

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

F. _____, à Pully, recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, de nationalité suisse, Docteur en pharmacie ci, a travaillé pour la société D._____ dès le 15 avril 2009. Le 31 août 2010, son employeur a résilié le contrat de travail les liant en ces termes :

"Je vous confirme par cette lettre notre discussion du lundi 30 août 2010.

Etant donné votre absence prolongée pour cause de maladie depuis plus de six mois et vos déclarations concernant vos perspectives de performances réduites en conséquence de votre infarctus, nous avons conclu que vous ne pourriez pas reprendre de façon efficace votre poste de Vice-Président, Corporate Development de notre société.

Cette activité étant cruciale, particulièrement dans la conjoncture actuelle encore difficile de l'activité de conseil pour le développement pharmaceutique, je dois me résoudre à vous confirmer par la présente votre licenciement de votre activité au sein de D._____ au 31 octobre 2010.

(...)"

Le 24 septembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) en faisant état d'un infarctus et d'une dépression d'épuisement consécutive à dit infarctus. Il a précisé qu'il était en incapacité totale de travail depuis la date de son infarctus, le 15 février 2010. Dans un rapport médical daté du 30 août 2010 annexé à la demande, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquait que l'assuré avait présenté des signes dépressifs dans les suites immédiates de son accident cardiaque et que ceux-ci étaient dominés par une asthénie importante ainsi qu'une diminution très marquée de sa résistance psychique à l'effort et au stress. Il estimait que son patient était en train de récupérer lentement sa capacité d'action et qu'on pouvait escompter une capacité de travail de 50 % dès la fin du mois d'octobre 2010 et une reprise complète après trois mois environ, soit à partir de fin janvier 2011.

Le questionnaire pour l'employeur, rempli par la société Q. _____ le 8 octobre 2010 à l'attention de l'OAI indique que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait réalisé un salaire annuel de 240'000 francs. Ce questionnaire comporte une rubrique sous chiffre 5 "Questions complémentaires : description de l'activité individuelle". L'employeur de l'assuré y a répondu comme suit :

"Description de l'activité individuelle :

Les informations que vous nous donnez par le biais de ce questionnaire sont extrêmement importantes pour la personne concernée. En effet, elles permettent à nos collaborateurs du Service Médical Régional (SMR) de la réadaptation professionnelle et de gestion de traiter de manière optimale la situation individuelle et ainsi de prendre une décision juste en matière de mesures de réadaptation d'ordre professionnelle ou de rente.

Pour les questions suivantes, nous vous rendons attentifs au fait que vous devez indiquer les tâches principales et de la façon la plus exacte possible, quelles sont les exigences et les charges nécessaires à remplir pour ce travail.

Quelles tâches font/faisaient partie de l'activité? (supposition 8h/jour)	A quelle fréquence par jour ces tâches doivent-elles être effectuées?		
	1-5% ou jusqu'à env. ½ h rarement	6-33% ou jusqu'à env. 3h1/2 parfois	34-66% ou jusqu'à 5h1/4 souvent
<i>Contact téléphonique, démarchage</i>			x
<i>Voyages</i>		x	
<i>Rencontre clients potentiels, suivis</i>		x	
A quelles exigences/charges physiques et intellectuelles est/était confrontée la personne assurée?	A quelle fréquence par jour ces charges doivent-elles être effectuées? (supposition 8h/jour)		
Physiques	1-5% ou jusqu'à env. ½ h rarement	6-33% ou jusqu'à env. 3h1/2 parfois	34-66% ou jusqu'à 5h1/4 souvent
<i>Être assis</i>			x
<i>Marcher</i>		x	
<i>Rester debout</i>		x	
<i>Soulever ou porter (léger 0-10 kg)</i>			
<i>Soulever ou porter (moyen 10-25 kg)</i>			
<i>Soulever ou porter (lourd plus de 25 kg)</i>			
<i>Autres</i>			
	Les exigences/charges journalières sont		
Intellectuelles	grandes	moyennes	faibles
<i>Concentration/attention</i>	x		

Endurance			
Soin			
Faculté d'interprétation	x		
Autres			

Autres exigences ou charges:

Prière de nous indiquer ici d'autres informations spécifiques qui pourront nous donner une image réaliste de l'activité de votre collaborateur, respectivement de votre collaboratrice.

Disponibilité pour contact et suivi, comprendre problèmes clients et interagir

A votre avis, quel travail pourrait faire votre collaborateur, resp. votre collaboratrice?

[sans réponse]"

Le "brouillon" de contrat de travail "*draft pour discussion uniquement 10 Août 2009 10 Novembre 2009 24 mars 2010*" établi par la société Q. _____ à l'attention de l'assuré indique que le but primaire du travail de celui-ci est de développer le chiffre d'affaire de la société et de celles qu'elle contrôle, notamment en amenant de nouveaux clients, accessoirement de participer aux activités de la société en tant que Senior consultant. Le salaire initial brut est fixé à 360'000 fr. par an, dont 240'000 fr. payables en douze mensualités de 20'000 francs et de 120'000 fr. de bonus optionnels payables en deux tranches de 60'000 fr. en juillet et janvier. Il est précisé que ces deux tranches seront attribuables si la somme des bonus atteint au minimum 60'000 fr. pour le semestre correspondant à la tranche et déductible de ce bonus et que, si les rapports de travail prennent naissance ou se terminent avant la fin de l'exercice comptable, les calculs seront faits pro rata temporis.

L'extrait du compte individuel AVS indique que l'assuré a réalisé un salaire annuel total de 328'765 fr. en 2006, 424'447 fr. en 2007 et de 225'336 fr. en 2008.

L'assuré a été convoqué pour un entretien d'évaluation dans les bureaux de l'OAI le 3 novembre 2010. Dans son rapport daté du même jour, U. _____ a notamment relevé ce qui suit :

"Formation, expérience professionnelle :

Diplôme fédéral de pharmacien (UNI de Genève) obtenu en 1985.

Doctorat (mention sciences pharmaceutiques) obtenu en 1993.

Expériences diversifiées (CEO / President) au sein de sociétés en CH et à l'étranger, dans le domaine de la pharmaceutique industrielle. M. F. _____ n'a jamais travaillé en officine.

(...)

Travail, revenu :

Activité de cadre (Business development) c/o D. _____, à Genève, du 15.04.09 au 31.10.10. L'assuré développait le CA de la société et des sociétés que Q. _____ contrôlait (+ de 50% des parts).

Accessoirement, l'assuré participait aux activités de la société en tant que Senior Consultant.

RS (selon CI) en 2008 : CHF 225'336. En 2007 : CHF 424'447.

(...)

Comportement :

L'assuré est en phase de questionnement sur son avenir professionnel. Il souhaite lever le pied et travailler à 80%, conscient qu'il doit aujourd'hui se ménager, face à cette vie qu'il a failli perdre. Il ne souhaite pas un engagement aussi soutenu dans son futur job.

Conclusion

L'assuré souhaite réorienter sa carrière. Pour ce faire, je lui propose une MIP ré-orientation / bilan de compétences, susceptibles de l'aider dans cette démarche (Centre [...] à la [...]). Une activité indépendante semble se profiler.

Les hypothèses de reprise d'emploi avancées (janvier 2011) par le Dr B. _____ ne sont pas confirmées. Les LF ne sont pas encore connues. Le cas ne semble pas encore stabilisé, il faut attendre les retours médicaux pour suite utile."

Dans un rapport médical du 13 novembre 2010, le Dr B. _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), apparu dans les suites d'un infarctus du myocarde, existant depuis le 13 mars 2010. Il a relevé une asthénie très marquée, une anhédonie, des troubles de l'attention et de la concentration, une hypersomnie ainsi qu'une désécurisation majeure avec peur d'une récurrence cardiaque. Le psychiatre traitant a observé une évolution marquée par une lente amélioration de la thymie et de la fatigabilité, alors que les symptômes dépressifs et somatiques restaient fluctuants. Il a indiqué un pronostic a priori favorable en ce sens qu'on devrait assister à une récupération dans les mois suivants. Le praticien a fait état d'une incapacité totale de travail depuis le 13 février 2010 dans l'activité de pharmacien et d'administrateur de société, en précisant qu'une restitution progressive de la capacité de travail devrait avoir lieu dans les mois suivants.

Dans un rapport médical du 16 novembre 2010, le Dr W. _____, spécialiste en cardiologie, a indiqué comme diagnostic avec

effet sur la capacité de travail un infarctus du myocarde NSTEMI le 15 février 2010 ainsi qu'un état anxiodépressif. Il a exposé que son patient avait été hospitalisé au Centre hospitalier O._____ du 15 au 19 février 2010. Dans l'anamnèse, ce praticien a indiqué qu'il n'y avait pas de récurrence angineuse tout en relevant une fatigue marquée due aux bêtabloqueurs. L'incapacité totale de travail a duré du 15 février au 16 mai 2010 "dans la dernière activité exercée en tant que pharmacien". Il relevait que son patient présentait encore comme limitations fonctionnelles dans cette activité professionnelle exercée une tolérance à l'effort basse et un stress psychologique pour un infarctus. Il estimait que dite activité était encore exigible à un taux de 75 % environ, sans réduction de rendement.

Le 11 avril 2011, l'OAI a requis des médecins traitants de l'assuré des précisions quant à l'évolution de l'état de santé de celui-ci. Le 18 mai 2011, le Dr B._____ a répondu que le diagnostic CIM-10 avec répercussion pour l'AI était un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F33.11), en voie de stabilisation. Il précisait que subsistait encore une asthénie et des "passages à vide" de moins en moins fréquents, quelques troubles de l'attention et de la concentration épisodiques et de la fatigabilité. Il a indiqué que son patient avait été en incapacité totale de travail du 17 février au 31 décembre 2010, que son incapacité de travail avait été de 50 % du 1^{er} janvier 2011 au 30 avril 2011 et de 25 % dès le 1^{er} mai 2011 de façon continue. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré dans "la profession habituelle" comme dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé était pour l'instant de 75 % mais qu'il devrait récupérer une pleine capacité de travail d'ici l'été. Quant au Dr W._____, il indiquait que le diagnostic précis ayant une répercussion pour l'AI était une "cardiopathie ischémique avec status après PTCA de l'IVA prox. [réf. : angioplastie] en 2001 et status après NSTEMI le 17 février 2010 avec PTCA de la Cx prox". Il précisait le status actuel en ce sens que l'ergométrie était négative le 19 avril 2010, avec une tolérance à l'effort un peu basse de "200 W". Il estimait que le cas de l'assuré n'était toujours pas stabilisé dès lors qu'était réapparue une douleur angineuse à l'effort. Après une incapacité

totale de travail du 15 février au 17 mai 2010, il estimait que la capacité de travail de son patient tant dans "sa profession actuelle" que dans une activité médicalement adaptée était de 75 % depuis le 17 février 2010 (sic) et décrivait les limitations fonctionnelles suivantes : dyspnée d'effort, douleur angineuse à l'effort.

Le 29 septembre 2011, répondant aux questions de l'OAI concernant l'évolution de l'assuré, le Dr B._____ indiquait, sous la rubrique du status actuel, qu'il y avait persistance d'une certaine labilité émotionnelle, d'une fatigabilité et que l'humeur restait parfois un peu fluctuante. Il estimait que le cas était en voie de stabilisation et indiquait que son patient disposait d'une capacité de travail de 100 % dans "la profession actuelle" depuis le 1^{er} août 2011, que dite capacité de travail ne pourrait pas être meilleure dans une autre activité mieux adaptée et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

Le 11 octobre 2011, le Dr W._____ a répondu comme suit aux questions de l'OAI :

"En réponse à vos demandes d'information, je vous prie de recevoir les renseignements suivants.

Status détaillé actuel :

Surcharge pondérale modérée (93 kg pour 178 cm) avec un BMI à 29.4 kg/m². TA 130/78 mmHg. Auscultation cardiaque normale. Pas de signe de décompensation. L'ergométrie réalisée le 19 avril 2011 est interrompue pour l'épuisement à la charge de 200 Watts qui est tenue pendant 1 min à la Fc max de 132/min (78% de la FCMT sous Procoralan) et une TA max à 180/90 mmHg. L'ECG ne montre pas de sous-décalage ST significatif.

Une IRM cardiaque a été réalisée compte tenu des plaintes de douleurs thoraciques apparues lors d'un effort inhabituel. La fonction VG est normale avec une FE à 61% et on retrouve comme séquelle de l'infarctus un rehaussement sous endocardique de la paroi latérale basale à moyenne. Une épreuve de stress pharmacologique d'Adénosine doit être prématurément interrompue en raison d'un bronchospasme. L'examen ne retrouve pas d'ischémie de stress significative.

Le cas est-il stabilisé ?

La symptomatologie s'est amendée et le patient n'a plus relaté de douleur thoracique suspecte. On peut donc parler de stabilisation momentanée.

Evolution de la capacité de travail :

Elle reste identique aux données précédentes et une capacité de travail résiduelle à 75% devrait pouvoir être maintenue.

Limitation fonctionnelle durable relevant de l'AI :

Comme séquelle de l'infarctus, l'examen ne retrouve qu'une légère ischémie sous-endocardique résiduelle mais sans altération de la fonction VG globale. La tolérance à l'effort est un peu basse à 9 METS, représentant une capacité fonctionnelle à environ 85-90% de la valeur théorique attendue pour l'âge, limitée d'une part par le déconditionnement et la surcharge pondérale mais également par cette cardiopathie ischémique.

Capacité de travail dans la profession actuelle :

Une capacité de travail résiduelle à 75% paraît justifiée compte tenu de la limitation fonctionnelle observée à l'épreuve d'effort. Le patient a par ailleurs accusé une réaction anxio-dépressive après le syndrome coronarien qui contribue également à limiter sa capacité de travail. Il paraît difficile d'envisager une autre activité professionnelle chez ce patient n'exerçant habituellement pas de charge physique lourde.
(...)"

Le 21 novembre 2011, l'OAI a écrit au Dr W. _____ ce qui suit

:

"Selon nos observations, l'activité habituelle de notre assuré n'est pas physique du tout et selon votre rapport médical du 11 octobre 2011, il n'y a aucune altération de la fonction du ventricule gauche. Il persiste une capacité fonctionnelle de 85 à 90 % par rapport à l'âge.

- Comme selon le rapport médical récent du médecin-psychiatre, notre assuré ne présente plus aucune incapacité de travail d'origine anxio-dépressive, ne peut-on pas admettre que la capacité de travail est de nouveau de 100 %, comme nous le pensons?
- Si vous ne partagez pas ce point de vue, pouvez-vous nous en donner les raisons précises?
- Le désir de travailler un peu moins ne serait-il pas un choix personnel de l'assuré?"

Le 10 janvier 2012, le Dr W. _____ a répondu à l'OAI en ces

termes :

"Rappelons qu'il s'agit d'un patient de 51 ans qui est connu pour une maladie coronarienne depuis une dizaine d'années et qui a déjà présenté deux accidents coronariens motivant des dilatations avec pose de stents en 2001 et 2010. Les conséquences irrémédiables sont relativement modestes puisqu'il n'y a pas de dysfonction particulière telle que l'a démontré l'IRM cardiaque pratiqué récemment avec une FE à 61 % et un rehaussement tardif sous-endocardique de la paroi latérale. La capacité physique est toutefois amoindrie puisque l'ergométrie a retrouvé une tolérance à l'effort à moins de 90 % de la valeur théorique attendue pour l'âge.

Dans ces conditions, une légère réduction de la capacité de travail peut être envisagée et une capacité résiduelle de 75 % paraît raisonnable. Bien entendu, si le patient devait exercer une activité essentiellement sédentaire et n'effectuer que peu de mouvements

dans son activité professionnelle, une capacité plus importante pourrait être envisagée mais je pense que le travail de pharmacien nécessite quand même de fréquents déplacements qui contribuent certainement à cette limitation fonctionnelle.

Je ne sais si le désir de travailler un peu moins est un choix personnel de l'assuré ou s'il s'agit d'une conséquence fonctionnelle liée à une maladie chronique lentement évolutive qui s'est déjà manifestée par deux accidents coronariens dont il a fort heureusement échappé mais avec un pronostic qui reste grevé par une athéromatose coronarienne relativement étendue telle que l'avait montré la dernière coronographie. Un avis du psychiatre qui suit l'assuré serait intéressant pour élucider cette question."

Dans un avis médical du 20 janvier 2012, le Dr X. _____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a notamment relevé ce qui suit :

Dans un rapport médical du 11.10.2011, confirmé le 10.01.2012, le Dr W. _____ confirme que la capacité de travail est de 75 % dans l'ancienne profession et de 100 % dans une activité adaptée. Le 75 % paraît justifié selon le cardiologue par le fait que l'ergométrie relève une tolérance à l'effort de moins de 90 % de la valeur théorique attendue pour l'âge. Le spécialiste explique que cela est consécutif à l'obésité et au déconditionnement physique de l'assuré (contre lequel il peut réagir) et également consécutif à la cardiopathie ischémique. La fonction du ventricule gauche est toutefois totalement normale. Le médecin dit : «bien entendu, si le patient devait exercer une activité essentiellement sédentaire et n'effectuer que peu de mouvements dans son activité professionnelle, une capacité plus importante pourrait être envisagée».

Or la description par l'employeur du poste de Business Development montre que l'assuré travaille plus des 2/3 de son temps assis, qu'il ne voyage et se déplace que peu. Il s'agit donc bien d'un travail sédentaire essentiellement.

L'exigibilité est donc de 100 % dans l'ancienne activité, avec une baisse du rendement de 10 à 15% uniquement, compte tenu de l'absence d'efforts physiques dans l'activité précédemment exercée et compte tenu qu'il n'y a aucune altération de la fonction du ventricule gauche. Dans une activité médicalement adaptée l'exigibilité est de 100%."

Le 23 avril 2012, l'OAI a rendu un projet de décision allouant à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2011 au 31 juillet 2012 pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

Par votre demande du 27 septembre 2010, vous avez sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Vous occupiez une fonction de cadre et exerciez l'activité de «business development» et de consultant pour une société dans le

domaine pharmaceutique, et réalisiez un revenu annuel en 2010 de CHF 240'000.00 selon votre dernier employeur.

Vous avez présenté une incapacité de travail totale depuis le 15 février 2010 (début du délai d'attente d'une année), puis à 50 % de janvier 2011 à fin avril 2011, et avez été indemnisé par l'assureur perte de gain de votre employeur.

Votre contrat de travail ayant été résilié pour le 31 octobre 2010, vous avez entrepris les démarches auprès de l'Office régional de placement de votre région (ORP).

Des investigations médicales entreprises, il ressort que l'évolution de votre état de santé a été favorable, ce qui vous a permis de recouvrer intégralement votre capacité de travail et de gain, étant attendu que vous devriez idéalement exercer une activité essentiellement sédentaire, sans quoi une légère diminution de rendement de l'ordre de 10 à 15 % est admissible.

Dès lors, notre intervention sous l'angle de la réadaptation n'est pas nécessaire : étant donné votre niveau de compétences et vos ressources personnelles, votre réinsertion professionnelle n'est pas du ressort de notre assurance, puisque que rien ne s'oppose désormais à la pleine mise en valeur de votre capacité de travail et de gain.

Cela étant, à l'échéance du délai de carence en février 2011, votre capacité de travail était réduite de moitié, ce qui vous ouvre le droit à une demi-rente, supprimée trois mois après l'amélioration du 1^{er} mai 2011.

Toutefois, le versement ne peut intervenir que 6 mois après le dépôt de la demande AI, en l'occurrence le 1^{er} mars 2011 seulement."

Par écriture du 22 mai 2012 de son assurance de protection juridique, l'assuré a contesté le projet de décision du 23 avril 2012. Il faisait valoir que, suite à ses problèmes de santé, il avait dû réorienter sa carrière professionnelle pour tenir compte de ses empêchements physiques et s'était mis à son compte. Il alléguait ne pouvoir travailler qu'à 60 % environ, son activité ne s'effectuant pas uniquement à son bureau, mais comprenant des visites d'entreprises et des voyages professionnels, toutes activités qui entraînent un certain stress qu'il doit limiter au maximum pour éviter une rechute, raison pour laquelle il a diminué son taux d'activité. Il relevait que la diminution de gain était d'au moins 50 % par rapport à ses activités dirigeantes antérieures et de 40 % environ par rapport à sa dernière activité chez D._____. L'assuré relevait encore que son cardiologue estimait son incapacité de travail à 25 %, contrairement à l'OAI. Il faisait surtout valoir qu'il ne pouvait plus assumer de position dirigeante dans une entreprise, étant donné que ce type d'activité implique un stress professionnel considérable, dû aux responsabilités, périodes de travail intenses sous pression ainsi qu'aux déplacements et voyages professionnels. Insistant sur le fait que le risque de récurrence

n'était pas négligeable, d'autant plus que l'accident cardiaque de février 2010 était le deuxième, l'assuré expliquait qu'il devait particulièrement faire attention en ce qui concerne le niveau de stress, ce qui limitait son choix professionnel et entraînait une diminution importante des salaires qu'il pouvait obtenir par rapport à ceux qu'il touchait dans son ancienne activité. Il estimait que sa cause n'avait pas été suffisamment instruite, le dossier ne contenant en particulier aucun élément de calcul du gain qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée (activité sédentaire sans stress), compte tenu des limitations dues à ses problèmes de santé, de son âge et de sa formation.

Le 5 juin 2012, l'OAI a notamment répondu ce qui suit :

"Vos arguments appellent les commentaires suivants :

Les signes dépressifs (manque de résistance à l'effort et au stress, anxiété) que vous avez présentés suite à l'infarctus de février 2010 se sont amendés progressivement, de telle sorte que la reprise du travail en plein était envisagée dès janvier 2011.

Selon vos médecins, votre capacité de travail est effectivement entière dans une activité adaptée, à savoir sans effort intense ni port de charges répété, et ce dès le mois de mai 2011. Les limitations fonctionnelles précitées sont purement somatiques, il n'y a pas de restriction sur le plan psychique.

Il est mentionné également que l'excès pondéral et le déconditionnement physique induisent une tolérance à l'effort moindre.

Cela étant, dans votre ancienne activité, nous avons admis une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 15 %, malgré que la description des tâches fournie par votre ancien employeur mette en évidence une activité essentiellement sédentaire.

Suite à votre absence pour maladie, votre contrat de travail ayant été résilié au 31 octobre 2010, vous avez entrepris les démarches auprès de l'Office régional de placement de votre domicile (ORP), respectivement auprès de l'assurance-chômage, avec une aptitude au placement intégrale.

A notre spécialiste en Réadaptation — mandaté par nos soins — vous avez déclaré que vous souhaitiez réorienter votre carrière, travailler moins (à 80 %), et envisagiez de vous mettre à votre propre compte, notamment parce que vous aviez conscience d'avoir trop « investi » dans votre activité professionnelle (en travaillant à 150 %), au détriment de votre qualité de vie.

Notre collaborateur vous a proposé une mesure d'intervention précoce, sous la forme d'un bilan de compétences, afin de vous soutenir dans cette démarche, mais vous n'avez pas donné suite : vous avez mentionné que vous alliez activer votre réseau professionnel, très développé.

Notre intervention sous l'angle de la réadaptation professionnelle n'était donc pas nécessaire.

Vous avez — selon nos observations — procédé à votre inscription comme personne de condition indépendante : vous déployez votre activité d'une part à votre bureau (60 %), et d'autre part en visites d'entreprises et voyages (40 %) qui sont stressants et vous obligent à diminuer votre taux d'activité.

Dès lors, force nous est de constater qu'il ne s'agit pas d'une activité totalement adaptée.

En conclusion, sur le plan strictement médical, rien ne s'oppose à la mise en valeur de votre pleine capacité de travail et de gain dans une activité sans effort physique. Sur le plan économique, vous avez opté pour une activité d'indépendant, qui n'est pas totalement adaptée selon le descriptif qui en est fait, et qui de plus ne vous offre vraisemblablement pas les mêmes perspectives de gains que précédemment, tout au moins lors de la phase de lancement de votre entreprise.

Nous estimons que cette situation n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Au vu de tout ce qui précède, nous considérons que les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position et le projet incriminé doit être entièrement confirmé.

Vous recevrez par conséquent prochainement de la Caisse de compensation compétente une décision formelle contre laquelle il vous sera loisible de recourir, dans les trente jours, auprès du Tribunal cantonal."

Par décision du 6 juillet 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité uniquement du 1^{er} mars 2011 au 31 juillet 2011.

B. a Par acte du 7 septembre 2012 de son conseil Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne, F. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 6 juillet précédent en concluant à la réforme en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée dès le mois de mars 2011. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. En substance, le recourant conteste les conclusions que l'OAI a tirées des rapports médicaux obtenus de ses médecins traitants, en particulier celle selon laquelle il est en mesure de reprendre une activité professionnelle comparable à celle exercée avant son infarctus de février 2010. Il fait valoir que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il n'est plus en mesure de mettre pleinement en valeur sa capacité de gain, considère que la nouvelle activité qu'il exerce au sein de la société L. _____ est adaptée à son état de santé et que l'intimé aurait par conséquent dû procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité, ce qui l'aurait amené à constater l'existence d'une perte de gain importante et le

droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès mars 2011. A l'appui de son argumentation, le recourant allègue que, durant sa carrière, il a exercé diverses fonctions "extrêmement haut placées" pour le compte de plusieurs sociétés, qui impliquaient un stress professionnel considérable dû aux responsabilités assumées, aux nombreuses périodes de travail intense sous pression ainsi qu'aux déplacements et voyages professionnels. Ce type d'activité serait selon lui aujourd'hui totalement incompatible avec son état de santé et l'ignorer reviendrait à prendre le risque, important, d'un nouvel infarctus, avec des conséquences potentiellement mortelles. L'assuré évalue sa perte de gain à 210'000 fr. (300'000 fr. ./ 90'000 fr.), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 70 %. Enfin, il fait valoir que si l'OAI considérait que l'activité professionnelle qu'il exerce aujourd'hui au sein de la société L._____ n'était pas une activité adaptée à son état de santé, il aurait dû instruire la question de savoir quelle activité professionnelle adaptée était exigible et, dans ce cadre, déterminer le revenu d'invalidé qu'il pouvait en retirer, en se fondant sur les tableaux résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiés par l'OFAS. Le recourant a requis un délai pour produire les pièces, notamment médicales, corroborant ses allégations.

Par réponse du 12 novembre 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours, en indiquant que sur la base des éléments en sa position, il ne pouvait que confirmer sa position.

B. b Dans sa réplique du 29 avril 2013, suite à plusieurs prolongations de délai, le recourant reprend l'argumentation développée dans son acte de recours en la développant. Il conclut ainsi à un taux d'invalidité de 73,61 % et produit différents documents, dont notamment :

- un courrier rédigé le 13 décembre 2012 par le Dr N._____, administrateur de la société D._____ à l'attention de son conseil, dont la teneur est la suivante :

"Monsieur F._____ a été employé deux fois dans notre société : une première fois entre 1996 et 2000 en tant que Consultant puis

Senior Consultant et une deuxième fois en 2009-2010 en tant que VP Business Development.

Notre société est active dans le conseil stratégique auprès de l'industrie pharmaceutique depuis 1995 avec un portefeuille de clients internationaux.

Après avoir quitté notre société en 2000, Mr F. _____ a développé une carrière de cadre à l'international, entre autre au Canada, avant de revenir en Suisse comme dirigeant d'une PME pharmaceutique.

C'est cette expérience ainsi que sa bonne connaissance de notre société et de nos activités qui m'avait motivé pour lui proposer un poste de VP Business Development. Dans ce poste Mr F. _____ avait pour mission de renouveler notre portefeuille de clients et de trouver de nouvelles activités cohérentes avec l'expérience considérable que nous avons acquise en 15 ans.

Il a entre autre exploré la possibilité de prendre sous licence des projets pharmaceutiques et de trouver leurs financements pour nous permettre de les réaliser en s'appuyant sur nos connaissances internes.

Dans le cadre de son activité, Mr F. _____ a dû voyager très souvent afin de rencontrer de nouveaux prospects. Le cadre économique des années 2009-2010, qui est bien connu, a sûrement exercé un stress supplémentaire sur ses activités naturellement déjà très stressantes. Au moment de son infarctus, Mr F. _____ était en train de négocier un contrat de licence délicat et crucial avec [...].

Le contrat de travail de Mr F. _____ prévoyait, comme de coutume pour ces positions de Business Development, un salaire de base de 240'000 CHF et un bonus de 10% des affaires amenées. Pour 2010 ce bonus avait été estimé à 120'000 CHF. A terme, il aurait été plus important notre chiffre d'affaire tournant autour de 2.5 à 3 million de CHF.

Il est exact que nous avons discuté la possibilité que Mr F. _____ reprenne à terme notre société due à ses compétences et son expérience de notre société et de manager. Dans ce cas ses revenus auraient très probablement dépassé nettement 400'000 CHF.

A la suite de son infarctus de Février 2010, de sa longue convalescence et des déclarations de Mr F. _____ concernant ses perspectives de performances réduites à la suite de son deuxième infarctus, nous avons conclu qu'il ne pourrait pas reprendre de façon efficace son poste crucial de Vice-President, Corporate Development dans notre société."

- un courrier rédigé le 14 février 2013 par le Dr W. _____ à l'attention du conseil du recourant, qui indique notamment ce qui suit :

"Comme vous le savez, Monsieur F. _____ présente une maladie coronarienne de longue date avec un premier syndrome coronarien survenu en 2001 et motivant une intervention percutanée avec mise en place d'un stent. Comme facteur de risque cardiovasculaire ayant favorisé la survenue de ce premier événement, on retrouve certainement le tabagisme chronique, l'inactivité sportive, l'hyperlipidémie et certainement le stress professionnel.

La question du stress professionnel semble cruciale dans le cas présent et la grande difficulté réside en une mesure précise et objectivable de ce paramètre. Ce stress professionnel a certainement joué un rôle primordial dans la survenue du second

événement mais peut être de façon indirecte, en renforçant les autres facteurs de risque qui ont finalement abouti à l'infarctus de 2010. Dans la littérature médicale, le stress en général et professionnel en particulier est considéré comme un facteur de risque indépendant (étude Interheart que Monsieur F. _____ vous remettra) mais dans l'expérience habituelle, il s'agit souvent d'un élément détonateur qui entraîne des conséquences parfois dévastatrices.

Ce stress professionnel intense qu'il a rencontré dans son activité de dirigeant notamment auprès de l'entreprise D. _____ s'est accompagné d'une mauvaise gestion des autres paramètres, entraînant une sédentarité accrue, une prise pondérale régulière avec un comportement alimentaire inadéquat, un tabagisme indéfectible ayant finalement abouti au nouvel événement coronarien.

Il est tout à fait compréhensible qu'après son deuxième infarctus, Monsieur F. _____ ne souhaite plus retrouver ce stress intense qui avait mis en place les fondements de la récurrence. Il convient en effet de signaler que la dernière coronarographie pratiquée au O. _____ au moment de l'infarctus a montré en plus de la lésion sur l'artère circonflexe responsable de l'événement, des lésions modérées sur les deux autres troncs principaux mais qui n'étaient pas suffisamment marquées pour justifier une intervention. Cette situation traduit donc l'évolutivité de la maladie coronarienne avec un risque de récurrence non négligeable.

Le problème principal sur le plan asséurologique consiste en une quantification précise du stress professionnel et son interaction avec les autres paramètres. La dernière mesure de la capacité fonctionnelle de Monsieur F. _____ a été pratiquée en 2011 avec une épreuve d'effort qui a clairement objectivé une légère limitation fonctionnelle avec une tolérance à l'effort à un peu moins de 90% de la valeur théorique attendue pour l'âge mais qu'il semble difficile d'utiliser pour une activité essentiellement sédentaire. Le stress professionnel s'est toutefois accompagné d'un autre paramètre psychologique, à savoir un état anxio-dépressif pour lequel il est suivi par un psychiatre. On sait également que la dépression constitue un facteur de risque cardio-vasculaire supplémentaire et je pense si un psychiatre pouvait nous établir formellement le lien chez Monsieur F. _____ entre le stress professionnel et la réaction dépressive, il serait également plus facile d'expliquer les risques de rechute en cas de réexposition au stress chronique.

Dans ces conditions, je pense effectivement qu'une activité professionnelle dans une position dirigeante, telle que celle qui était exercée par M. F. _____ auprès de D. _____, selon la description du poste ressortant du courrier du Dr N. _____ du 13 décembre 2012 et les informations données par M. F. _____, était médicalement contre-indiquée au vu du risque de récurrence et d'évolution.

Il est indéniable que M. F. _____ conserve une capacité résiduelle dans un travail adapté. A mon sens, tel est le cas de l'activité actuellement exercée au sein de L. _____, selon l'activité telle que me l'a décrite M. F. _____. En résumé, le désir de travailler un peu moins ou encore d'avoir renoncé à son activité auprès de Q. _____ relève plus d'une question de survie que d'un choix personnel."

- Un rapport médical établi le 19 avril 2013 par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue S._____ du Cabinet Médical G._____ à Lausanne sur la base de 3 entretiens d'une heure chacun ainsi que sur l'étude de son dossier. Il en ressort notamment les éléments suivants :

"Observations cliniques :

Monsieur F._____ est un homme de 53 ans, à la tenue très soignée, faisant un peu plus que son âge et en léger surpoids. Il paraît tendu, figé, contenu.

Son discours est marqué d'anxiété, avec un sentiment général d'insécurité. Son langage se focalise essentiellement sur son parcours professionnel, laissant supposer une identité se construisant exclusivement par cette dimension. Cela d'autant plus qu'il n'est ni marié, ni père de famille.

Nous relevons un manque de projets pour l'avenir à la fois sur le plan privé que professionnel, des peurs de ne pas avoir assez de revenu pour vivre, la peur de mourir ou de vieillir prématurément.

L'expertisé donne l'impression d'un homme brisé, tourmenté. Il présente un léger ralentissement psychomoteur. Depuis les soucis de santé physique et psychique, une vraie cassure narcissique semble s'être produite chez lui.

Nous pouvons déceler une difficulté relationnelle avec les femmes, sur la base d'une conflictualité toujours très présente à ce jour avec sa mère décédée. Monsieur F._____ se montre méfiant, sur ses gardes, face aux femmes. Cette conflictualité explique certainement son surinvestissement dans la sphère professionnelle.

A ce jour, Monsieur F._____ présente encore des symptômes dépressifs. A savoir des idées noires sans idéations suicidaires, une spirale de pensée négative, une tendance à se renfermer, de la fatigabilité, une grande fatigue diurne et des troubles du sommeil, une diminution de l'énergie vitale, une incapacité à se projeter dans l'avenir, un manque d'envie et une perte de plaisir aux choses agréables de la vie, une vie sexuelle estompée.

Il tend à tout voir en noir sur un mode catastrophiste.

Traitement psychotrope :

Citalopram 40 mg par jour

Temesta 1mg en réserve si angoissé (en prend moins d'une fois par mois)

Diagnostics psychiatriques actuels selon CIM-10 :

La symptomatologie réunit les critères pour un épisode dépressif selon la CIM-10. La symptomatologie anxieuse est nette et limitante, mais n'a pas la gravité nécessaire pour donner lieu à un diagnostic psychiatrique au sens du chapitre V de la CIM-10.

Episode dépressif léger, avec syndrome somatique F32.01

Personnalité à traits anxieux-évitants Z73.1

(...)

Conclusion :

Monsieur F._____ est un homme de 53 ans, ancien manager industriel, de bonne présentation, mais qui donne l'impression d'être brisé depuis son deuxième infarctus survenu en février 2010. Il

présente par ailleurs des facteurs de risques génétiques sur le plan cardio-vasculaire et un risque de récurrence.

Sur le plan psychique, organisé depuis son enfance sur un mode anxieux, il a surinvesti son identité professionnelle, au détriment de la vie affective et familiale. Il a ainsi compensé des manques et reçu durant de nombreuses années les valorisations narcissiques dont il avait besoin.

Arrêté brutalement dans son évolution personnelle après son deuxième infarctus, infarctus dont il n'est complètement guéri ni sur le plan cardiologique, ni sur le plan psychique, l'expertisé peine à se réorganiser.

Un épisode dépressif de sévérité moyenne selon CIM-10 a été attesté par son psychiatre traitant en 2010 et 2011.

Une évolution lentement favorable aboutit à la constatation actuelle d'un épisode dépressif de sévérité légère, selon la CIM-10.

Sur le plan de l'anxiété, Monsieur F. _____ avait développé des stratégies (tendances perfectionnistes, surinvestissement professionnel, etc.) pour maîtriser l'angoisse du manque. Actuellement, sa vision de l'avenir est négative, avec une tendance au catastrophisme.

Nous tenons à préciser que même si la symptomatologie dépressive correspond actuellement à un épisode dépressif léger, sous traitement antidépresseur conséquent, cette maladie a néanmoins un impact sévère sur le fonctionnement de pointe qui est exigé d'un employé de son niveau et de son secteur d'activité.

Nous rappelons que la CIM-10 stipule qu'un tel épisode *«s'accompagne habituellement d'un sentiment de détresse et de difficultés mineures à mener à bien les activités professionnelles. Il est rare que le sujet cesse toute activité»*. Les difficultés professionnelles existent bel et bien, mais n'empêchent pas complètement Monsieur F. _____ d'exercer une activité professionnelle.

Nous tenons à préciser qu'il n'est pas question ici d'une dépression légère, ni d'une réaction dépressive, mais bel et bien d'un Episode dépressif au sens de la CIM-10, d'un Trouble dépressif majeur selon le DSM-IV, de degré léger (codé 296.20).

Cet épisode dépressif est lié aux nombreuses pertes de valorisations, narcissiques en terminologie psychiatrique, qui sont sans aucun doute définitives.

Toutes les activités concernant le business, les négociations, la recherche de contrats, le stress et les pressions diverses, les interactions avec les partenaires et les clients, ne peuvent plus être exercées par Monsieur F. _____ qui n'en a plus les ressources.

Ce dernier peut travailler avec un horaire complet de 40 à 42 et demie heures par semaine, mais son rendement à un tel horaire et dans une activité adaptée (absence de stress, de conflits, de tension, de pression de performance, d'interactions difficiles) correspond à peine au 50 % de ce qu'il fournissait avant son deuxième infarctus.

En effet, il manque d'endurance, se décourage, rumine, est négatif, peine à s'investir, est légèrement ralenti, est fatigué et fatigable. Il peine à convaincre, a besoin de longs moments de récupération.

Il s'agit là de la symptomatologie typique de la dépression, malgré le traitement en cours, symptomatologie que Monsieur F. _____ ne peut pas influencer spontanément.

Monsieur F. _____ peut aussi fournir un effort plus pointu, de l'ordre de 80 % de ce qu'il rendait avant son infarctus, mais

uniquement durant un laps de temps maximal de deux heures, et cela deux fois par jour s'il peut se reposer et récupérer entre deux séances de travail.

Monsieur F._____ est indiscutablement affaibli par la décompensation d'un état anxieux, état sans doute préexistant, mais il l'est surtout par la symptomatologie dépressive persistante. Cette symptomatologie dépressive ne l'empêche pas d'effectuer une activité lucrative, mais elle l'empêche d'exploiter ses ressources personnelles et son expertise dans son domaine de compétence. L'atteinte psychique empêche totalement l'expertisé de travailler dans son ancienne activité."

- une fiche de salaire établie le 6 janvier 2012 par la société L._____, sous la signature de son administrateur F._____, selon laquelle le recourant a touché en 2011 un salaire annuel brut de 95'000 fr. (net de 89'524 fr. 75), versé en trois fois.

B. c Par duplique du 29 mai 2013, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours en se fondant sur l'analyse de la situation médicale du recourant par le SMR telle qu'elle ressort de l'avis du Dr V._____ du 27 mai 2013 : celui-ci fait valoir que le seul fait médicalement objectif qui ressort des documents produits par le recourant est que sa fonction cardiaque est modérément abaissée à 90 % de la valeur attendue. Le Dr V._____ considère que si on s'en tient à cette donnée, "on peut affirmer sans crainte de se tromper que l'assuré peut exercer toute activité sédentaire à 100%". En ce qui concerne l'appréciation psychiatrique du Dr Z._____, il relève qu'elle s'écarte de celle du Dr B._____, psychiatre traitant, qui attestait que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2011 (rapport du 29 septembre 2011), ce qui lui paraît d'autant plus curieux que le Dr Z._____ maintient que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré depuis la prise en charge par le Dr B._____ (l'épisode dépressif d'intensité moyenne en 2010 est maintenant d'intensité légère). Il expose peiner à comprendre que la capacité de travail se soit détériorée et estime qu'il aurait été souhaitable que le Dr Z._____ explicite les raisons pour lesquelles il ne partage pas l'avis du Dr B._____. Cela étant, il considère que cette expertise n'a pas de valeur probante. Le Dr V._____ relève comme autre point délicat la mesure du stress professionnel, en exposant qu'à sa connaissance il n'existe pas d'instrument permettant de la

quantifier de manière objective et se pose dès lors la question de savoir laquelle des positions de directeur de l'entreprise D._____ jouissant de tous les avantages sociaux et d'entrepreneur indépendant (situation actuelle) est la plus stressante. En l'absence d'évidence scientifique, il renonce toutefois à se prononcer sur ce point et conclut que si l'on s'en tient aux seuls critères objectifs, le recourant reste capable d'exercer une activité sédentaire et adaptée à plein temps, sans diminution de rendement.

B. d Dans son mémoire du 3 juillet 2013, le recourant fait valoir que l'appréciation psychiatrique du Dr Z._____ a pleine valeur probante et confirme ses conclusions. En annexe, il produit une prise de position du Dr Z._____ du 14 juin 2013 au sujet de l'avis précité du SMR du 27 mai 2013, dont il ressort notamment les éléments suivants :

"Voici mes commentaires concernant l'avis médical du SMR:

Premier paragraphe:

Même si le courrier du Dr N._____ ne contient aucun renseignement d'ordre médical, il est néanmoins nécessaire de savoir le plus précisément possible en quoi consistait l'activité de Monsieur F._____ pour déterminer une éventuelle perte de la capacité de travail pour raisons médicales.

Deuxième paragraphe:

Si l'assuré conserve une pleine exigibilité dans une activité adaptée telle que celle qu'il exerce, cela n'empêche pas qu'il faut évaluer la perte de gain qui résulte d'une activité adaptée pour des raisons de santé. Ce n'est pas au médecin de faire cette appréciation mais il n'y a pas lieu de faire comme si une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne portait pas à conséquence sur le plan économique.

(...)

Septième paragraphe:

Pas de commentaire si ce n'est que seul l'aspect cardiologique est pris en compte.

Huitième paragraphe:

Le Dr V._____ procède de manière mathématique. Dans la réalité, le médecin traitant (en l'occurrence le Dr B._____) cherche habituellement à encourager son patient à reprendre son activité antérieure dans la mesure du possible. Dans la réalité, Monsieur F._____ n'a pas pu assumer une telle reprise.

Selon la CIM-10, un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles. Un épisode dépressif léger s'accompagne habituellement de difficultés mineures à mener à bien les activités professionnelles. Il me paraît évident que dans le cadre d'une activité telle que celle exercée par Monsieur F._____ même des difficultés mineures ont des conséquences importantes.

Conformément aux lignes directrices de la Société Suisse de Psychiatrie d'Assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, le diagnostic ne débouche pas directement sur une appréciation de la capacité de travail. "Le diagnostic de personnalité, la description de la psycho-dynamique, l'évaluation de l'influence de facteur d'ordre notamment social sur l'évolution ainsi que l'appréciation du degré de gravité du tableau constituent également des points importants" (point 10 des lignes directrices susmentionnées).

Dans mon rapport, je pense avoir fourni le profil de l'expertisé ainsi que la psycho-dynamique, de la psychopathologie qui influence négativement la capacité de travail de Monsieur F. _____.

Neuvième paragraphe:

Le Docteur V. _____ écarte de son analyse le facteur stress parce qu'à sa connaissance il n'existe pas d'instrument permettant de quantifier de manière objective le stress professionnel. Si on suivait le raisonnement du Dr V. _____, on pourrait pratiquement rayer les évaluations psychiatriques du domaine assécurologique puisque les maladies psychiques sont par définition non objectivables au sens où l'entend le Dr V. _____ (n'oublions pas que même un avis d'expert est éminemment subjectif et ne peut pas être considéré comme objectif scientifiquement)."

B. e Dans ses déterminations du 16 août 2013, l'OAI, se référant à un nouvel avis médical du SMR du 19 juillet précédent qui, sous la plume du Dr V. _____, maintient sa position, considère que les éléments amenés à l'appui du recours ne sont pas de nature à remettre en cause son estimation quant à la capacité de travail du recourant telle que décrite par le SMR le 20 janvier 2012.

Le 20 septembre 2013, le recourant a produit un rapport complémentaire établi par le Dr Z. _____ le 4 septembre précédent dans lequel ce dernier soutient qu'il n'y a pas lieu d'établir une échelle de stress et de mettre en compétition le travail du manager avec celui de l'entrepreneur indépendant comme semble le faire le Dr V. _____, ni de savoir lequel des deux est le plus stressé, mais de prendre conscience que le travail d'un manager dont le profil d'activité correspond à celui de l'assuré implique à répétition et quotidiennement un stress énorme. Cette charge émotionnelle épuisante doit être prise en compte selon lui dans l'évaluation de l'aptitude à un travail d'une personne dont les ressources sont diminuées par deux facteurs de santé, cardiologique et psychiatrique.

Le 17 octobre 2013, l'intimé a déclaré ne rien avoir à ajouter et a confirmé ses conclusions. Le recourant a fait de même par écriture du 12 novembre 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée compte tenu des fêtes d'été (art. 60 al. 1 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable à la forme.

2. Est litigieux en l'occurrence le droit du recourant à une rente d'invalidité. Ce dernier estime remplir les conditions légales pour l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2011, alors que l'OAI lui a alloué une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2011 jusqu'au 31 juillet 2011 seulement. Le recourant conteste à cet égard plus particulièrement l'exigibilité de la capacité de travail retenue par l'OAI (100 % dans l'ancienne activité, avec une baisse de rendement de 10 à 15 % uniquement, compte tenu de l'absence d'efforts physiques et du fait qu'il n'y a aucune altération de la fonction du ventricule gauche et 100 % dans une activité médicalement adaptée - sédentaire - selon avis du SMR du 20 janvier 2012). Le recourant conteste également l'appréciation de l'intimé selon laquelle, sur le plan strictement médical, rien ne s'oppose à la mise en valeur de sa pleine capacité de travail et de gain dans une activité sans effort physique. Sur le plan économique, il critique le fait que, de l'avis de l'OAI, l'activité d'indépendant qu'il a choisi d'exercer ne serait pas totalement adaptée selon le descriptif qui en est fait et que l'intimé conclut que cette situation n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité.

3. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 6 LPGA in fine).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/05 arrêt du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

6. a) En l'espèce, pour retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à sa situation médicale depuis le mois de mai 2011, l'OAI s'est fondé sur l'avis médical rendu par le Dr X. _____ du SMR le 20 janvier 2012. Celui-ci, après avoir rappelé que le Dr W. _____ avait estimé (rapports médicaux des 11 octobre 2011 et 10 janvier 2012) que la capacité de travail de l'assuré était, depuis le mois de mai 2011, de 75 % dans son ancienne profession et de 100 % dans une activité adaptée, relevait que, dès lors que la description par

l'employeur du poste de Business development montrait que le recourant travaillait plus des 2/3 du temps dans une position assise et ne voyageait et ne se déplaçait que peu, l'ancienne activité du recourant constituait bien une activité essentiellement sédentaire - activité pour laquelle le Dr W._____ avait admis qu'une capacité de travail plus importante pourrait être envisagée - pour considérer au final que l'exigibilité était de 100 % dans l'ancienne activité du recourant, avec une baisse de rendement de 10 à 15 % uniquement.

Cette appréciation médicale, confirmée par le Dr V._____ du SMR en procédure de recours, ne saurait toutefois être considérée comme probante au sens de la jurisprudence. Tout d'abord, on observe que le SMR a fait fi de l'appréciation médicale du psychiatre traitant du recourant lorsqu'il a retenu que l'état du recourant était stabilisé depuis le mois de mai 2011. En effet, le 18 mai 2011, le Dr B._____ considérait que la capacité de travail de son patient dans toute activité n'était encore que de 75 % pour finalement retenir, le 29 octobre 2011, que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle depuis le 1^{er} août 2011. Surtout, la Cour relève que, dans le cadre de l'instruction de la présente cause, lorsqu'il a interrogé les médecins traitants du recourant quant à l'exigibilité de la capacité de travail de leur patient, l'OAI, respectivement le SMR, n'a pas clairement décrit l'activité pour laquelle il demandait des précisions, se contentant, dans ses questionnaires des 11 avril 2011 et 1^{er} septembre 2011, de parler de "profession actuelle", puis dans celui du 21 novembre 2011 adressé uniquement au Dr W._____ d'activité habituelle. Or, à la lecture de la réponse du Dr W._____ du 10 janvier 2012, on comprend que le cardiologue considérait que l'exigibilité d'une capacité de travail de 75 % concernait une activité de pharmacien, puisqu'il précisait que "bien entendu si le patient devait exercer une activité essentiellement sédentaire et n'effectuer que peu de mouvements dans son activité professionnelle une capacité plus importante pourrait être envisagée mais je pense que le travail de pharmacien nécessite quand même de fréquents déplacements qui contribuent certainement à cette limitation fonctionnelle" [réd. : tolérance à l'effort à moins de 90 % de la valeur théorique attendue pour l'âge]. Par ailleurs, déjà dans son

rapport médical du 16 novembre 2010, le Dr W._____ parlait uniquement d'une activité du recourant en tant que "pharmacien". Ainsi, il est patent que le Dr W._____ ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité de la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité de CEO Business Development mais dans une activité de pharmacien. Ce point est corroboré par les considérations médicales du Dr W._____ dans son courrier du 14 février 2013 à l'attention du conseil du recourant, dans lequel il estime "qu'une activité professionnelle dans une position dirigeante, telle que celle qui était exercée par M. F._____ auprès de D._____, selon la description du poste ressortant du courrier du Dr N._____ du 13 décembre 2012 et les informations données par M. F._____, était médicalement contre-indiqué au vu du risque de récurrence et d'évolution".

A cela s'ajoute que le Dr B._____ n'a lui non plus jamais décrit de manière précise, dans aucun de ses rapports médicaux, l'activité professionnelle pour laquelle il évaluait la capacité de travail résiduelle de son patient. Or, dans son rapport médical du 29 septembre 2011, tout en indiquant sous la rubrique du status actuel qu'il y avait persistance d'une certaine labilité émotionnelle, d'une fatigabilité et d'une humeur par moment fluctuante, le psychiatre estimait que la situation était en voie de stabilisation et, étonnamment, que la capacité de travail était de 100 % depuis le mois d'août 2011. Pensait-il lui aussi qu'il était question d'une activité en tant que pharmacien? Le questionnaire de l'OAI du 1^{er} septembre 2011 pourrait le laisser entendre, puisqu'il n'y était pas question de l'"activité", mais de la "profession" du recourant, qui, à la base, est effectivement celle de pharmacien. Ou avait-il conscience, lorsqu'il procédait à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré que c'est un poste de CEO Business Development que celui avait assumé avant son infarctus et l'apparition de signes dépressifs ? Ou le Dr B._____ songeait-il à l'activité d'indépendant que le recourant a commencé à exercer en 2011 en qualité d'administrateur de la société L._____? Dans son rapport médical du 13 novembre 2011, il retenait comme activité "exercée" celle de pharmacien et administrateur de société. Dans ses réponses des 18 mai et 11 octobre 2011, le Dr B._____

se prononçait sur la capacité de travail dans la "profession actuelle". Le recourant avait alors déjà entamé son activité actuelle d'indépendant.

Ce flou sur la question de la capacité de travail du recourant par rapport à l'activité professionnelle envisagée est encore renforcé par la lecture du rapport médical du Dr Z._____, psychiatre, qui lui, prenant en considération l'activité de CEO Business Development exercée par le recourant jusqu'au mois de février 2010, estime qu'elle n'est plus exigible eu égard à l'état de santé fragile de l'assuré par le niveau d'exigences qu'elle implique et le stress professionnel important qu'elle génère. Certes, ce rapport médical ne suffit pas pour que l'on puisse trancher cette question, dès lors que, comme l'a relevé l'intimé, le Dr Z._____ n'explique pas de manière convaincante les raisons pour lesquelles, tout en retenant un épisode dépressif de sévérité actuelle légère selon la CIM-10 et "une symptomatologie anxieuse nette et limitante mais qui n'a pas la gravité nécessaire pour donner lieu à un diagnostic psychiatrique au sens du chapitre V de la CIM-10", il conclut à une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité du recourant. Par ailleurs, il ne se prononce pas sur la capacité résiduelle de travail dans une activité professionnelle adaptée ni ne mentionne même de façon claire les limitations fonctionnelles psychiques actuelles du recourant dans ce contexte. Si on ne peut pas accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du Dr Z._____, il n'en demeure pas moins qu'elle instaure un doute supplémentaire quant à la pertinence avec laquelle la capacité de travail résiduelle du recourant a été évaluée. Dans cette mesure, il ne peut pas non plus être reconnu une pleine valeur probante aux appréciations du DrB._____, ni à celles du SMR qui se basent seulement sur les considérations des DrsB._____ et W._____.

b) Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère que la question de l'exigibilité de la capacité de travail du recourant n'a pas été instruite correctement, ou du moins pas de façon complète, puisqu'on ne sait pas au final par rapport à quelle activité "habituelle" les médecins traitants de l'assuré se sont prononcés. Certes, le SMR semble considérer que la question est oiseuse puisqu'il estime que l'activité de Business

Development que le recourant exerçait pour la société D._____ avant son 2^{ème} infarctus en février 2010 était une activité essentiellement sédentaire. Pour ce faire, il se fonde vraisemblablement sur le questionnaire pour l'employeur qui comporte une rubrique, sous chiffre 5, de description du poste de travail. Les questions y sont quelque peu schématiques et les réponses que l'employeur y a apportées ne rendent pas véritablement compte de l'activité du recourant que l'administrateur de cette société, le Dr N._____, a peinte de manière plausible dans le courrier qu'il a adressé le 13 décembre 2012 au conseil du recourant. Ainsi, sur ce point aussi des incertitudes non négligeables demeurent quant aux incompatibilités éventuelles pouvant entrer en considération entre l'état de santé du recourant et le poste qu'il occupait au sein de la société D._____, eu égard au descriptif peu fiable qui résulte de l'instruction. Cela étant, on ne saurait considérer sans autre investigation que l'activité que le recourant exerçait avant son infarctus en février 2010 était sédentaire et en tirer la conclusion hâtive, comme l'a fait l'OAI, qu'elle est adaptée à la situation médicale de l'intéressé et que celui-ci dispose, dans cette activité, d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de seulement 10 à 15 %.

c) Dans ces conditions, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée. La cause est renvoyée à l'OAI afin qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision. Il est important de souligner que l'instruction devra d'abord porter sur la question de la capacité résiduelle de travail du recourant, tant sur le plan cardiologique que psychiatrique, dans son ancienne activité de CEO Business Development pour le compte de la société D._____. Pour ce faire, le recours à une expertise bidisciplinaire s'impose. Dans ce contexte, il importera d'apporter une attention toute particulière au questionnaire qui sera adressé aux experts, afin que le descriptif de l'activité dirigeante de CEO Business Development corresponde au plus près à la réalité. Selon les conclusions de l'expertise, soit s'il s'avérait que le recourant ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans cette ancienne activité de CEO Business Development, l'intimé devra alors requérir des experts qu'ils décrivent avec précision quelle activité médicalement adaptée (par

exemple : pharmacien d'officine, chercheur etc.) est encore exigible et à quel taux. Il importera également que soit examinée dans ce contexte la question de savoir si, comme le pense le Dr W. _____ dans son courrier du 14 février 2013, l'activité d'administrateur de la société L. _____ que le recourant exerce à 60 % depuis 2011 pour un salaire annuel d'environ 90'000 fr. est médicalement adaptée. Selon les conclusions des experts sur ce point, il conviendra alors que l'OAI détermine si le revenu que le recourant tire de cette activité correspond au revenu d'invalidé qu'il serait susceptible de percevoir en exerçant une autre activité médicalement adaptée comme celle de pharmacien d'officine ou de chercheur dans le domaine pharmaceutique, en se fondant par exemple sur les résultats de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, puis qu'il procède au calcul du degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 6 juillet 2012 est annulée et la cause

renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant F. _____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre d'indemnité de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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).

La greffière :