

VD_GERICHTE ZD22.034161 vom 30. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.034161

FR: VD_GERICHTE ZD22.034161 du 30 janvier 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.034161 del 30 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959

- 19 - sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1er juin 2015 au 31 décembre 2020, date à laquelle il a atteint l'âge légal de la retraite. b) On peut par ailleurs constater que le litige relatif au droit à une rente pour enfant en faveur du fils du recourant du 1er juin au 31 août 2015 est désormais sans objet, compte tenu de la décision en ce sens, émise par l'intimé pendente lite le 6 janvier 2023.

E. 3

a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

- 20 - juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 138 V 176 consid. 7.1). En l'espèce, les faits déterminants de la présente cause se sont tous déroulés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle, en particulier s'agissant de la survenance de l'incapacité de travail et de l'ouverture du droit à la rente. Ainsi, en dépit de la date de la décision litigieuse, il convient de se référer aux dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au

31 décembre 2021.

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide

- 21 - à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. d) A teneur de l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré est entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

E. 5

a) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). b) Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si, en revanche, la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). c) Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 6

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant

d'autres spécialistes pour prendre

- 22 - position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise

- 23 - ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). e) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à

donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

E. 7

a) En l'espèce, il est établi que le recourant a été atteint à répétition de reprises dans sa santé à compter du 30 juin 2014, tout d'abord en raison de maladie (lymphome), puis au motif de deux accidents

- 24 - (fractures des poignets) survenus respectivement le 28 mai 2016 et en septembre 2019. b) Concernant l'évolution de la capacité de travail du recourant et l'exigibilité de la reprise de son activité lucrative habituelle de comptable, on observe que l'on dispose de nombreux certificats médicaux faisant état d'arrêts de travail complets ou partiels, émanant tant du Centre hospitalier B. _____ et des divers spécialistes consultés par le recourant (notamment chirurgiens orthopédiques et cardiologue) que de son médecin généraliste traitant, le Dr D _____. Nombre de ces certificats ne précisent pas les motifs des arrêts de travail prononcés (cf. par exemple : certificats du Centre hospitalier B. _____ des 6 septembre 2017 et 19 février 2018), de sorte qu'il n'apparaît pas possible, au moyen de ces documents, de retracer précisément les périodes d'incapacité de travail et de déterminer avec certitude les atteintes à la santé auxquelles elles se rapportent. On retiendra toutefois que le recourant a concédé, aux termes de ses diverses écritures à l'intimé, ainsi qu'auprès des experts du D _____, avoir été en mesure de maintenir une activité à un taux d'environ 30 % au sein de sa société en dehors des périodes d'incapacité totale de travail (cf. notamment : écritures du recourant des 2 mars et 5 mai 2022 à l'intimé et attestation du Dr D _____ du 3 mai 2022). c) Cela étant, l'analyse des différentes périodes d'incapacité de travail en fonction de la maladie et des deux accidents dont a été victime le recourant a été effectuée au sein du N. _____. Aux termes de leur évaluation consensuelle, les experts ont en effet considéré que la capacité de travail du recourant avait évolué comme suit : • 0 % du point de vue oncologique du 30 juin 2014 au 30 juin 2016 ; • 40 % du point de vue oncologique depuis le 30 juin 2016 ; • 0 % (fracture du poignet gauche) du 28 mai au 1er octobre 2016 ; • 0 % (chirurgie d'ablation du matériel d'ostéosynthèse) du 28 juin au 10 juillet 2017 ;

- 25 - • 0 % (traumatisme du poignet droit) de septembre au 30 novembre 2019 ; • 50 % (douleurs résiduelles du poignet droit) du 1er décembre 2019 au 14 juin 2020.

E. 8

a) On peut en l'occurrence constater que le rapport d'expertise du N. _____ est exhaustif et que les experts se sont déterminés en toute connaissance de cause sur l'ensemble des problématiques évoquées dans le cas du recourant. Les experts ont pris en compte l'évolution de son état de santé, les plaintes alléguées, et ont justifié leurs points de vue respectifs, en fonction des constats cliniques objectifs ressortant à leurs sphères de compétence. Leurs conclusions sont au demeurant dûment motivées et apparaissent globalement en accord avec les appréciations spécialisées (notamment celles du Centre hospitalier B. _____, où une capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle de comptable a également été retenue en faveur du recourant), de sorte qu'on ne voit aucune raison objective de s'en écarter. b) En particulier, les observations du registre de la médecine interne générale, investiguées par le Dr P. _____, ne prêtent pas flanc à la critique. Elles ne sauraient être remises en question par les pièces postérieures à l'expertise

du N. _____ produites par le recourant, dont il se prévaut au stade de la présente procédure. Le Dr P. _____ a souligné l'absence de problème particulier dans sa sphère de compétences, retenant une fissure anale soignée, un polype du côlon excisé, une hyperplasie prostatique sous contrôle et une sinusite ethmoïdale et maxillaire. Quoiqu'en dise le recourant, le Dr P. _____ a également pris en considération les problèmes de tension artérielle et de lithiase rénale, à savoir des atteintes à la santé somme toute banales sans incidence durable en termes de capacité de travail. On relèvera d'ailleurs que le cardiologue traitant du recourant, le Dr L. _____, n'a prononcé qu'une incapacité de travail totale de quelques mois en lien avec les investigations cardiologiques (cf. certificats de ce praticien produits le 3 mai 2018 et rapport à l'attention de l'intimé du 11 juin 2018). On ajoutera que le recourant ne conteste pas que la lithiase rénale ait été résolue avec

- 26 - le passage spontané du calcul, ce qui ne justifie à l'évidence qu'une courte durée d'incapacité de travail. On ne voit pas enfin que la hernie mise en évidence le 23 juin 2020 – au demeurant connue des experts du N. _____ – soit une affection susceptible d'impacter durablement et significativement la capacité de travail, une telle affection ne justifiant en règle générale qu'une intervention ponctuelle et de courte durée. c) S'agissant des conclusions rapportées par la Dre R. _____ du point de vue de la médecine physique et réadaptation, cette spécialiste a examiné les conséquences des différents accidents dont a été victime le recourant en se fondant sur les résultats de son examen clinique, ainsi que sur les rapports spécialisés versés au dossier du recourant. Elle a dûment pris en compte les interventions nécessitées par l'état du poignet gauche et les soins prodigués au poignet droit. Elle a, en définitive, suivi pour l'essentiel les certificats d'arrêt de travail à disposition et rejoint la plupart des avis de spécialistes quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative (cf. notamment : rapport d'expertise du Dr H. _____ du 22 mars 2017). A cet égard, les différents certificats dont se prévaut le recourant sont insuffisamment étayés pour remettre en question les conclusions expertales, tandis que le SMR s'est rallié à l'appréciation communiquée par l'experte du N. _____ sur le plan locomoteur. Il convient ainsi de suivre l'appréciation de la Dre R. _____ en ce qui concerne tant la capacité de travail du recourant que les limitations fonctionnelles retenues. d) Le volet psychiatrique de l'expertise du N. _____, analysé par la Dre T. _____, ne justifie pas de commentaires spécifiques, en l'absence de tout grief formulé par le recourant et l'intimé, respectivement le SMR, à cet égard. Faute de suivi spécialisé, ainsi que de traitement anxiolytique ou antidépresseur, il convient de retenir l'absence d'affection incapacitante du registre concerné. e) Sur le plan oncologique, la Dre S. _____ s'est prononcée sur le lymphome ayant affecté le recourant et sur les conséquences du

- 27 - traitement anti-cancéreux. En dépit de la rémission complète persistante de la maladie, elle a retenu des limitations fonctionnelles, consécutives essentiellement aux effets secondaires des traitements, à savoir une asthénie, des troubles de la concentration, de la mémoire et de l'équilibre. Elle a par ailleurs justifié son appréciation, sur questions du SMR, en soulignant la fréquence des effets secondaires des traitements prodigués au recourant. Les explications de l'experte oncologue apparaissent congruentes avec les constats rapportés par les spécialistes du Centre hospitalier B. _____ tout au long du suivi du recourant, au cours duquel ont été relatés, à maintes reprises, une asthénie et des troubles cognitifs persistants (cf. par exemple : rapports du Centre coordonné d'oncologie du Centre hospitalier B. _____ du 15 août 2018 et du Service d'hématologie du Centre hospitalier B. _____ du 4 février 2019). f) Dans ce contexte, on ne saurait suivre le point

de vue exprimé par le SMR dans son avis du 10 mars 2021, sur la base des conclusions communiquées par la Prof. W._____. On relève en effet que le bilan neuropsychologique du 3 mars 2021 – au demeurant relativement succinct et résultant d'une seule évaluation réalisée alors que le recourant se trouvait déjà à la retraite, sans stress, ni contrainte liée aux exigences d'une activité lucrative, soit dans des circonstances bien différentes de la période échéant en décembre 2020 – apparaît insuffisant pour écarter purement et simplement, les observations rapportées régulièrement dans les rapports spécialisés du Centre hospitalier B._____ et les explications convaincantes fournies par l'experte oncologue du N._____. g) On ajoutera, contrairement à ce qu'a exposé l'intimé, respectivement le SMR dans son avis 10 mars 2021, qu'il apparaît incohérent d'écarter les conclusions consensuelles des experts du N._____ et de se fonder en même temps partiellement sur leurs observations pour trancher le cas particulier. Le but d'une expertise pluridisciplinaire est précisément de procéder à une évaluation tenant compte de la pluralité des atteintes à la santé et de leurs répercussions globales sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative. A cet égard, le N._____ a pleinement rempli sa mission en réalisant un consilium

- 28 - destiné à prendre en considération l'ensemble des circonstances médicales du cas concret pour déterminer l'évolution de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. h) Il s'ensuit qu'il y a lieu de s'en tenir à l'appréciation consensuelle des experts du N._____ pour considérer que le recourant a présenté, au motif de maladie, une incapacité de travail totale du 30 juin 2014 au 30 juin 2016, laquelle s'est poursuivie jusqu'au 1er octobre 2016 en raison de l'affection du poignet gauche. L'incapacité de travail résultant de la maladie oncologique a, en parallèle, été ramenée à 60 % dès le 30 juin 2016 et est demeurée sans changement jusqu'au mois de décembre 2020. Dans l'intervalle, les incapacités de travail supérieures à ce taux de 60 % (soit 100 % du 28 juin au 10 juillet 2017 et 100 % de septembre au 30 novembre 2019 au motif d'accident) n'ont pas été d'une durée de trois mois au moins conformément aux réquisits de l'art. 88a al. 2 RAI, de sorte qu'elles ne modifient pas le droit aux prestations du recourant.

E. 9

a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). b) Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette

- 29 - méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette

méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible ou encore lorsque cette activité offre les meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées). c) In casu, il convient de recourir à la méthode d'évaluation de l'invalidité en pour-cent exposée ci-dessus, faute de données économiques actualisées disponibles pour chiffrer précisément la perte de gain subie par le recourant. d) Au terme du délai de carence imposé par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, échu en juin 2015, le recourant présentait une incapacité totale de travail dans toutes activités et, par conséquent, un degré d'invalidité de 100 % lui ouvrant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Cette prestation a été, à juste titre, servie jusqu'au 31 décembre 2016, correspondant à l'issue du délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI. e) Compte tenu de la persistance d'une incapacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle au motif de maladie au-delà du 31 décembre 2016, sans changement jusqu'en décembre 2020, le recourant présente, sur la base d'une comparaison en pour-cent, un degré d'invalidité de 60 %, lequel lui donne droit à trois-quarts de rente d'invalidité du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020 (âge légal de la retraite). f) Contrairement à l'avis de l'intimé, il n'y a pas lieu de poser comme condition supplémentaire à l'octroi de prestations au-delà du 31

- 30 - décembre 2016 que le recourant soit soumis à un nouveau délai de carence, celui-ci étant déjà échu au 30 juin 2015 en raison de l'atteinte à la santé oncologique. Dans la mesure où une telle condition supplémentaire découlerait des directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2021, ch. 4002), ces directives n'auraient pas lieu d'être suivies, vu la teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 121 V 264 consid. 6a in fine ; cf. également ATF 109 V 125 consid. 4a).

E. 10

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis. La décision litigieuse est confirmée en tant qu'elle alloue une rente entière d'invalidité au recourant du 1er juin 2015 au 31 décembre 2016 et réformée pour le surplus, en ce sens que le recourant a droit à trois-quarts de rente d'invalidité du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) Le recourant obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la porter à la charge de l'intimé.

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