

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. **a)**D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est né en [...]. Titulaire d'un « Master of Science in Information Systems » et actif en tant que responsable dans le domaine de l'informatique depuis 2007, il a travaillé en dernier lieu, de novembre 2013 à juillet 2015, en tant que « Manager Risk Assurance » pour le compte de la société G._____ SA, à [...]. En arrêt de travail depuis le mois d'octobre 2014 en raison d'une très importante fatigabilité (et d'autres troubles neuropsychologiques), il a été annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur S._____ SA, dans le cadre d'une procédure de détection précoce. Lors d'un entretien du 26 juin 2015 avec l'OAI, il a notamment été noté ce qui suit (document intitulé « DP - Rapport initial » du 29 juin 2015) :

2. Préambule, analyse de la demande

Anamnèse et informations complémentaires de l'assuré

En 2009, l'assuré est victime d'un accident de la route (choc frontal) induisant un TCC [traumatisme crânio-cérébral].

L'assuré reprend rapidement son activité en tant que manager chez A._____.

Petit à petit les conséquences du TCC se font ressentir et les LF [limitations fonctionnelles] augmentent (fatigabilité accrue, mémoire, concentration). L'assuré voit sa performance baisser. Il organise son temps et fait les tâches importantes le matin. Il explique qu'il faisait initialement tout seul le travail de 4 personnes. Petit à petit son rendement a diminué de moitié. Il demande un allègement de son cahier des charges. En juin 2013 son employeur lui propose soit de changer d'activité, soit de quitter l'entreprise avec une indemnité.

Parallèlement, l'assurance du conducteur responsable de l'accident attaque l'assuré au pénal (l'assuré aurait dû freiner plus tôt). Ce procès est gagné par l'assuré en 2013.

En novembre 2013, l'assuré est engagé [par] G._____ [G._____].

Le travail est très intensif et demande beaucoup d'investissement à l'assuré. Il ne peut pas organiser son emploi du temps comme chez A._____. Il fait un Burn out en octobre 2014.

Suite à un coaching mis en place par l'APG (Mme [...]), l'assuré est diagnostiqué HP [Haut Potentiel]. Il apparaît que l'accident a rendu l'assuré vulnérable et les exigences de son activité professionnelle conjuguées à cette vulnérabilité ont mené au Burn out et amplifiés les limitation[s] déjà présentes.

Le 10 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) en indiquant souffrir d'une très importante fatigabilité, de troubles neuropsychologiques ainsi qu'à la nuque, aux yeux et aux oreilles depuis l'accident de la circulation survenu en novembre 2009.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est notamment vu communiquer le dossier constitué par la S. _____ SA. Des renseignements médicaux usuels ont également été recueillis par l'OAI auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport du 23 septembre 2015 du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ; rapport du 9 octobre 2015 du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale), produits par la S. _____ SA (parmi d'autres, rapports des 22 janvier 2010 et 19 avril 2011 du Dr M. _____, spécialiste en neurologie ; rapport du 17 février 2010 du Dr Z. _____, spécialiste en ophtalmologie ; rapport du 1^{er} avril 2011 du Dr J. _____, spécialiste en neurologie ; rapport du 5 avril 2011 de la Prof. Q. _____, cheffe du Service de neuropsychologie et neuro-réhabilitation au CHUV ; rapports des 22 avril et 15 décembre 2011 du Prof. T. _____ ; rapport du 12 avril 2012 du Dr X. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie ; rapport d'examen neuropsychologique du 8 janvier 2016 de V. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP ; rapport d'expertise du 4 février 2016 du Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et N. _____, psychologue FSP), ou encore transmis par le conseil de l'assuré, Me Philippe Nordmann (attestation du 13 mars 2015 de la psychologue W. _____ ; rapports des 6 mars, 23 mai et 2 novembre 2016 du Dr C. _____ ; rapport du 29 mars 2016 du Dr K. _____).

Nanti du point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR ; avis des 14 juillet et 5 décembre 2016), l'OAI a, par décision du 7 décembre 2016 confirmant un projet de décision du 15 juillet 2016, nié à l'assuré le droit à une rente, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité à partir du 1^{er} décembre 2015.

b) Par arrêt du 20 septembre 2018 (CASSO AI 21/17 - 273/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours déposé le 25 janvier 2017 par D._____, annulé la décision rendue le 7 décembre 2016 et renvoyé l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Au vu de profondes contradictions entre le Dr H._____ et le Dr C._____ sur les diagnostics psychiatriques retenus et de leur impact sur la capacité de travail ainsi que de l'obstacle principal à la reprise d'une activité lucrative constitué par l'importante fatigabilité dont se plaignait l'assuré et qui n'avait à aucun moment fait l'objet d'un examen consciencieux et détaillé de la part du SMR, la Cour estimait nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant notamment des volets neurologique et psychiatrique, une appréciation neuropsychologique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue.

c) Dans le cadre de l'instruction menée à la suite de cet arrêt, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire à l'I._____, à [...] (ci-après : I._____). Dans leur rapport d'appréciation générale interdisciplinaire du 7 avril 2020, les Drs O._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, A._____, médecin praticien, ainsi que E._____, spécialiste en neurologie, sous la supervision de la Dre F._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics incapacitants de neurasthénie (F48.0), d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), ainsi que de syndrome post commotionnel en phase tardive dans les suites d'un TCC sévère avec amnésie circonstancielle le 7 novembre 2009 (F07.2). En guise de conclusions, les experts ont estimé qu'en raison de la diminution des ressources occasionnée par la pathologie psychiatrique, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 50 % dans toute activité depuis le 8 octobre 2014. Le syndrome post commotionnel tardif était à l'origine d'une baisse de rendement de 20 % ; après discussion consensuelle, les experts ont estimé que la capacité de travail de 50 % prenait en compte cette diminution de rendement de nature neurologique et que, globalement, la capacité de travail était donc évaluée à 50 %. Ils n'avaient

pas de proposition thérapeutique à formuler, observant que des mesures de réentraînement pourraient, après une longue interruption de travail, permettre à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis du 15 mai 2020), l'OAI a recueilli un complément d'expertise du 23 juin 2020 dans lequel les experts d'l. _____ ont répondu aux questions suivantes :

1. *Merci d'argumenter vos différences d'appréciation de l'expertise du Dr H. _____ qui lui ne retenait pas de neurasthénie qui selon votre appréciation est incapacitante depuis octobre 2014.*

Dans son rapport le Dr H. _____ s'est surtout attaché à démontrer les traits de personnalité narcissique de l'assuré soulignant « sa vision mégalomane de lui-même ». La fatigabilité relevée dans les plaintes de l'assuré comme la plainte somatique au premier plan et son manque d'efficacité ne sont pas expliqués, voire pas pris en compte (« les jeux vidéo le détendent ») par l'expert. Dans ce contexte de bonne opinion de lui-même longuement développé par l'expert (« il veut donner une image parfaite de lui-même, n'accepte aucune faille ni aucune insuffisance »), on peine alors à comprendre dans ce rapport pourquoi l'assuré n'est plus en mesure d'utiliser ses compétences spécifiques. Par ailleurs, l'expert minimise les sensations physiques désagréables que nous relevons (étourdissements, dyspepsies, oppression thoracique, sentiment de chaleur) qui sont mentionnés dans ce rapport par « d'autres légers symptômes qui ne sont pas évident[s] à percevoir ». Ainsi pour nous les symptômes principaux de l'assuré ont été minimisés par l'expert précédent et ne sont pas expliqués par le seul diagnostic de traits de personnalité (diagnostic que nous retenons également néanmoins). La fatigabilité aux efforts mentaux, ainsi qu'aux efforts minimes physiques, avec diminution des performances professionnelles et des activités quotidiennes associées aux sensations physiques désagréables définissent, selon les critères de la CIM 10 [Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes dans sa 10^{ème} version], la neurasthénie qui est ainsi pour nous le diagnostic principal retenu.

2. *Pour quelle raison la neurasthénie qui se serait développée progressivement depuis l'accident de 2009 (si on se réfère aux plaintes) et qui selon l'assuré se répercutait déjà sur le plan professionnel (baisse de rendement selon l'assuré qui l'aurait amené à démissionner en 2013) n'est incapacitante que depuis octobre 2014 ?*

La datation d'une maladie a posteriori est toujours difficile et ne peut s'appuyer que sur des documents médicaux. La neurasthénie s'est probablement développée progressivement dans les suites de l'accident. Selon le récit de Monsieur D. _____, il souffrait déjà en 2009 des symptômes de neurasthénie, mais il a repris son travail avec l'espoir que ceux-ci allaient s'atténuer avec le temps, avec le soutien d[u] corps

médical qui était rassurant à ce moment. Ces symptômes, ont continué à être présents, avec une augmentation progressive, malgré les différentes consultations médicales et les suivis effectués. Vu les traits de personnalité relevés chez l'expertisé par l'examen psychiatrique, qui présente un perfectionnisme, une méticulosité extrême, une tendance au conformisme, une sensibilité excessive aux échecs et un sens tenace et combatif, nous pouvons constater qu'il a investi et qu'il continue à investir énormément de son énergie pour surpasser ses limitations et pour qu'elles ne soient pas visibles dans son environnement externe. Cet investissement a pu se montrer relativement optimal jusqu'à 2013, mais l'expertisé a progressivement épuisé ses ressources. En 2013, ses limitations ont été constatées par son entourage professionnel, et en juin 2013 il a été convoqué par la direction et il lui a été demandé de changer de poste. L'assuré a pris le choix de changer de travail et d'employeur, continuant la lutte contre les symptômes liés avec sa neurasthénie. Le nouveau projet lui a donné un nouvel élan, remobilisant un peu ses compétences, mais sans diminution de sa symptomatologie. En octobre 2014, il a eu un épuisement professionnel, lié très probablement avec cette lutte interne, étant mis en arrêt maladie à 50% par son médecin généraliste. L'expertisé, était confronté concrètement à ses limites quand, durant son arrêt maladie, il a essayé de faire une formation d'une semaine qu'il avait très envie d'effectuer, mais qu'il a été obligé de vite abandonner. C'est alors depuis octobre 2014 que nous relevons que Monsieur D. _____ n'est plus capable de mobiliser suffisamment ses ressources pour surmonter les symptômes de la neurasthénie, et ceci malgré l'énergie investie pour se soigner, tant sur le plan physique que psychologique. La neurasthénie est alors considérée, en raison de ses répercussions, comme incapacitante à partir du premier certificat d'incapacité de travail. Il est cependant possible, sans pouvoir l'affirmer, que le licenciement de 2013 soit déjà la conséquence d'une baisse d'efficacité de l'assuré.

3. *Que s'est-il concrètement passé en octobre 2014 (médicalement objectif) pour valider cette incapacité (hormis les attestations du médecin traitant) ?*

Il n'y a pas de fait médical concret survenu en octobre 2014. La neurasthénie comme déjà indiquée s'est développée progressivement depuis 2009. Un épuisement des ressources de l'assuré a été constaté en 2013, les limitations perçues par lui étant devenues visibles par son entourage professionnel. L'assuré semble avoir espéré que le changement d'emploi en 2013 lui permette de retrouver de l'élan, ce qui n'a pas été le cas, rencontrant dans ce nouveau poste les mêmes difficultés de performance professionnelle. La date d'octobre 2014 correspond à la mise en évidence par le médecin traitant des limitations fonctionnelles importantes en lien avec la neurasthénie, mais aussi la confrontation concrète du patient à la réalité de ses limitations, confrontation en soi très déstabilisante, vu ses traits de caractère déjà mentionnés.

4. *Vous validez une baisse de capacité de travail en vous basant exclusivement sur des éléments subjectifs. La neurasthénie n'est pas une atteinte incapacitante en tant que telle, c'est son*

analyse selon les indicateurs de la jurisprudence de juin 2015 qui permet de confirmer ou non son caractère incapacitant. Nous vous remercions de détailler précisément les arguments faisant pencher sur une incapacité de 50% (listing des différents indicateurs).

Comme analysé dans le rapport d'expertise consensuelle, la neurasthénie a été jugée partiellement incapacitante en raison des limitations de l'assuré (capacité réduite d'accomplir les tâches routinières quotidiennes sur la durée, diminution de la capacité de planification et de structuration des tâches, diminution de la capacité d'adaptation et de la flexibilité, limitation de l'usage des compétences spécifiques, diminution de l'endurance, diminution des activités spontanées et diminution des capacités de déplacement) qui se manifestent de manière homogène dans tous les domaines de la vie. Les ressources retenues sont les compétences spécifiques de l'assuré, son profil HP et un entourage (épouse et réseau amical) soutenant. Au vu de ces éléments, en mettant en balance les limitations et les ressources, les experts ont estimé la capacité de travail à 50% dans toute activité.

5. *Concernant le diagnostic d'état post commotionnel en phase tardive, merci d'argumenter plus précisément vos différences d'appréciation de la SUVA qui réfutait le lien entre la symptomatologie et l'accident (confirmé par le TCA).*

La décision de la SUVA s'est fondée sur l'avis du Dr [...], neurologue et médecin[-]conseil, qui dans son appréciation du 04.07.2013 ne retenait que le diagnostic d'entorse cervicale écartant toute lésion cérébrale de nature traumatique en se basant sur le rapport des urgences qui ne mentionnait pas de céphalée ni d'imagerie cérébrale. Cependant, les conséquences cérébrales d'un whiplash lors d'un accident à haute cinétique et la notion d'amnésie circonstancielle mentionnée par l'assuré (rappelée par le Pr J. _____ en avril 2011) ne sont pas discutées dans ce rapport. Par ailleurs les plaintes d'origine céphaliques sont apparues dans les 24h suivant l'accident justifiant alors des imageries. Ainsi le Pr T. _____, neurologue, en février 2011 mentionne pour sa part une commotion cérébrale, et le Dr M. _____, autre neurologue, indique en 2010 un « syndrome subjectif post-traumatique ». En raison des circonstances de l'accident, de l'amnésie circonstancielle et des symptômes présentés au décours et toujours présents (céphalées, troubles cognitifs, ralentissement psychomoteur, acouphènes, difficultés d'accommodation), nous avons retenu du point de vue neurologique le diagnostic de syndrome post commotionnel en phase tardive. Le diagnostic psychiatrique posé par le co-expert de neurasthénie peut faire discuter la coexistence des deux entités, de nombreux éléments cliniques étant communs. Cependant, le diagnostic psychiatrique ne prend pas en compte l'antécédent d'accident de la voie publique et ne saurait rendre compte de l'amnésie circonstancielle. Après discussion consensuelle, les deux diagnostics ont alors été retenus.

Dans un avis médical du 14 septembre 2020, le SMR a retenu que, même si le diagnostic de neurasthénie portait à questionnement, les

répercussions psychiques étaient importantes et pouvaient justifier une baisse de la capacité de travail de l'assuré à 50 %. S'agissant de l'atteinte neurologique, le syndrome post-commotionnel (non incapacitant mais justifiant une baisse de rendement de 20 % sur un 100 %) et la neurasthénie (incapacitant à 50 %) regroupaient les symptômes communs de céphalées, vertiges, fatigue, irritabilité, trouble du sommeil, trouble de la concentration, altération de la mémoire, diminution de la tolérance au stress, pouvant s'accompagner de sentiments dépressifs ou anxieux. Le diagnostic de syndrome post-commotionnel n'était pas irréfutable au vu des explications complémentaires de l'expert neurologue et il convenait de conclure que l'atteinte psychiatrique, à elle seule, justifiait la diminution de la capacité de travail de 50 %. Cette baisse englobait l'éventuelle perte de rendement observée sur le plan neurologique.

Par projet de décision du 2 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2016.

A l'appui de ses objections du 18 janvier 2021, l'assuré a reproché à l'expertise de n'avoir pas suffisamment examiné en détail la plupart de ses problèmes, en particulier de fatigue, d'ouïe (acouphènes continus), de vue et de douleurs/blocages au haut du dos et de la nuque depuis l'accident de 2009. Il contestait également les termes de la comparaison des revenus effectuée pour déterminer son degré d'invalidité.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 8 février 2021), l'OAI a également soumis la contestation de l'assuré à une spécialiste de sa division de réadaptation, laquelle a pris position sur le calcul du préjudice économique dans une communication interne à l'OAI du 1^{er} mars 2021.

Le 18 mars 2021, l'OAI a informé le représentant de l'assuré que les arguments soulevés dans le cadre de ses objections formulées le 18 janvier 2021 n'étaient pas susceptibles de remettre en cause le bien-

fondé de son projet de décision du 2 novembre 2020. Ses explications étaient les suivantes :

Vous vous questionnez en premier lieu sur le degré d'invalidité. Le service de réadaptation a pris connaissance des éléments relevés. Après analyse de la situation, nous relevons que le salaire de Fr. 120'300.- en 2015 indiqué par G._____ AG correspond au salaire perçu chez A._____. Selon les rapports divers en notre possession, il est mentionné le salaire de Fr. 120'300.- + bonus cible Fr. 16'800.-/an + une somme forfaitaire de Fr. 6'000.-

Concernant le Bonus, G._____ [G._____] M. B._____ nous a informé que l'entreprise a changé de système, mais le principe reste le même. Le bonus est en fonction des performances du collaborateur et celles de l'entreprise. Il est prévu, mais le montant peut être celui indiqué ou un peu plus haut (très exceptionnel) ou aucun bonus. Le montant n'est donc pas pérenne. Dans ces conditions, nous nous basons uniquement sur le salaire annuel contractuel soit Fr. 120'300.-, ce qui correspond au revenu à prendre en compte sans atteinte à la santé.

Dans une activité qui tient compte des limitations fonctionnelles, Monsieur D._____ peut valoriser ses connaissances et compétences professionnelles. Après analyse de la situation, nous prenons le niveau 2 de l'ESS ([Enquête suisse sur la structure des salaires] auparavant niveau 3) car cela correspond plus à sa situation actuelle. Le revenu d'invalidité à prendre en compte s'élève donc à Fr. 40'670.19 en 2015 selon ESS TA1 2014 indexé à 2015 pour la branche économique 62-63, niveau compétences 2.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 120'300.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 40'670.19
Perte de revenu	CHF 79'629.81
Degré d'invalidité	66.19 %

Concernant l'aspect médical, la situation a été prise en compte dans sa globalité dans la dernière expertise du 7 avril 2020 dont les conclusions (invalidant celles du Dr H._____) ont été suivies. Il n'y a pas d'aggravation des atteintes existantes ou de nouvelle atteinte depuis.

Toujours en désaccord avec l'analyse du cas effectuée par l'OAI, l'assuré a produit des rapports des 24 février et 17 novembre 2020 établis par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, auxquels était joint un rapport de prise en charge de physiothérapie du 10 décembre 2020 auprès du cabinet R._____ à [...].

Après avoir soumis ces pièces médicales au SMR (avis du 7 juin 2021), l'OAI a, par décision du 9 juillet 2021, alloué à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2016.

B. **a)** Par acte du 30 août 2021, D._____, toujours représenté par Me Philippe Nordmann, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 9 juillet 2021, concluant à la réforme de la décision précitée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, le recourant reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Il contestait la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par l'Unité d'expertises médicales d'I._____, estimant présenter une capacité de travail ne « dépassant pas 10% en temps et étant également réduite en rendement ». Il contestait par ailleurs les termes de la comparaison des revenus effectuée pour déterminer son degré d'invalidité, ainsi que le montant de sa rente.

b) Dans sa réponse du 27 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Était jointe une prise de position de la ????._____ du 21 octobre 2021, laquelle confirmait le calcul de la rente allouée.

c) Dans sa réplique du 16 décembre 2021, D._____ a persisté dans ses conclusions. A son avis, le calcul de la rente effectué par la caisse de compensation ne tenait pas compte d'un revenu de 8'008 fr. réalisé en 2013 pour le compte de la société E._____ AG.

d) Dans sa duplique du 13 janvier 2022, l'OAI a conclu une nouvelle fois au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a observé que la dernière écriture de l'assuré et ses annexes n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position.

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 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la fixation de son taux d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 9 juillet 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. 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'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.

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) 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 résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

e) 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).

f) 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).

4. **a)** Sur le plan médical, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par l'Unité d'expertises médicales d'I._____ et son complément, laquelle retient - à la suite d'un examen circonstancié de la situation - une capacité résiduelle de travail de 50 % dans toute activité en raison de la présence de multiples limitations fonctionnelles (diminution de la capacité à planifier et structurer une tâche avec la fatigue ; diminution de la capacité d'adaptation et de la flexibilité ; limitation de l'usage des compétences spécifiques avec la fatigue ; diminution de l'endurance ; diminution des activités spontanées ; diminution des capacités de déplacement [hypersomnie]) depuis octobre 2014.

aa) Sur le plan somatique, la Dre O._____ n'a pas retenu de diagnostic de la médecine interne, tandis que, les Drs A._____ et E._____ ont, sur le plan neurologique, retenu un syndrome post commotionnel en phase tardive dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral sévère avec amnésie circonstancielle le 7 novembre 2009 (F07.2), qui, s'il n'était pas à l'origine d'une incapacité de travail, engendrait néanmoins une perte de rendement de 20 %.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr L._____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une neurasthénie (F48.0) ainsi qu'une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1). L'expert a constaté un arrêt de travail du recourant à 50 % en octobre 2014, attesté par le médecin généraliste, très probablement lié à la neurasthénie qui s'était développée depuis 2009 en raison des limitations observées (capacité réduite d'accomplir les tâches routinières quotidiennes sur la durée ; diminution de la capacité de planification et de structuration des tâches ; diminution de la capacité d'adaptation et de la flexibilité, limitation de l'usage des compétences spécifiques ; diminution de l'endurance ; diminution des activités spontanées ; diminution des

capacités de déplacement) se manifestant de manière homogène dans tous les aspects de la vie. Selon l'expert psychiatre, la date d'octobre 2014 correspondait à la mise en évidence par le médecin traitant des limitations fonctionnelles importantes en lien avec la neurasthénie mais également la confrontation concrète du recourant à la réalité de ses limitations, confrontation en soi très déstabilisante compte tenu des traits de caractère relevés (perfectionnisme ; méticulosité extrême ; tendance au conformisme ; sensibilité excessive aux échecs ; sens tenace et combatif). Ainsi, en mettant en balance les compétences spécifiques du recourant, le profil HP (Haut Potentiel), un entourage (épouse et réseau amical) soutenant, la capacité de travail du recourant était estimée à 50 % dans toute activité adaptée depuis le 8 octobre 2014, soit la première incapacité de travail prescrite par le médecin traitant. Dans ce contexte, l'expert psychiatre a pris le soin d'expliquer les motifs le conduisant à s'écarter de l'avis du Dr H._____.

cc) Après discussion consensuelle, les experts ont estimé que la capacité de travail résiduelle du recourant de 50 % tenait compte de la baisse de rendement de nature neurologique observée.

b) Rien au dossier ne permet de retenir que le recourant ne serait pas objectivement en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée aux handicaps à mi-temps. Les pièces médicales établies postérieurement à l'expertise - soit, en particulier, les rapports des 24 février et 17 novembre 2020 du CHUV - ne justifient pas un autre point de vue. En effet, elles n'excluent pas l'exercice d'une activité lucrative, pour autant que le recourant puisse aménager ses horaires de travail afin de disposer des plages de repos. Quant à l'allégation faite dans l'acte de recours selon laquelle la capacité de travail ne dépasserait pas 10 %, elle n'a pas été étayée par le recourant au cours de la procédure.

5. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, 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.

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) En l'occurrence, le revenu de 120'300 fr. ne prête pas le flanc à la critique. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu de tenir compte du bonus garanti de 16'800 fr. et de la somme forfaitaire de 6'000 fr. allégués dans le recours. Certes, ces éléments figurent dans la lettre de promotion adressée au mois de juin 2014 par la société G._____ SA ainsi que dans son certificat personnel de prévoyance professionnelle (à tout le moins en ce qui concerne le bonus, cf. pièce 33). Pour autant, il n'existe pas au dossier d'éléments suffisants qui laissent à penser que le recourant percevait concrètement les montants mentionnés dans ces documents. Le questionnaire rempli par l'employeur en date du 22 septembre 2015 à la demande de l'office intimé fait mention d'un salaire annuel de 120'300 fr., tandis que l'extrait du compte individuel recueilli au cours de la procédure indique, pour l'année 2014, un revenu de 91'786 fr. (étant précisé que le recourant a également bénéficié d'indemnités journalières perte de gain en cas de maladie au cours de cette année). Il ressort par ailleurs d'un courrier adressé le 21 août 2015 par S._____ SA à l'office intimé que le recourant a bénéficié d'indemnités journalières perte de gain en cas de maladie calculées sur un

salaire assuré de 120'300 fr. ($[\{120'300 \text{ fr.} / 365 \text{ jours}\} \times 80 \%] = [43'770 \text{ fr.} / 166 \text{ jours}]$).

Quant aux perspectives de développement de carrière évoquées par le recourant en se référant au plan individuel d'avancement établi par A. _____ et à l'expertise rédigée par Me Claude-Alain Dumont, il n'y a pas lieu de les suivre, dès lors que celles-ci reposent sur de simples hypothèses qui ne sont toutefois pas étayées par des éléments concrets et pertinents établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait pu obtenir, en l'absence d'atteinte à la santé, un salaire s'élevant à 160'000 fr. au moins (TF 9C_221/2014 du 28 août 2014 consid. 3.2 ; TF 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 5.1).

c) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) L'ESS a été révisée dans sa version 2012 (sur les principaux changements, cf. notamment ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184 sv). Les emplois sont désormais classés par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué et les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de professions sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont donc été définis en fonction des groupes de professions et du type de travail qui y est généralement effectué. Il existe neuf groupes de professions: les deux premiers regroupent les tâches qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste

ensemble de connaissances théoriques ou factuelles dans un domaine spécialisé (niveau de compétence 4); le troisième regroupe les tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (niveau de compétence 3); les cinq suivants regroupent les tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (niveau de compétence 2); le neuvième regroupe les tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1; cf. ESS 2012, brochure éditée par l'Office fédéral de la statistique, p. 11 sv). L'accent est donc désormais mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes.

cc) 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'invalidité 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).

dd) Le revenu de 40'670 fr. (montant qui intègre un abattement de 5 % afin de tenir compte du taux d'occupation partiel) ne prête pas le flanc à la critique. L'office intimé a tenu compte des circonstances du cas particulier en retenant un niveau de compétence 2 (plutôt qu'un niveau de compétence 3), afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant qui excluent désormais qu'il assume un poste à responsabilités. En raison de son état de santé défaillant, le recourant présente un état de fatigue qui survient après des efforts mentaux, des faiblesses ainsi qu'un sentiment d'épuisement après des efforts minimes physiques, état qui s'associe à une diminution claire des performances professionnelles et de ses capacités à affronter les tâches quotidiennes ; il a ainsi des difficultés à planifier, structurer une tâche et est limité dans la durée de concentration (cf. avis SMR du 14

septembre 2020). Il convient de préciser par ailleurs que tant le niveau de formation du recourant et les compétences spécifiques acquises par celui-ci sur le marché du travail jusqu'en 2015 excluent de se référer au niveau de compétence 1; dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, le recourant est en effet en mesure de valoriser ses connaissances et compétences professionnelles (cf. communication interne à l'OAI du 1^{er} mars 2021 avec annexes [pièces 275 - 277]).

Quant au taux d'abattement de 5 % retenu sur le salaire statistique, il n'est pas contesté par le recourant.

d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 120'300 fr. avec un revenu d'invalidité de 40'670 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 66,19 % ($(\{120'300 \text{ fr.} - 40'670 \text{ fr.}\} / 120'300 \text{ fr.}) \times 100$), arrondi à 66 % (ATF 130 V 121), lequel ouvre le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2016 (cf. art. 28 al. 2 et 29 al. 1 LAI).

6. Pour finir il reste à examiner le dernier grief du recourant qui porte sur le calcul de la rente.

a) Outre les années d'assurance, la rente est calculée, selon les art. 29^{quater} et 30 al. 2 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), sur la base du revenu annuel moyen, lequel se compose des revenus de l'activité lucrative et, le cas échéant, des bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance, et s'obtient en divisant ensuite la somme des revenus revalorisés (cf. art. 33ter LAVS) et les bonifications par le nombre d'années de cotisations effectuées par l'assuré (cf. TAF C-5178/2015 du 4 mai 2017 consid. 9).

Chaque caisse de compensation tient, sous le numéro AVS, un compte individuel des revenus d'activités lucratives pour lesquels les cotisations lui ont été versées jusqu'à l'ouverture du droit à une rente de vieillesse (art. 137 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). S'agissant des revenus de l'activité

lucrative, sont pris en considération les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées. Les cotisations des personnes sans activité lucrative sont comptées comme revenu d'une activité lucrative (art. 29^{quinquies} al. 1 et 2 LAVS). La somme des revenus provenant de l'activité lucrative est ensuite revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33^{ter} LAVS (art. 30 al. 1 LAVS). Ce facteur de revalorisation est fixé chaque année par l'OFAS (art. 33^{ter} al. 2 LAVS et 51^{bis} RAVS). Ce facteur est lui-même déterminé en fonction de l'année civile pour laquelle la première inscription déterminante a été portée au compte individuel (Directives concernant les rentes de l'assurance-invalidité, survivants et invalidité fédérale [DR], état au 1^{er} janvier 2021, ch. 5301). Le revenu annuel moyen s'obtient en divisant la somme des revenus revalorisés provenant d'une activité lucrative par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS).

b) Il convient de constater qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause le calcul de la rente effectué par la ????._____. Le grief selon lequel la détermination du revenu annuel moyen nécessaire au calcul de la rente ne tiendrait pas compte d'un revenu de 8'008 fr. réalisé en 2013 pour le compte de la société E._____. AG est mal fondé, dans la mesure où ce revenu est inscrit au compte individuel (CI) AVS du recourant et a été pris en compte dans le calcul de la rente, ainsi que l'atteste le calcul détaillé produit par la caisse de compensation qui est le suivant :

2.2. Revenu annuel déterminant

Les revenus soumis à cotisations AVS figurent dans le compte individuel.

2000 à 2014	CHF	1'019'899.00
Facteur de revalorisation (première année de cotisation 2000)		1.00
Revenu annuel déterminant	CHF	1'019'899.00

Ce revenu est divisé par la durée de cotisations (15 ans), ce qui mène à un revenu moyen de CHF 67'933.00.

Le revenu annuel moyen déterminant se compose de la moyenne des revenus de l'activité lucrative revalorisés. Ce moyen est arrondies au montant immédiatement supérieur du revenu annuel moyen déterminant indiqué dans la table. Avec un revenu moyen déterminant de CHF 69'090.00 (ajusté), la rente complète selon

l'échelle 44 s'élève à CHF 1'608.00 pour une rente $\frac{3}{4}$, comme mentionné dans la décision du 9 juillet 2021. Le Conseil fédéral adaptera les rentes ordinaires, en règle générale tous les deux ans pour le début d'une année civile, à l'évolution des salaires et des prix, en fixant à nouveau l'indice des rentes sur proposition de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité.

Selon les directives, le revenu moyen est ajusté comme suit :

Droit à partir de	Montant (CHF)	Revenu moyen déterminant (CHF)
02.2016	1'608.00	69'090.00
01.2019	1'621.00	69'678.00
01.2021	1'635.00	70'266.00

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de D._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :