

VD_GERICHTE ZD23.023228 vom 12. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.023228

FR: VD_GERICHTE ZD23.023228 du 12 août 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.023228 del 12 agosto 2024

Erwägungen

E. 14

novembre 2018, par l'intermédiaire de Me Nathalie Weber-Braune. Il a conclu principalement à l'octroi d'une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 50 % dès le 1er mars 2018, non limitée dans le temps, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans le cadre de la procédure de recours, l'assuré a produit un rapport du 25 janvier 2019 du Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, faisant état d'une capacité résiduelle de travail de 50 % au maximum en raison d'atteintes à la santé physique et psychique, de

- 9 - douleurs chroniques et d'une diminution de sa capacité de concentration et de rendement. Le Dr H._____ posait les diagnostics suivants : - lésion partielle du tendon d'Achille gauche en juin 2013, avec désinsertion et résection partielle, augmentation au moyen du tendon du long muscle fléchisseur de l'hallux et réinsertion du tendon d'Achille le 11 décembre 2015, - nette dysbalance musculaire consécutive, - douleurs des vertèbres cervicales et lombaires chroniques sur atteintes dégénératives et status après un traumatisme par accélération en 2014, - coxarthrose, plus importante à gauche qu'à droite, - tinnitus chronique, - somatisation et difficulté à gérer les douleurs sur des épisodes dépressifs récidivants, - syndrome du tunnel carpien bilatéral. Me Weber-Braune a également produit une lettre du 1er février 2019 par laquelle la Coopérative V._____ résiliait les rapports de travail la liant à l'assuré pour le 31 mars 2019, ainsi qu'une lettre du 5 février 2019 de l'employeur expliquant que cette résiliation était motivée par les connaissances insuffisantes de l'employé dans le domaine de la comptabilité, ainsi que par un rythme de travail insuffisant. Les 25 janvier 2020 et 7 février 2020, l'assuré a adressé au tribunal une copie d'un échange de correspondances qu'il avait eu avec l'OAI. Il a produit plusieurs annexes, dont un nouveau rapport du 21 janvier 2020 du Dr K._____ attestant une capacité de travail résiduelle limitée à 50 %. b) Par arrêt du 27 mars 2020, la CASSO a admis le recours et annulé les décisions de l'OAI des 21, 24 septembre et 18 octobre 2018 en tant qu'elles portaient sur le droit aux prestations de l'assuré dès le 1er février 2017, et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction conformément aux considérants puis statue à nouveau sur le droit aux

- 10 - prestations pour la période courant dès cette date. Le considérant 7 let. b et c de l'arrêt précité a en particulier la teneur suivante : « b) L'évolution espérée en début d'année 2016 ne s'est finalement pas produite. En 2018, au moment où l'intimé a statué sur le droit à la rente, le Dr K._____ attestait une incapacité de travail de 40 à 50 %, y compris dans une activité adaptée. A ce stade toutefois, les pièces au dossier permettant de documenter l'évolution de l'état de santé jusqu'en septembre 2018 sont nettement moins suivies, précises et documentées qu'en 2015-2016. Les seuls rapports, tout de même relativement succincts, établis par le Dr K._____, ne suffisent plus, après plus de trois ans

d'incapacité de travail notable attestée par ce médecin, à établir au degré de la vraisemblance prépondérante la persistance d'une telle incapacité. Ces rapports ne sont plus complétés, comme c'était encore le cas en 2016, par un rapport de « coaching » relativement détaillé sur l'évolution personnelle et professionnelle du recourant. On ne sait plus très bien, à leur lecture, s'ils ne font qu'entériner l'appréciation de sa capacité de travail par l'assuré ou par son employeur, ou s'ils traduisent une réelle appréciation par le médecin traitant. Il est difficile de déterminer précisément le suivi psychiatrique. La persistance de l'incapacité de travail attestée sur une aussi longue durée ne saurait être admise sans expertise ; une telle expertise est par ailleurs également nécessaire dans la mesure où l'assuré allègue désormais une incapacité de travail de 50 %, y compris dans un domaine professionnel à première vue moins contraignant qu'auparavant, voire une capacité de travail inférieure compte tenu de son licenciement par la Coopérative V._____ en raison de prestations insuffisantes. La cause sera donc renvoyée à l'intimé pour qu'il ordonne une expertise conformément à l'art. 44 LPGA et statue à nouveau sur le droit aux prestations. Dans ce contexte, on précisera que cette expertise devra comprendre un volet psychiatrique, mais également un volet neurologique et un volet rhumatologique, en raison des atteintes à la santé physique alléguées par l'assuré et qui peuvent influencer directement sa capacité de travail, ou indirectement en contribuant à peser sur son état de santé psychique. L'intimé veillera, préalablement, à compléter son dossier par ceux de l'assurance-militaire et de l'assurance-accidents. c) Pour la période comprise entre, d'une part, le début du droit à la rente en février 2016 et, d'autre part, le moment où l'OAI a rendu les décisions litigieuses, la question se pose de savoir jusqu'à quelle date on peut considérer que l'incapacité de travail et de gain était suffisamment établie, et à partir de quelle date les preuves au dossier ne suffisaient plus, étant admis qu'il sera de toute façon très difficile pour les experts à désigner de se prononcer, a posteriori, sur l'évolution de cette capacité de travail. Au vu, notamment, du compte-rendu téléphonique du 20 septembre 2016 et du rapport du

E. 17

octobre 2016 du Dr K._____, on tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré a effectivement rechuté en août 2016 et présenté une incapacité de travail de 100 % pendant deux semaines, puis de 40 % le 1er septembre 2016 et de 50 % dès le 12 décembre 2016, qui a persisté jusqu'à ce que son employeur le libère de son obligation de travailler dès le 1er février

- 11 - 2017. Il est vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la relance de l'enquête du Ministère public ait pesé sur son état de santé psychique et provoqué une rechute, dont les effets se sont prolongés quelques mois. Le droit aux prestations déterminé par l'intimé jusqu'au 31 janvier 2017 peut donc être confirmé. Pour la période postérieure, l'assuré devait de toute façon changer d'activité professionnelle, de sorte que la question de sa capacité résiduelle de travail dans une activité mieux adaptée, de même que celle du revenu qu'il aurait pu y réaliser, revêtaient une importance déterminante. L'OAI devait, au moins dès cette date, ordonner une expertise puis procéder, cas échéant, à une comparaison du revenu que l'assuré aurait pu réaliser, sans atteinte à la santé, dans son ancienne activité professionnelle, avec celui qu'il pouvait encore réaliser dans une nouvelle activité éventuellement mieux adaptée. Il appartiendra donc à l'OAI de compléter l'instruction sur l'évolution de la capacité de travail et de gain de l'assuré dès le 1er février 2017 en demandant notamment aux experts qu'il désignera de se prononcer, autant que possible, sur

l'évolution de la capacité de travail de l'assuré, puis de statuer à nouveau sur le droit aux prestations dès cette date. Cela étant, on observera que l'intimé a alloué des indemnités journalières du 1er mai 2017 au 28 février 2018. La question du droit à un quart de rente ou à une demi-rente jusqu'à cette dernière date pourrait donc revêtir une importance très secondaire pour les parties. Il appartiendra à l'assurance-invalidité fédérale, par l'OAI, de vérifier avec la Caisse fédérale de pensions [...], recourante, si cette dernière souhaite réellement remettre en question le droit aux prestations pour la période courant jusqu'à cette dernière date ou si elle admet finalement de limiter la portée de l'expertise à la seule période courant dès le 1er mars 2018. » C. A la suite de l'arrêt de renvoi de la CASSO, et conformément à celui-ci, l'OAI a fait verser au dossier de l'assuré ceux de l'assurance-militaire et de l'assurance-accidents. La réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, neurologique, psychiatrique et rhumatologique a été confiée à Centre d'expertise T. _____ SA, qui a adressé son rapport le 25 mai 2021 à l'OAI. En particulier, les Drs Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, R. _____, spécialiste en neurologie, Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C. _____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de : -persistance d'une douleur du tendon d'Achille après chirurgie pour augmentation par transfert du tendon du muscle long

- 12 - fléchisseur de l'hallux et réinsertion du tendon d'Achille (M76.6), -traumatisme cervical (S13.4) le 1er mai 2014 avec probable distorsion cervicale sans atteinte neurologique mais avec légère limitation de la rotation de la nuque et douleurs persistantes latéralisée à droite avec irradiation sur l'épaule et sur tête. Eventuel impact d'ordre neuropsychologique non évalué, -épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.2), -personnalité anankastique (F60.5), -hypertension (I10), -intolérance au lactose (E73), -strabisme de l'œil droit (H50.3), -hypoacousie modérée (H91.9). Les experts ont retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle de 60% depuis février 2015 par « temps possible passé au travail de 100% », avec une baisse de rendement de 40% en raison de problèmes psychiatriques. Ils ont précisé que la capacité de travail globale était de 64% sur le plan neurologique et qu'il n'y avait pas de restriction sur les plans de la médecine interne et de la rhumatologie. Dans une activité adaptée, la capacité de travail restait de 64% d'un point de vue neurologique mais atteignait 80% d'un point de vue psychiatrique. Aucune limitation ne se retrouvait sur les plans de la médecine interne et de la rhumatologie. Dans un avis du 14 juin 2021, le Dr J. _____ du SMR a estimé que la réalisation d'un examen neuropsychologique était indispensable sous réserve de la réponse de Centre d'expertise T. _____ SA. Par courrier du 21 septembre 2021, Centre d'expertise T. _____ SA a répondu qu'il n'avait pas estimé nécessaire de mettre en œuvre un tel examen car les troubles de la concentration de l'assuré avaient déjà été pris en compte dans les conclusions neurologiques. Il laissait néanmoins au SMR le soin de juger de l'utilité de cet examen.

- 13 - Le 12 octobre 2021, estimant la réponse de Centre d'expertise T. _____ SA insatisfaisante, le Dr J. _____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique afin de déterminer les déficits cognitifs, éventuellement de mettre en évidence des lenteurs ou une fatigabilité chez l'assuré, et d'estimer dans quelle mesure l'atteinte neuropsychologique diminuait le rendement dans une activité adaptée. L'examen en question a été confié à la psychologue D. _____, spécialiste en neuropsychologie. Dans son rapport du 4 janvier 2022, cette spécialiste a mentionné que d'un point de vue

neuropsychologique, aucun trouble spécifique ne pouvait être retenu selon les critères du DSM-5. Selon elle toutefois, toute surcharge cognitive entraînait un ralentissement pathologique et/ou un nombre d'erreurs pathologiques lors de l'exécution d'une tâche, rendant impossible un travail avec des tâches complexes. Une activité plus routinière devait être envisagée pour laquelle l'assuré disposait d'une capacité de travail entière avec une réduction de 10 à 30% de rendement en raison de la limitation fonctionnelle neuropsychologique citée. La limitation fonctionnelle liée à une sensibilité à la surcharge cognitive pour les tâches attentionnelles et les tâches relatives aux fonctions exécutives ne permettait plus à l'assuré d'assumer une activité professionnelle en tant que chef de projet ou une autre activité professionnelle impliquant une responsabilité décisionnelle. Il était de ce fait impératif qu'un réajustement du niveau d'intervention professionnelle de l'assuré soit effectué et respecté afin que la qualité de travail puisse être maintenue. La poursuite d'un soutien psychiatrique restait indispensable. Le service de réinsertion professionnelle a été sollicité par le SMR pour évaluer si les limitations fonctionnelles pouvaient être respectées dans l'activité habituelle. Dans un rapport du 24 mars 2022, le service précité a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle (compte tenu du niveau d'exigence de l'activité habituelle et d'une condamnation pour faux dans les titres) et de 60% dans une activité adaptée. Pour la détermination des revenus sans et

- 14 - avec invalidité, le service d'évaluation a recommandé un mandat juridique au vu de la complexité du cas. Dans un avis du 26 septembre 2022, le service juridique de l'OAI a préconisé de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018 (TA1) dans les activités informatiques (62-63), niveau 4 pour la période postérieure au 1er mars 2018 afin de fixer les revenus sans (100%) et avec invalidité (60%). Le 30 septembre 2022, le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du préjudice économique de l'assuré, en se référant à la proposition du service juridique. Il a ainsi tenu compte d'un revenu sans invalidité de 117'745 fr. 85 et d'un revenu avec invalidité de 70'647 fr. 51. Le préjudice économique se montait ainsi à 47'098 fr. 34 (117'745 fr. 85 - 70'647 fr. 51), soit à 40%. Selon un document intitulé « calcul du salaire exigible » daté du 12 octobre 2022, était fait mention d'un revenu sans invalidité de 119'621 fr. 82 et d'un revenu avec invalidité de 71'773 fr. 09. Par projet de décision du 12 octobre 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 40% dès le 1er février 2017. Le 9 décembre 2022, Me Weber-Braune a demandé que la décision soit rendue dans les meilleurs délais. Par décisions du 27 mars 2023, la Caisse de compensation P. _____ ([...]), pour l'OAI, a établi les montants à verser pour la période allant du 1er janvier 2017 au 31 mars 2023 s'agissant des rentes pour enfants et pour la période à compter du 1er février 2018 concernant la rente de l'assuré lui-même. La Caisse demandait la restitution d'un montant de 1'645 fr. (correspondant à 235 fr. + 2 x 705 fr.) versé à tort pour la période du 1er au 31 juillet 2017 en lien avec les rentes pour enfants. Il était en outre précisé que la décision concernant la rente de

- 15 - l'assuré pour la période du 1er février au 31 juillet 2017 lui parviendrait ultérieurement. Par décision no 03.2023.00'029'393/328.64.490.211 du 26 avril 2023 annulant « celle du 27 mars 2023 concernant la période du 1er février au 30 septembre 2018 » et faisant « suite à l'arrêt du 27 mars 2020 qui stipule un quart de rente à partir du 1er février 2017 (!) », la Caisse de compensation P. _____, pour l'OAI, a fixé les montants dus à l'assuré pour la période courant du 1er février 2016 au 30 septembre 2018. Par une autre décision no 03.2023.00'029'369/328.64.490.211 datée également du 26 avril 2023,

annulant « celle du 27 mars 2023 » et faisant « suite à l'arrêt du 27 mars 2020 de la Cour des assurances sociales », la Caisse de compensation P. _____ a établi les montants à verser en faveur de l'assuré pour la période allant du 1er octobre 2018 au 30 avril 2023. Par courrier du 26 mai 2023, l'assuré, par son conseil, a demandé la remise de l'obligation de restituer les montants de respectivement 235 fr. et 2 x 705 fr. concernant les rentes pour enfants, estimant que les conditions, tant de la bonne foi que de l'indigence, étaient remplies. D. Par acte du 26 mai 2023, G. _____, toujours représenté par Me Weber-Braune, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions du 26 avril 2023 de l'OAI, en concluant principalement à leur réforme en ce sens qu'il a droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1er février 2017, sans limitation dans le temps, et subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen. Il a également recouru contre les décisions de restitution rendues le 27 mars 2023, en concluant à leur annulation. Dans un premier moyen, le recourant a fait valoir, concernant la période du 1er février au 31 juillet 2017 et du 1er février au 30 septembre 2018, que l'intimé n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles il avait retenu une capacité de travail de 60% dans toute activité, et non pas son taux effectif de 50%, qui était celui qu'il pratiquait depuis des années, se

- 16 - référant en particulier au certificat médical du Dr K. _____ du 3 février 2017, ainsi qu'aux certificats de ce dernier médecin et du Dr H. _____ établis en 2018 et 2019. Il s'est prévalu du fait qu'il n'avait pas été en mesure de travailler à un taux de plus de 50%, relevant que les expertises effectuées « depuis la décision de l'année 2020 » faisaient toutes état de sa grande fatigue et de ses difficultés à tenir le rythme de travail de son mi-temps, réparti pour cette raison sur cinq jours. Il a également relevé que durant son stage à l'Office I. _____, il n'avait pas pu travailler à plus de 50% (cf. certificat de l'Office I. _____ du 28 février 2018). Il avait du reste travaillé au taux de 48,84% pour la Coopérative V. _____, et l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 27 mars 2020 avait bien relevé qu'il avait fait tout son possible pour travailler au maximum. Il a encore observé que l'OAI lui-même avait indiqué à l'attention de l'expert que sa capacité de travail avait été de 50% du 16 janvier au 27 août 2017, et non pas de 60%. Or durant cette période, il était en stage, et son taux de travail était de 40%, estimant dès lors le taux de 60% erroné et en contradiction avec les pièces du dossier. Il a ajouté que même à 50%, il ne pouvait pas travailler dans toute activité, mais seulement dans une activité adaptée, excluant toute tâche à haute responsabilité. Le recourant a également relevé que pour la période postérieure au 1er octobre 2018, son incapacité de travail de 50% s'était poursuivie. Il avait du reste été licencié de son poste à 50% auprès de la Coopérative V. _____ parce que son rythme de travail était trop lent. Il s'est derechef référé aux certificats médicaux des Drs H. _____ et K. _____, lesquels étaient d'avis que l'assuré était au maximum de ses capacités en travaillant à 50%. Pour lui, non seulement les certificats médicaux de ses médecins, mais également la réalité du marché du travail auquel il avait été confronté, démontraient que ses atteintes à la santé ne lui permettaient pas de travailler à 60%. Il a exposé qu'il travaillait depuis 2019 en qualité de responsable de la certification et des processus auprès d'E. _____ AG, à [...], à un taux de 50% et que ce travail lui demandait beaucoup au niveau de la concentration et de la gestion des douleurs, la flexibilité de ses supérieurs lui permettant de parvenir à fournir le rendement exigé. Pour lui, une activité au taux de 60% mettrait en péril l'équilibre fragile qu'il parvenait, avec beaucoup d'efforts, à tenir en pratiquant régulièrement de la

- 17 - physiothérapie, en prenant des somnifères et des antidépresseurs et en suivant une psychothérapie, une augmentation de ce taux risquant d'engendrer un arrêt total. Dans un deuxième moyen, le recourant s'en est pris au calcul du taux d'invalidité. Il a en premier lieu déploré que l'OAI ait retenu comme revenu avec invalidité un revenu à 60%, reprenant l'argumentation développée au sujet de sa capacité de travail qui était, selon lui, de 50% au maximum. A cet égard, il a estimé qu'il fallait retenir le revenu qu'il réalisait pour la Coopérative V._____, au taux de 48%, et qui était son premier poste après l'invalidité, pour un salaire brut de 46'358 francs. Celui-ci devait, selon lui, être pris en compte pour la période de février 2017 au 31 juillet 2017, puis du 1er février au 30 septembre 2018. Le recourant a ensuite regretté, s'agissant du revenu sans invalidité, que l'intimé n'ait pas tenu compte du salaire brut à 100% qu'il réalisait avant la survenance de l'invalidité, à savoir 172'484 fr., se référant à ses certificats de salaire pour les années 2011 à 2015. Ainsi pour la période précitée, il était d'avis que la comparaison des revenus sans et avec invalidité mettait en évidence une perte de gain de 126'126 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 73.1% ($172'484 \text{ fr.} - 46'358 \text{ fr.} : 172'484 \text{ fr.} \times 100$), le recourant expliquant quand même conclure pour la période en question à trois quarts de rente d'invalidité. Pour la période à compter du 1er octobre 2018, il était d'avis qu'il fallait retenir un revenu avec invalidité annuel de 59'200 fr. à 50%, si bien qu'après comparaison des revenus, il en résultait un degré d'invalidité de 65.7% donnant aussi droit à trois quarts de rente. Il a encore relevé que même si, contre toute attente, une capacité de travail résiduelle de 60% était retenue, le revenu avec invalidité serait alors de 71'040 fr., et la perte de gain de 101'444 fr., ce qui donnerait un taux d'invalidité de 58.8%, si bien qu'il aurait droit, quoi qu'il en soit, à une demi-rente. Dans une argumentation subsidiaire, il s'est encore prévalu de l'application de l'art. 26bis al. 3 RAI, estimant qu'un abattement de 10% sur le salaire statistique était prévu pour compenser la perte de salaire liée à un travail à temps partiel. Il a enfin estimé que dans la mesure où le salaire statistique était quand même retenu, il fallait tenir compte du fait qu'il était âgé de 58 ans et qu'il lui était dès lors plus difficile de trouver du travail, estimant qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité se

- 18 - justifiait. Dans un ultime moyen, le recourant a déploré que les décisions rendues à la suite de l'arrêt de la CASSO ne contiennent aucune motivation, ni explications. A ses yeux, l'OAI ne pouvait pas recalculer les rentes pour une période de cinq mois uniquement sans rendre de motivation par rapport au degré d'invalidité appliqué, estimant que la décision ne pouvait donc pas déployer d'effet. Cela étant, il a déposé une demande de remise de l'obligation de restituer, en expliquant ne pas avoir de moyens pour effectuer les remboursements demandés. Avec son recours, le recourant a produit un onglet de pièces sous bordereau, comprenant en particulier des certificats de salaire pour les années 2011 à 2015, établissant que son revenu avait été de 172'484 fr. bruts en 2015. Le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 3 juillet 2023, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a joint la prise de position de la Caisse de compensation P._____ du 27 juin 2023, tendant au rejet du recours, en relevant qu'étant donné qu'il s'agissait d'un versement séparé et en raison de la protection des données, les décisions de rentes pour enfants ne contenaient pas de motivation détaillée. Par réplique du 18 août 2023, le recourant a maintenu sa position. A ses yeux, les revenus qu'il percevait en qualité de cadre, avant l'atteinte à sa santé, devaient être retenus à titre de revenu sans invalidité, conformément à l'ATF 148 V 174. Il était, quoi qu'il en soit, d'avis que le revenu statistique de 117'484 fr. 22 (avant indexation) était erroné, puisqu'il n'était pas informaticien, mais exerçait une fonction de cadre en tant que chef de projet. Il a par ailleurs

maintenu que son taux d'activité maximal était de 50%. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

- 19 - fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur l'étendue du droit aux prestations (rente d'invalidité) du recourant pour la période postérieure au 1er février 2017. 3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date. 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

- 20 - 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'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi- rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 5. 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]). 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet

- 21 - 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). 6. a) Pour 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 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (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 le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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).

- 22 - 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. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9G_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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

asséculoologique. 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) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

- 23 - résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). 7. Dans un grief de nature formelle qu'il y a lieu de traiter en premier, le recourant se plaint, au moins implicitement, d'une violation de son droit d'être entendu, déplorant le caractère succinct des décisions attaquées, ainsi que l'absence d'éléments relatifs au fait qu'il a travaillé depuis 2018 à 50%, et non à 60%. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

- 24 - b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut néanmoins être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être

entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées). c) En l'occurrence, il convient d'observer que les termes des décisions litigieuses permettent de comprendre les motifs matériels pour lesquels l'intimé a accordé au recourant les prestations en cause. Le recourant a, au demeurant, été en mesure de comprendre la portée de ces décisions, et de saisir la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen, et de faire valoir l'intégralité de ses griefs, dans le cadre d'un double échange d'écritures. Ainsi, bien qu'il soit douteux que l'on puisse considérer que son droit d'être entendu eût été violé, il y a lieu, quoi qu'il en soit, de constater que cette violation a été réparée devant la présente autorité. Le grief doit dès lors être écarté. 8. Dans un premier moyen de fond, le recourant soutient en substance que le taux d'activité de 60% retenu par l'intimé dans les décisions attaquées est contredit par ses médecins, qui estiment qu'il ne peut pas travailler à plus de 50%, ainsi que par la réalité du marché du

- 25 - travail, qui démontre qu'il n'est effectivement pas en mesure d'exercer une activité à 60%. A toutes fins utiles, on rappellera à ce stade que les décisions rendues initialement par l'OAI les 21 septembre, 24 septembre et 18 octobre 2018 ont été annulées par le précédent arrêt de la CASSO en tant qu'elles portaient sur le droit aux prestations dès le 1er février 2017. Seule la période postérieure à cette date est dès lors déterminante. Il convient tout d'abord de relever que le recourant n'élève aucun grief spécifique à l'encontre de l'expertise de Centre d'expertise T. _____ SA, complétée par une évaluation neuropsychiatrique, respectivement à l'encontre de l'avis du Dr J. _____ du SMR du 14 février 2022, mais fait pour l'essentiel valoir que sa situation réelle démontre qu'il n'est pas en mesure de travailler à plus de 50%, se prévalant en cela de l'avis de ses médecins, en particulier des Drs K. _____ et H. _____. Sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de Centre d'expertise T. _____ SA remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Une évaluation consensuelle a été dûment menée et chaque médecin a rendu un rapport dans sa spécialité. Ces rapports se fondent sur des examens complets (pp. 11, 17-18, 25, 33-34), prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant (p. 9, 15-16, 22-23, 30-31), ont été établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse, pp. 9-10, 16-17, 23-24, 31-32), comportent une description du contexte médical (annexe 5 du rapport) et une appréciation claire de la situation médicale (pp. 12, 18-19, 27, 35-36). Enfin, les conclusions de ces rapports sont bien motivées (pp. 12, 19, 25- 26, 28, 36). L'expert psychiatre en particulier s'est en outre prononcé sur les indicateurs propres aux atteintes psychiques. Sur le fond, les experts ont conclu à une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, essentiellement en raison des atteintes psychiatriques et neurologiques. Ils ont été en mesure de discuter les diagnostics retenus et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de

- 26 - travail du recourant. Leur appréciation convaincante ne saurait être remise en cause par les avis des médecins traitants, lesquels sont généralement enclins à prendre le parti de leur patient, si bien que leurs rapports doivent être considérés avec une certaine retenue. Cela étant, on relèvera que le Dr K. _____ a fait état d'une capacité de travail de l'assuré de 60% dans un rapport du 27 octobre 2017 puis de 65% le 9 février 2018, rejoignant l'appréciation des experts. Ce n'est que postérieurement à la décision du 21 septembre

2018, dans le cadre de la procédure de recours, que le recourant a produit un rapport du 21 janvier 2020 du Dr K. _____ attestant d'une capacité de travail de 50%, ainsi qu'un rapport du 25 janvier 2019 du Dr H. _____, qui retient également une capacité de 50%. Or les diagnostics et limitations fonctionnelles figurant dans ces rapports ont été pris en compte par les experts de Centre d'expertise T. _____ SA. Ces documents ne font en l'occurrence pas état d'éléments déterminants nouveaux dont les experts n'auraient pas tenu compte. C'est le lieu de rappeler qu'il appartient à un médecin de porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler, les données médicales l'emportant au demeurant sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1 ; ATF 125 V 256 consid. 4). On ne saurait ainsi rien déduire du fait que l'assuré n'a pas été en mesure d'augmenter sa capacité de travail au-delà de 50% durant la mesure de réentraînement. Les experts ont procédé à un examen complet et fouillé de l'état de santé du recourant et des répercussions de ses atteintes sur sa capacité de travail, en se fondant sur tous les éléments au dossier. Leur appréciation a été au demeurant complétée par celle d'une neuropsychologue, qui n'a constaté aucun trouble spécifique selon les critères du DSM-5. Dans ces conditions, l'OAI était fondé, sur la base du rapport d'expertise de Centre d'expertise T. _____ SA du 25 mai 2021 pleinement probant, complété par le rapport d'évaluation neuropsychologique détaillé du 4 janvier 2022, à retenir les limitations fonctionnelles suivantes psychiatriques : perte d'élan vital, fatigabilité. Envahissement du champ

- 27 - de pensée par des idées récurrentes, difficulté à pouvoir exprimer les sentiments, excès de perfectionnisme, traitement simultané d'informations multiples, travaux nécessitant des prises de décisions immédiates ; neurologiques : position assise prolongée, douleurs à la nuque nécessitant de faire des pauses ; neuropsychologiques : tâches à haute exigence cognitive, travaux nécessitant la prise en compte de plusieurs tâches, et à estimer que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 60%. Au vu des constatations, probantes, résultant de l'évaluation neuropsychologique, il y a pour le surplus lieu de retenir que l'activité habituelle de responsable informatique exercée depuis 2009, et qui a conduit au « burnout » de l'assuré en février 2015, n'est plus exigible. La neuropsychologue a en effet bien indiqué que l'assuré présentait une limitation fonctionnelle liée à une sensibilité à la surcharge cognitive pour les tâches attentionnelles et les tâches relatives aux fonctions exécutives. Cette limitation fonctionnelle ne permettait plus à l'assuré d'assumer une activité professionnelle en tant que chef de projet ou autre activité professionnelle impliquant une responsabilité décisionnelle. Ainsi, des activités professionnelles telles qu'exercées dans le cadre de la [...] ou encore auprès de la Coopérative V. _____ ne pouvaient plus être assumées par l'assuré. Le dernier licenciement (par la Coopérative V. _____) avait mis en évidence des difficultés liées à la surcharge cognitive qui entraînait une lenteur pathologique et des erreurs non repérées par l'assuré. Ces difficultés avaient été retrouvées lors de l'examen neuropsychologique et avaient probablement été à l'origine d'une plainte impliquant une insuffisance des connaissances en comptabilité dans le cadre de son emploi auprès de la Coopérative V. _____. Compte tenu des difficultés rencontrées, il était impératif qu'un réajustement du niveau d'intervention professionnelle de l'assuré soit effectué et respecté, afin que la qualité du travail puisse être maintenue, étant précisé que les capacités instrumentales de l'assuré ne présentaient pas de déficit.

- 28 - 9. Dans un autre moyen, le recourant s'en prend au calcul du droit à la rente, singulièrement aux montants retenus à titre de revenus sans et avec invalidité, et subsidiairement à l'abattement. a) Pour déterminer le revenu sans invalidité, nécessaire à l'évaluation du taux d'invalidité conformément à l'art. 16 LPGA, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2), réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas devenue invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3; 139 V 28 consid. 3.3.2). Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants (AVS ; arrêt 9C_611/2021 du

E. 21

novembre 2022 consid. 4.1 et la référence). A cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de

- 29 - l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; arrêt 9C_149/2023 du 5 juillet 2023 consid. 9.2.1). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). b) En l'occurrence, le recourant est d'avis que c'est le revenu qu'il réalisait en qualité de responsable informatique auprès de [...] qui aurait dû être pris en compte. Ce moyen est bien fondé. L'OAI a retenu, en se référant à l'avis juriste du 26 septembre 2022, que le licenciement de l'assuré serait intervenu même sans atteinte à la santé, et s'est dès lors référé, pour le revenu sans invalidité, à l'ESS TA 1 dans les activités informatiques (62-63), niveau 4, pour la période postérieure au 1er mars 2018. Or le fait que le recourant a été licencié, et qu'il a fait l'objet d'une enquête administrative en 2017 concernant un contrat antidaté qui aurait été co-signé par lui, et qu'il ait indiqué lors d'un entretien du 17 novembre 2016 un possible licenciement avec l'enquête en cours, ne permet pas de retenir un revenu sans invalidité fondé sur l'ESS, ni que le licenciement serait intervenu même sans atteinte à la santé. Avant l'atteinte à la santé, le recourant était en effet en poste comme responsable informatique,

depuis 2009. Il n'était donc pas seulement informaticien, mais occupait une fonction de cadre. Dans ces conditions, aucun élément ne permet de s'écarter du revenu effectivement réalisé par le recourant dans ce poste, lequel se

- 30 - montait, en 2015, à 172'484 fr. selon le certificat de salaire produit par le recourant. C'est le montant que celui-ci aurait pu continuer à percevoir s'il n'était pas devenu invalide. c) Le recourant est encore d'avis qu'il convient de retenir, au titre de revenu avec invalidité, les revenus qu'il a effectivement réalisés dans ses activités professionnelles à 50% à compter de février 2017. Or, ainsi qu'on l'a vu, c'est une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée qui doit être retenue. A cet égard, le revenu arrêté par l'OAI à titre de revenu avec invalidité peut être confirmé. Il correspond en effet à l'ESS TA 1 dans les activités informatiques (62-63), niveau 4, année de référence 2018, porté à 41.2 heures et indexé à l'année 2022. Au taux de 60%, le montant final retenu à titre de revenu d'invalide s'élève à 70'647 fr. 51. Ce revenu est au demeurant très largement superposable à celui que réaliserait le recourant s'il exerçait son activité actuelle au taux de 60% (71'040 fr., selon ses propres calculs). L'âge du recourant ne permet pas d'opérer un abattement sur le revenu avec invalidité. En effet, en tant que facteur étranger à l'invalidité, il n'y a pas lieu de tenir compte du fait que l'âge de la personne assurée peut avoir une influence négative sur la recherche d'emploi (TF 8C_808/2013 du 14 février 2014 consid. 7.3, cité au consid. 6.3 de l'arrêt TF 9C_325/2022 du 25 mai 2023). Les autres facteurs de réduction (années de service, nationalité) n'entrent pas non plus en ligne de compte dans le cas d'espèce. A tout le moins, ils conduiraient à un préjudice nul, dans la mesure où il faudrait également en tenir compte dans le calcul du revenu sans invalidité. Quant aux limitations fonctionnelles, elles ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail retenue, raison pour laquelle aucune déduction supplémentaire en raison du taux d'occupation ne saurait être admise.

- 31 - Pour le surplus, l'art. 26bis al. 3 RAI dont se prévaut le recourant ne lui est d'aucun secours, puisque l'ancien droit est applicable (cf. consid. 2 supra), et que l'art. 26bis al. 3 RAI est entré en vigueur le 1er janvier 2024. Finalement, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, il résulte un degré d'invalidité de 59%, qui conduit à l'ouverture du droit à une demi-rente dès le 1er février 2017 ($[172'484 \text{ fr.} - 70'647 \text{ fr.} 51] \times 100 / 172'484 \text{ fr.}$). A noter que si l'on tient compte du fait que le revenu sans invalidité devrait être indexé à 2017, année déterminante en l'espèce, cela ne change rien au résultat, puisque le calcul avec un revenu porté à 174'206 fr. 94 (172'484 fr. + 1.1% en 2016 et - 0.1% en 2017), comparé au revenu effectivement réalisé au taux de 60%, soit 71'040 fr., donne un résultat de 59,22%, montant qu'il y a lieu d'arrondir à 59%. Il n'y a, pour le surplus, pas lieu d'opérer la distinction que fait le recourant entre différentes périodes, puisque sa capacité de travail est de 60% dans une activité adaptée depuis à tout le moins février 2017, période déterminante in casu. Il n'y a pas non plus lieu de distinguer avec le revenu effectivement perçu pour le compte de la Coopérative V. _____, ni pour le compte d'E. _____AG, puisque le revenu d'invalide arrêté sur la base de l'ESS par l'OAI correspond aux limitations fonctionnelles et que l'application de l'ESS se justifie en présence d'emplois qui ne présentent pas encore la stabilité requise par la jurisprudence et qui ne mettent pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.2 cité ci-dessus). 10. Le recours est également dirigé contre les décisions du 27 mars 2023. On doit concéder au recourant que dans la mesure où, dans son arrêt du 27 mars 2020, la Cour des assurances sociales a arrêté la situation à la fin du mois de janvier 2017, le droit

aux prestations à compter du 1er février 2017 devant être à nouveau déterminé, les décisions du 27 mars 2023, qui portent sur la période postérieure au 1er février 2017, sont prématurées. Elles doivent dès lors être annulées, et le

- 32 - dossier retourné à l'intimée pour nouvel examen une fois le présent arrêt entré en force. 11. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis, les décisions du 27 mars 2023 annulées et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvel examen une fois le présent arrêt entré en force et nouvelles décisions. La décision no 03.2023.00'029'393/328.64.490.211 du 26 avril 2023 doit être réformée, en ce sens que le recourant a droit à une demi- rente d'invalidité à partir du 1er février 2017. Elle est confirmée pour la période antérieure du 1er février 2016 au 31 janvier 2017. La décision no 03.2023.00'029'369/328.64.490.211, qui porte sur le droit aux prestations du recourant pour la période à partir du 1er octobre 2018, doit être annulée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 l'intimé, vu l'issue du litige. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 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 mettre à la charge de l'intimé. d) Au vu de l'issue du litige, la demande d'assistance judiciaire du 26 mai 2023 est sans objet, le montant des dépens arrêté ci-avant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office.

- 33 -

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