire qu'il ne pourrait pas lui payer immédiatement l'assistance juridique, puisque l'arrêt de la chambre de céans du 12 juin 2017 était un arrêt incident contre lequel il était encore susceptible de recourir une fois la question sur le fond du litige tranchée.
11. A la suite du recours formé contre la décision du 23 janvier 2017, par arrêt du 16 octobre 2017 (ATAS/916/2017), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision et retenu que l'incapacité de travail durable d'au moins 40% depuis le 19 septembre 2011 avait créé un nouveau cas d'assurance, de sorte qu'à partir du 1^{er} mai 2014, l'assuré satisfaisait aux conditions d'assurance. Elle a renvoyé la cause à l'OAI pour calcul du degré d'invalidité. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours.
12. Par courrier du 5 décembre 2017, le mandataire a réclamé à l'OAI le paiement de sa note d'honoraires concernant l'assistance juridique.
13. Par décision du 13 décembre 2017 adressée au mandataire, l'OAI a accepté de prendre en charge ses honoraires et débours à hauteur de CHF 2'007.-, plus CHF 160.60 de TVA à 8%, soit CHF 2'167.60. Concernant l'activité déployée le 28 novembre 2016, il a considéré que le temps nécessaire à la lecture du dossier AI et l'établissement du courrier en procédure d'audition ne saurait dépasser quatre heures, soit CHF 1'600.-. Il ne pouvait pas prendre en compte le « mémo client » qui n'était pas nécessaire (CHF 33.30). S'agissant des postes des 25 et 26 janvier

2017 (CHF 400.-), ils concernaient une activité déployée après la notification de la décision, moment qui mettait un terme à la prise en charge de l'assistance juridique en procédure d'audition. S'agissant des débours, pour le même motif, il ne prenait pas en charge l'envoi du courrier du 25 janvier 2017 (CHF 1.-).

14. Par acte du 26 janvier 2018, le mandataire a recouru contre ladite décision pour le compte de l'assuré et en son propre nom. Il a conclu au paiement par l'intimé de la somme de CHF 4'148.60 résultant de la facture 2017.01 du 24 juillet 2017. A titre subsidiaire, il a également conclu à la condamnation de l'intimé au paiement de dépens. Il a relevé que l'intimé ne contestait pas le taux horaire de CHF 400.- mais estimait que le temps nécessaire à la lecture du dossier et à la rédaction du courrier ne saurait dépasser quatre heures, soit l'équivalent d'une demi-journée de travail. Or, le dossier de l'assuré comportait quatre cent nonante-quatre pages dont la seule lecture justifiait déjà les deux heures trente facturées. Seule la lecture complète et attentive de l'expertise de la CRR de trente et une pages lui avait permis d'identifier l'existence d'un nouveau cas d'assurance. Une fois la problématique identifiée, il lui avait fallu analyser attentivement l'ensemble des pièces médicales afin d'établir l'historique de chaque pathologie et vérifier l'absence de connexité temporelle et matérielle entre les diverses phases de l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Le mandataire a contesté que l'envoi d'une copie de son « opposition » du 28 novembre 2016 ne fût pas nécessaire, eu égard aux règles régissant le mandat qui lui imposaient d'informer son client des démarches qu'il entreprenait. S'agissant des actes réalisés les 25 et 26 janvier 2017, ils avaient trait à l'analyse de la décision, sa transmission au client et à une explication complète donnée à celui-ci, telles que requises par les règles du mandat. S'agissant des dépens réclamés à titre subsidiaire, ils se justifiaient par la légèreté témoignée par l'intimé qui n'avait pas été en mesure d'identifier la survenance d'un nouveau cas d'assurance.
15. Dans sa réponse du 28 février 2018, l'intimé a conclu à l'absence de qualité pour agir de l'assuré, faute d'intérêt juridiquement protégé, puisque seul son avocat était concerné dès lors que l'avocat d'office ne pouvait pas demander une indemnité complémentaire à la partie représentée. Sur le fond, il a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que l'autorité chargée de fixer l'indemnité due à l'avocat d'office jouissait d'un large pouvoir d'appréciation et que le Tribunal fédéral n'intervenait qu'en cas d'arbitraire. Les dépens comprenaient les frais de représentation (y compris les frais de port et de téléphone) et les autres frais de la partie. Par conséquent, le mandataire n'était pas autorisé à facturer les frais d'envoi. Aux dires de celui-ci, il avait consacré deux heures trente à l'analyse du dossier et cinq heures au courrier d'opposition au projet de décision, soit un total de sept heures trente. Selon l'intimé, ce temps était excessif puisque ledit courrier comprenait cinq pages et demie dont les trois premières n'étaient qu'un rappel des éléments de fait avec notamment un résumé de l'arrêt du TCAS du 22 avril 2018, un résumé de l'avis de son service médical du 10 juin 2010, la mention des diagnostics retenus par l'expertise de la CRR et des « dires » du médecin traitant. Les deux pages suivantes

comportaient une mention de jurisprudence générale et quelques brefs arguments s'opposant au projet de décision, alors que la dernière page concernait la demande d'assistance juridique. La complexité juridique du dossier n'était pas telle qu'elle eût empêché le mandataire de lire le dossier et rédiger en parallèle l'historique des faits, qui constituait la partie principale de son courrier d'« opposition ». S'agissant des dépens requis à titre subsidiaire, l'intimé a observé que dans la mesure où seul le mandataire pouvait être partie à la présente procédure, il se défendait en personne et que les éventuels dépens constitueraient une indemnisation pour lui-même.

16. Dans sa réplique du 4 avril 2018, le mandataire a observé que l'intimé évaluait l'importance de son travail sur un simple décompte de pages et paragraphes, sans tenir compte que l'allégation d'un nouveau cas d'assurance passait par l'analyse chronologique des différentes pathologies de l'assuré. Les trois premières pages de son courrier d'opposition énuméraient les pathologies pertinentes et en reconstituaient la chronologie. La rédaction de l'état de fait ne pouvait avoir lieu qu'une fois la problématique identifiée. L'intimé avait démontré avoir abusé de manière arbitraire de son pouvoir d'appréciation en retranchant un certain nombre d'heures de sa note d'honoraires en raison de son expérience professionnelle. Il avait ainsi appliqué de manière arbitraire les critères jurisprudentiels définis pour fixer sa rémunération. Le mandataire a persisté dans ses précédentes conclusions.
17. Le 9 avril 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé et, sur quoi, a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Le

délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 38 al. 1 LPGA et art. 62al. 3 LPA-GE). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA-GE).

En l'espèce, le recours a été interjeté le 26 janvier 2018 contre la décision du 13 décembre 2017, soit dans un délai de plus de trente jours. Le délai de recours a commencé à courir le 15 décembre 2017, a été suspendu du 18 décembre 2017 au 2 janvier 2018 et est arrivé à échéance le 29 janvier 2018. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

4. Est litigieux le montant des honoraires et débours du mandataire dans le cadre de la procédure administrative de l'assurance-invalidité, plus particulièrement l'importance et la durée de son travail.
5. L'intimé invoque l'absence de qualité pour agir de l'assuré.

Dans le cadre de son mandat dans la procédure administrative, l'avocat d'office accomplit une tâche étatique spécialement régie par le droit des assurances sociales (cf. ATF 113 Ia 69 consid. 6 et les références citées). Lors de sa désignation, il s'établit, entre l'avocat et l'assureur un rapport juridique spécial en vertu duquel le premier a contre le second une prétention à être rétribué en vertu des dispositions de la LPGA. A la différence d'une activité de conseil librement consentie et pleinement rétribuée, la rémunération à laquelle peut prétendre l'avocat d'office relève du droit de procédure en matière d'assurances sociales (ATF 133 V 441 consid. 5.4).

S'agissant de la qualité pour recourir, lorsque le litige relatif à l'assistance judiciaire gratuite porte uniquement sur le montant des honoraires accordés au représentant, seul celui-ci a qualité de partie. Par contre, la qualité pour recourir contre le refus de principe d'octroyer l'assistance judiciaire gratuite appartient à la partie représentée (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1722/2009 du 26 janvier 2012 consid. 1.4).

En l'espèce, le litige porte sur le montant des honoraires accordés au mandataire, de sorte que seul celui-ci a qualité pour recourir, à l'exception de l'assuré. En effet, ce dernier n'a pas d'intérêt de fait à ce que son avocat bénéficie d'une indemnisation plus élevée, puisqu'il pourrait ultérieurement être appelé à rembourser le montant de l'aide dont il a bénéficié par ce biais. Il n'a pas davantage d'intérêt juridique puisque le défenseur d'office n'est pas autorisé à demander à la partie indigente un complément de l'indemnisation qu'il reçoit de l'assureur, un versement par celle-ci étant exclu même si l'indemnité de l'assureur ne correspond pas à l'entier des honoraires. Un défenseur d'office qui violerait ces règles serait passible d'une procédure disciplinaire (ATF 122 II 322 consid. 3b; ATF 108 Ia 11 consid. 1). Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire demeure étranger au rapport entre le défenseur et l'assureur; seul l'avocat dispose ainsi d'un intérêt juridiquement

protégé à se plaindre en justice d'honoraires trop faible. La jurisprudence énonçant ce principe est constante (arrêt du Tribunal fédéral 2D_50/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances M 2/06 du 17 septembre 2007 consid. 5.3.2; ATF 110 V 360 consid. 2).

Par conséquent, le recours formé au nom du mandataire est recevable, alors que le recours déposé pour le compte de l'assuré est irrecevable.

6. a. Sous le régime de la LPGA, en application de l'art. 12a OPGA, l'honoraire de l'avocat pour la procédure administrative de l'assurance-invalidité se détermine au regard des art. 8 à 13 du règlement du 11 décembre 2006 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF – RS 173.320.2) qui sont applicables par analogie aux frais d'avocat d'une partie au bénéfice de l'assistance gratuite d'un conseil juridique.

Selon l'art. 8 FITAF, les dépens comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie (al. 1). Les frais non nécessaires ne sont pas indemnisés (al. 2).

En vertu de l'art. 9 al. 1 FITAF, les frais de représentation comprennent : a. les honoraires d'avocat ou l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat; b. les débours, notamment les frais de photocopie de documents, les frais de déplacement, d'hébergement et de repas et les frais de port et de téléphone; c la TVA pour les indemnités mentionnées aux let. a et b, pour autant qu'elles soient soumises à l'impôt et que la TVA n'ait pas déjà été prise en compte.

Aux termes de l'art. 10 FITAF, les honoraires d'avocat et l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée (al. 1). Le tarif horaire des avocats est de 200 francs au moins et de 400 francs au plus, pour les mandataires professionnels n'exerçant pas la profession d'avocat, il est de 100 francs au moins et de 300 francs au plus. Ces tarifs s'entendent hors TVA (al. 2). En cas de contestations pécuniaires, les honoraires d'avocat ou l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat peuvent être augmentés dans une mesure appropriée (al. 3).

Les photocopies peuvent être facturées au prix de 50 centimes par page (art. 11 al. 4 FITAF).

b. L'avocat d'office a droit au remboursement intégral de ses débours, ainsi qu'à une indemnité s'apparentant aux honoraires perçus par le mandataire plaidant aux frais de son client. Pour fixer cette indemnité, l'autorité doit tenir compte de la nature et de l'importance de la cause, des difficultés particulières que celle-ci peut présenter en fait et en droit, du temps que l'avocat lui a consacré, de la qualité de son travail, du nombre des conférences, audiences et instances auxquelles il a pris part, du résultat obtenu et de la responsabilité qu'il a assumée (ATF 122 I 1 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_735/2011 du 22 juin 2012 consid. 3).

Pour apprécier le degré de difficulté d'une cause, la question de savoir si, dans le cas d'espèce, les questions de faits ou de droit sont nouvelles ou non pour le mandataire n'est pas déterminante. Le degré de difficulté d'un litige ne résulte pas de l'expérience professionnelle subjective d'un avocat et de ses connaissances juridiques individuelles, mais objectivement de la complexité de l'état de fait à évaluer et des questions juridiques qui se posent, ainsi que de l'importance du dossier à traiter. En évaluant la quantité de travail et le temps requis, le juge des assurances sociales peut également garder à l'esprit, conformément à une jurisprudence constante, que la procédure des assurances sociales, contrairement aux procédures civiles, est dominée par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, facilite l'activité de l'avocat. Celle-ci ne doit être prise en compte que dans la mesure où l'avocat respecte des limites raisonnables dans l'exercice de ses fonctions, à l'exclusion des mesures inutiles ou autrement superflues (ATF 131 V 158 consid. 6.2; SVR 2003 IV n° 32 consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/05 du 12 septembre 2006 consid. 4.1).

c. L'assistance juridique, lorsqu'elle est accordée, déploie en principe ses effets à partir de la présentation de la requête (arrêt du Tribunal fédéral 9C_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.3).

7. L'intimé soutient que l'examen par la chambre de céans de l'indemnisation du mandataire pour son travail dans la procédure administrative jusqu'à la décision de l'assurance-invalidité est limité à l'arbitraire.

a. L'examen du montant de l'honoraire dans le cadre de l'assistance judiciaire accordée pour la procédure administrative de l'assurance-invalidité ne doit pas seulement porter sur l'interdiction de l'arbitraire, mais également sur le point de savoir si les dispositions topiques du droit fédéral ont été violées ou si l'administration a abusé du pouvoir d'appréciation que lui confèrent l'OPGA et le FITAF et, donc, si on est en présence d'une violation du droit fédéral (ATF 131 V 153 consid. 3.1, 6.1 et 6.2).

Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux du droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité (ATF 123 V 150 consid. 2). Commet un excès positif de son pouvoir d'appréciation, l'autorité qui exerce son appréciation alors que la loi l'exclut, ou qui, au lieu de choisir entre les deux solutions possibles, en adopte une troisième. Il y a également excès du pouvoir d'appréciation dans le cas où l'excès de pouvoir est négatif, soit lorsque l'autorité considère qu'elle est liée, alors que la loi l'autorise à statuer selon son appréciation, ou qu'elle renonce d'emblée en tout ou partie à exercer son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_64/2012 du 26 juin 2012 consid. 2.2).

b. Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimé, il appartient à la chambre de céans d'examiner si l'intimé a fixé le montant de l'indemnisation en violant les dispositions pertinentes en la matière ou a exercé de manière erronée le pouvoir discrétionnaire que lui confère le FITAF, c'est-à-dire en excédant ou abusant de ce dernier et a commis à cet égard une violation du droit fédéral au sens de l'art. 12a OPGA.

8. De la facture d'honoraires de CHF 4'148.64, TVA comprise, correspondant à neuf heures trente-cinq d'activité à CHF 400.- par heure du 28 novembre 2016 au 25 janvier 2017 (deux heures trente d'analyse du dossier AI, une heure d'entretien avec le client, cinq heures de courrier d'opposition, cinq minutes de « mémo client », une demi-heure pour analyse de la décision de l'OAI et courrier au client, une demi-heure d'entretien téléphonique avec le client et CHF 8.- de débours), l'intimé a retranché CHF 2'017.04, soit quatre heures trente-cinq d'activité et CHF 1.- de débours.

Par conséquent, il y a lieu de vérifier si le temps de travail de cinq heures admis par l'intimé reflète le temps nécessaire à la défense des intérêts de l'assuré.

L'activité du mandataire, dans le cadre de la procédure d'audition postérieure à la réception du projet de décision rejetant la nouvelle demande d'invalidité, consistait à déterminer si l'intimé avait correctement analysé tant la situation de fait que la situation juridique, plus particulièrement la question complexe de l'existence d'un nouveau cas d'assurance. La chambre de céans a d'ailleurs rendu un arrêt de vingt-six pages dans la procédure au fond qui tend à confirmer que la question à résoudre était complexe. Le mandataire a dû prendre connaissance du volumineux dossier de quatre cent nonante-quatre pages, dont une expertise de trente et une pages.

L'intimé considère que le temps nécessaire à la lecture d'un tel dossier et la rédaction du courrier de six pages établi en procédure d'audition ne saurait dépasser quatre heures.

En l'espèce, la seule lecture approfondie d'un rapport d'expertise de trente et une pages et son analyse justifie de retenir une activité de deux heures (cf. pour un cas comparable l'arrêt du Tribunal du canton de Lucerne 5V 15 64 du 15 avril 2015 consid. 3.1.1). Par ailleurs, la lecture du solde du volumineux dossier de l'intimé peut être estimée à environ trois heures trente d'activité. Quant à la rédaction du courrier du 28 novembre 2016, contrairement à ce que soutient l'intimé, dans la mesure où le projet de décision n'abordait pas la question d'un nouveau cas d'assurance, il appartenait au mandataire d'établir un état de fait détaillé afin de pousser l'intimé à réexaminer son projet de décision sous cet angle. Toutefois, ce courrier impliquait au préalable une analyse approfondie des divers rapports médicaux. Par conséquent, il se justifie de considérer que les cinq premières pages de ce courrier étaient nécessaires et correspondent à une activité de trois heures en tout (analyse et rédaction). Quant au « mémo-client », il est habituel que le mandataire transmette à son client une copie de ses divers courriers, de sorte qu'il

se justifie de retenir cinq minutes pour cette activité. Contrairement à ce que soutient l'intimé, cette activité ne se limite pas à l'affranchissement d'une enveloppe, mais inclut la photocopie du courrier et l'émission d'un bordereau d'expédition.

S'agissant des activités déployées les 25 et 26 janvier 2017 à raison d'une heure en tout, à savoir l'analyse de la décision, sa transmission à l'assuré et un entretien d'une demi-heure avec celui-ci, même s'il s'agit d'activités nécessaires, elles sont postérieures à l'émission de la décision du 23 janvier 2017 qui met un terme à la procédure administrative pour laquelle l'assistance juridique a été accordée. Par conséquent, elles ne sont pas à la charge de l'assistance juridique allouée dans le cadre de la procédure administrative de l'assurance-invalidité et c'est à juste titre que l'intimé les a retranchées de la note d'honoraire du mandataire.

Etant donné que l'entretien, le 28 novembre 2016, d'une heure avec l'assuré n'est pas contesté par l'intimé, il se justifie de retenir une activité nécessaire du mandataire de huit heures et trente-cinq minutes à CHF 400.- de l'heure, soit CHF 3'433.33. En définitive, hormis les activités exercées après l'émission de la décision de l'intimé, la facture d'honoraires du 24 juillet 2017 ne fait pas apparaître globalement une facturation excessive du mandataire.

Quant aux débours admis par l'intimé à hauteur de CHF 7.-, ils ne prêtent pas le flanc à la critique. En définitive, en ajoutant la TVA à 8%, la somme due au mandataire est de CHF 3'708.- (3'433.33 + 274.66).

Par conséquent, il apparaît que l'intimé, en considérant qu'une rémunération de CHF 2'167.60, soit cinq heures d'activité plus débours de CHF 7.-, était suffisante pour les démarches effectuées par le mandataire, a abusé de son pouvoir d'appréciation, ce d'autant plus que pour apprécier le degré de difficulté de la cause, il a pris en considération les connaissances en matière d'assurance-invalidité du mandataire, soit un élément qui n'entre pas en considération selon la jurisprudence (cf. ci-dessus consid. 6b). En effet, on ne saurait considérer que ce laps de temps couvrait de manière appropriée l'ampleur du travail objectivement nécessaire, au vu de la difficulté des questions de fait et de droit, pour rédiger une correspondance à l'intimé assez détaillée après l'analyse d'un volumineux dossier.

Aussi, il y a lieu d'admettre le recours du mandataire au sens des considérants.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 13 décembre 2017 sera partiellement annulée au sens des considérants.

Le mandataire, qui obtient gain de cause, a plaidé dans sa propre cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel. Il a néanmoins droit à des dépens en tant qu'avocat d'office plaidant seul dans sa propre cause, à charge de l'intimé (ATF 125 II 518; arrêt du Tribunal fédéral 9C_735/2011 du 22 juin 2012 consid. 6), qui seront arrêtés à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Selon l'art. 69 al. 1*bis* LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI est soumise à des frais de justice. Toutefois, le litige ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 69 al. 1*bis* LAI a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA-GE).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare irrecevable le recours formé pour le compte de l'assuré.
2. Déclare recevable le recours formé au nom du mandataire

Au fond :

3. Admet partiellement le recours formé au nom du mandataire.
4. Annule partiellement la décision du 13 décembre 2017 au sens des considérants.
5. Fixe le montant des honoraires et débours du mandataire dans le cadre de l'assistance juridique pour la procédure administrative de l'assurance-invalidité à CHF 3'708.-, TVA à 8% comprise, sous déduction des montants déjà versés à ce titre par l'OAI.
6. Condamne l'intimé à lui verser une indemnité de CHF 800.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le