

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher, juge et M. Zbinden, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** Q. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1966, est au bénéfice d'un double CFC d'installateur en sanitaire et en chauffage. Il a exercé les métiers précités dans le cadre de l'entreprise paternelle N. _____ SA à [...], qu'il a reprise à son compte en 1993. Il est salarié de sa propre entreprise depuis le 1^{er} octobre 1993.

Le 10 janvier 2003, l'assuré a présenté une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à une rééducation dans la même profession ainsi qu'à l'octroi d'une rente, en précisant quant au genre de l'atteinte : "dépression".

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli divers avis médicaux.

Dans son rapport médical du 19 février 2003 à l'OAI, le Dr Z. _____, généraliste traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de l'assuré de dépression et a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 6 novembre 2002. Il était d'avis que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible à raison de 6 heures par jour, sans baisse de rendement.

Dans un rapport médical du 24 mars 2003 à l'OAI, le Dr B. _____, chef de clinique adjoint de l'hôpital psychiatrique de M. _____, a diagnostiqué un trouble anxieux dépressif mixte (F 41.2), des difficultés sur le plan conjugal (Z 63.0) et des traits de personnalité dépendante (F 60.7). Il a en outre arrêté les incapacités de travail suivantes dans l'activité habituelle :

"100 % du 14 janvier 2002 au 28 avril 2002
75 % du 29 avril 2002 au 31 mai 2002
50 % du 1^{er} juin 2002 au 8 juillet 2002
100 % du 9 juillet 2002 au 14 juillet 2002
75 % du 15 juillet 2002 au 20 novembre 2002

50 % du 21 novembre 2002 au 31 mars 2003 à réévaluer".

Le Dr B. _____ a par ailleurs exposé ce qui suit sous la rubrique "thérapie/pronostic" de son rapport :

"Le traitement actuel consiste en une thérapie de soutien par l'équipe de l'hôpital de M. _____ et dernièrement par la Dresse L. _____ de [...]. La médication actuelle consiste en Citalopram ecosol 40 mg/jour en guise d'antidépresseur, ainsi que de Trittico et Dalmadorm pour les troubles du sommeil. Pour l'instant au bénéfice de ce traitement, nous pouvons constater une stabilisation de l'état du patient avec une bonne régression symptomatique au niveau anxiodépresseur et la récupération d'une capacité de travail à 50 %. La stagnation à ce niveau s'explique en grande partie par la persistance de la situation environnementale toujours stressante, puisque aucune décision n'a été prise à ce jour au sujet du litige opposant M. Q. _____ à son épouse concernant la garde des enfants. L'attente de cette échéance est vécue avec beaucoup d'oppression et de manière très anxiogène pour le patient, ce qui entrave actuellement sa bonne évolution. Il s'agit donc de l'accompagner au travers de cette épreuve et de limiter le plus possible son impact ainsi que d'aider le patient à récupérer par la suite".

Lors d'un entretien téléphonique du 12 juillet 2004, l'assuré a déclaré ce qui suit à un collaborateur de l'OAI :

"A repris son activité à 100 % depuis le 24 mars 2004, en aménageant son horaire en fonction de ses besoins: Il travaille tous les jours de 7h15 à 12h00, puis de 13h00 à 17h00. Quand il peut, il termine à 15h00 le jeudi après-midi. Comme il ne fait plus d'heures supplémentaires et ne travaille plus que 8h30 au lieu de 8h55 par jour, il s'est octroyé une augmentation de salaire horaire, soit Fr. 35.47/heure au lieu de Fr. 34.45, pour conserver le même salaire mensuel brut, à savoir Fr. 6'370.-mensuel brut X 13 à 100 %. L'absence d'heures suppl. lui fait perdre Fr. 10'000.- par année selon ses dires, puisqu'il faisait jusqu'à 400 heures suppl. par année avant la survenance de l'atteinte à la santé".

Dans un rapport initial et final du 12 juillet 2004, le service de réadaptation AI (ci-après : la REA) a rendu les conclusions suivantes :

"M. Q. _____, né en 1966, installateur en chauffage et en sanitaire de profession, a présenté une atteinte à la santé invalidante dès le mois de janvier 2002. Il s'en est suivi des périodes d'incapacité de travail fluctuante, jusqu'au 24.03.2004, date depuis laquelle il assume à nouveau un horaire de 100 % dans l'exercice de l'activité habituelle. Il faut préciser qu'auparavant il travaillait 8h55 par jour,

ce qu'il n'est plus en mesure de faire en raison de l'état de santé qui l'a obligé à réduire son taux de travail à 8h30 par jour tout comme à se réserver une demi-journée de congé par semaine pour se ressourcer. En tant que salarié de sa propre entreprise, il s'est octroyé une augmentation de son salaire horaire, qui est passé de Fr. 34.45 à Fr. 35.47 de l'heure pour compenser le manque à gagner engendré par la diminution de son horaire. Ainsi, il conserve un salaire mensuel brut de Fr. 6'370.- X 13 à 100 %.

Le délai de carence étant échu au 14.01.2003, il y a lieu d'examiner le droit aux prestations financières de notre Assurance dès cette date jusqu'à juillet 2003, relativement à une incapacité de gain de 50 %. Depuis juillet 2003, l'incapacité n'étant plus que de 25 %, le droit aux prestations de notre Assurance n'est pas ouvert. Des mesures professionnelles n'auraient pas permis de réduire le préjudice pendant toute la période d'incapacité concernée, l'orientation professionnelle n'étant pas à mettre en cause. Nous pouvons affirmer que l'activité habituelle de l'assuré est adaptée dans la mesure où, en tant que salarié de sa propre entreprise, il peut gérer son horaire ainsi que l'organisation de son travail en fonction de ses possibilités, liberté qu'il n'aurait pas s'il était employé d'une autre entreprise.

Notre intervention n'étant plus justifiée, nous classons ce dossier".

Par décisions du 7 juin 2005, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2002 au 28 mars 2003, puis à une demi-rente du 1^{er} mars au 30 septembre 2003, avec la motivation suivante :

"Résultat de nos constatations :

Selon les renseignements médicaux en notre possession, nous constatons qu'en raison de votre état de santé vous avez subi des incapacités de travail à divers taux et ceci de façon continue depuis le 20 novembre 2001.

A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'article 29 LAI précité, soit le 20 novembre 2002, votre invalidité moyenne calculée sur douze mois était de 83 %.

Vous avez donc droit à une rente entière à partir du 1^{er} novembre 2002.

Depuis le 21 novembre 2002, vous avez pu reprendre votre activité professionnelle à 75 % puis à 100 % dès le 24 mars 2004. Dès lors, vous ne présentez plus une invalidité de 40 % au moins.

Par conséquent, la suppression de la rente prendra effet au 30 septembre 2003, soit trois mois après l'amélioration de votre capacité de travail et de gain".

Ces décisions sont entrées en force.

b) Le 10 avril 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en faisant état d'une surcharge psychique et physique au travail ("burn out") depuis le 8 septembre 2008.

Dans un rapport médical du 12 juin 2009, le Dr Z._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de surmenage avec état anxieux, précisant que les diagnostics de toux persistante et d'obésité n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 8 septembre 2008 au 11 janvier 2009, puis à 75 % dès le janvier 2009, en cours. Il a estimé que l'activité actuelle n'était plus exigible en raison du stress, qui engendrait un rendement réduit de 50 %. Le Dr Z._____ a transmis d'une part un rapport du 21 novembre 2008 relatif à un CT-Scan des sinus de la face concluant à l'absence de signe de sinusite, à la présence de voies de drainage des sinus libres et à un comblement du canal lacrymo-nasal gauche, et d'autre part un courrier du 20 octobre 2008 du Dr V._____, spécialiste en neurologie, qui a pris les conclusions suivantes suite à l'examen neurologique de l'assuré :

"Ce patient présente donc des céphalées frontales quotidiennes depuis maintenant plusieurs mois, qui font évoquer avant tout, d'après leurs caractéristiques, des céphalées de tension, à mon avis sans rapport avec ce mouchage surtout matinal, d'autant plus que le Nasonex, a eu plutôt tendance à aggraver la situation sur le plan des céphalées. En revanche, ces céphalées de tension pourraient rentrer dans un contexte de SAS [syndrome d'apnée du sommeil] puisqu'il y a tout de même plusieurs éléments permettant de suspecter ce diagnostic. En effet, il existe une rhinopathie, une obésité tronculaire importante, une HTA diastolique et surtout cette sensation de sommeil non réparateur et de fatigue diurne avec une tendance à l'endormissement, surtout lors des périodes d'inactivité".

Dans un document intitulé "Questionnaire pour l'employeur : réadaptation professionnelle/rente" complété par l'employeur le 23 juin 2009, il est indiqué que l'assuré est administrateur de la société (donnée d'ordre, planning et gestion) et qu'il perçoit un salaire horaire de 37 fr. 50.

Dans un rapport médical du 26 août 2009 à l'OAI, le Dr P._____ de l'hôpital psychiatrique de M._____ a posé les

diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail d'épuisement professionnel (Z56) depuis juillet 2008 et de phobie sociale (F40.1) probablement depuis l'enfance. Il a attesté une incapacité de travail à 75 % du 23 février au 30 juin 2009, puis à 50 % dès le 1^{er} juillet 2009, pronostiquant une reprise du travail à 100 % d'ici à quelques mois.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'avis de son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 15 octobre 2009, le Dr J. _____ a estimé au vu du rapport médical du Dr P. _____ que, la maladie de l'assuré n'étant pas stabilisée, il y avait lieu de questionner à nouveau ce praticien en décembre.

Dans un rapport médical du 19 février 2010, le Dr P. _____ a confirmé les diagnostics d'épuisement professionnel et de phobie sociale, ajoutant que le patient présentait également une cataracte depuis mi-2009. Il a attesté une incapacité de travail à 75 % du 23 février au 30 juin 2009, à 50 % du 1^{er} juillet 2009 au 31 janvier 2010, puis à 40 % dès le 1^{er} février 2010 à ce jour. S'agissant de l'évolution de l'état de santé de son patient, il s'est déterminé comme suit :

"1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

Depuis le dernier rapport l'état de M. Q. _____ s'est discrètement amélioré avec une amélioration de l'asthénie. Le patient ne présente plus de ralentissement psychomoteur et n'a plus cette hypominie. Parallèlement au suivi psychiatrique, le patient suit une thérapie de type cognitivo-comportementale avec des groupes dit d'"Affirmation de soi" et un suivi individuel cognitivo-comportemental avec notamment des expositions pour traiter sa phobie sociale.

Constat médical

Comme décrit plus haut, M. Q. _____ est plus sténique mais décrit toujours des troubles de la concentration l'ayant amené à des erreurs graves par rapport à son entreprise, notamment dans l'établissement de devis. Il présente toujours des troubles du sommeil avec des réveils précoces sans possibilité de rendormissement. Il présente toujours des céphalées intenses, accompagnées d'une anxiété avec douleurs thoraciques lorsqu'il est sur son lieu de travail. Cette anxiété peut être également accompagnée de nausées et de vomissements. M. Q. _____ décrit également une anhédonie partielle, et surtout une fatigabilité diminuant à peu près son rendement de moitié.

Pronostic

L'état de M. Q._____ s'étant légèrement amélioré avec une reprise du travail à 60 % nous avons l'espoir que le patient retrouve une capacité de travail au cours des mois qui viennent".

Dans un courrier du 9 juillet 2010 au SMR, les Drs H._____ et F._____, respectivement cheffe de clinique-adjointe et médecin assistant à l'hôpital psychiatrique de M._____, ont indiqué que le patient avait repris son activité professionnelle à 60 %, sa capacité de travail restant limitée en raison de troubles de la concentration, de troubles du sommeil, ainsi que de céphalées importantes accompagnées d'une anxiété avec douleurs thoraciques, nausées et vomissements.

Par avis médical du 23 juillet 2010, le Dr J._____ du SMR a constaté que le diagnostic retenu (Z56 [difficultés liées à l'emploi et au chômage]) ne ressortait pas du domaine des maladies; aucun traitement anxiolytique ou anti-dépresseur n'avait été prescrit. Il a dès lors préconisé la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique.

Par communication du 27 juillet 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale dont les frais seraient pris en charge par l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 24 août 2010, la psychologue C._____, spécialiste en neuropsychologie, a conclu à l'absence de limitation sur le plan neuropsychologique, précisant toutefois que l'anxiété sur le lieu de travail semblait engendrer des limitations importantes, qui devraient faire l'objet d'un examen psychiatrique. Elle a relevé que l'épuisement professionnel avec troubles anxieux réduisait la capacité de travail, mais que les légères difficultés neuropsychologiques au niveau de l'attention n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Elle a enfin signalé que l'assuré présentait une baisse de rendement de 10 à 20 % en raison de légères difficultés attentionnelles, mais ne s'est pas prononcée quant à l'incidence de la fatigue.

Dans un rapport SMR du 6 octobre 2010, le Dr J._____ du SMR a constaté que l'assuré possédait les ressources cognitives nécessaires pour exécuter son travail correctement, lorsqu'il n'était pas en situation de stress et que de légères difficultés attentionnelles justifiaient une baisse de rendement de 10-20 %. En outre, le diagnostic retenu par les psychiatres (Z56) n'étant pas du domaine de l'AI, le Dr J._____ a considéré que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans l'activité de gérant de société avec une baisse de rendement de 10 à 20 % depuis juillet 2010 au moins. Il a donc retenu que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % du 8 septembre 2008 au 1^{er} septembre 2009, de 75 % du 12 janvier au 30 juin 2009 et de 50 % du 1^{er} juillet 2009 au 30 juin 2010. Dès le 1^{er} juillet 2010, l'assuré présentait une pleine capacité de travail.

En date du 7 mars 2011, l'OAI a adressé à Q._____ un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} octobre 2009 (soit à l'échéance du délai d'attente d'un an) jusqu'au 30 septembre 2010 (soit après trois mois de l'amélioration constatée le 1^{er} juillet 2010), en se fondant sur les constatations suivantes :

- "Selon les pièces médicales et économiques portées au dossier, force est de constater que dès le 8 septembre 2008, votre capacité de travail est considérablement restreinte. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.
- A l'échéance du délai en question, soit le 8 septembre 2009, votre incapacité de travail est de 50 % dans toute activité et le droit à la rente était théoriquement ouvert.
- Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Vous avez déposé votre demande de prestations le 30 avril 2009.
- Toutefois si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré 3 mois. Ainsi, votre état de santé s'[est] amélioré au point de ramener dès le 1^{er} juillet 2010 votre capacité de travail à un taux initialement de 100 % dans toute activité lucrative avec une baisse de rendement de 10 à 20 % en raison de légers troubles attentionnels.
- Une baisse de rendement de 10 à 20 % n'ouvre plus le droit à la rente.
- Dès lors, des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires et le droit à la rente n'est plus ouvert".

Dans sa contestation du 18 mars 2011, l'assuré a allégué qu'il présentait une incapacité de travail de 40 %. Il a joint à cet effet les certificats médicaux des 16 mars 2010, 14 février 2010 [recte 2011] et 16 mars 2010 [recte 2011] établis par la Polyclinique psychiatrique de G. _____ et attestant une incapacité de travail à 40 % du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2011.

L'assuré a fait parvenir à l'OAI un nouveau certificat médical établi le 28 avril 2011 par la Polyclinique psychiatrique de G. _____ attestant une incapacité de travail à 40 % du 1^{er} au 30 avril 2011.

Dans un courrier du 7 juin 2011 à l'OAI, les Drs D. _____ et K. _____, respectivement chef de clinique-adjoint et médecin assistante à la Polyclinique psychiatrique de G. _____, ont estimé que leur patient présentait une capacité de travail de 60 %, car il devait faire face à des éléments contextuels qui prêteraient la rémission complète de ses difficultés. Dès lors, son incapacité de travail à 40 % se poursuivait pour une durée encore indéterminée.

Par avis médical du 28 juin 2011, le SMR a considéré que les attestations médicales, ainsi que le courrier du 7 juin 2011 de la Polyclinique psychiatrique de G. _____ ne contenaient aucun élément objectif (status

psychiatrique, limitations fonctionnelles, diagnostic) permettant d'accréditer l'incapacité de travail de 40 % retenue. Le SMR a par conséquent maintenu sa position basée sur un examen neuropsychologique externe.

Par décision du 7 septembre 2011 dont la motivation figure sur un courrier séparé du 4 juillet 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 mars 2011 dans le sens de l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} octobre 2009 (soit à l'échéance du délai d'attente d'un an) jusqu'au 30 septembre 2010 (soit après trois mois de l'amélioration constatée le 1^{er} juillet 2010). Retenant que le rapport d'expertise neuropsychologique du 24 août 2010 avait pleine valeur probante, il a considéré que l'incapacité de travail de 40 % retenue par les médecins de la Polyclinique psychiatrique de G. _____ ne reposait sur aucun élément objectif. Les éléments avancés par l'assuré constituaient une appréciation différente d'une situation similaire à l'appréciation du SMR.

B. Par acte du 4 octobre 2011 Q. _____, représenté par la CAP, recourt contre la décision du 7 septembre 2011 de l'OAI et conclut à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. En substance, il fait valoir qu'il n'a pas recouvré sa pleine capacité de travail en juillet 2010, tous ses médecins traitants évaluant son incapacité de travail à 40 % à cette date. En outre, il allègue que le rapport d'expertise neurologique devra le cas échéant être complété par un volet psychiatrique, ainsi qu'en convient l'experte.

Dans sa réponse du 2 décembre 2011, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. S'agissant du grief du recourant relatif à l'insuffisance de l'instruction médicale sous l'angle psychiatrique, l'intimé se réfère à l'avis médical du 28 novembre 2011 du SMR, lequel a notamment mentionné ce qui suit :

"(...).

Notre rapport du 6.10.2010 tient expressément compte de cet aspect. Je cite : "depuis janvier 2009, l'assuré est suivi par le

Dr P. _____ (secteur psychiatrique [...]) qui retient un épuisement professionnel et une phobie sociale. Ce Confrère atteste une incapacité de travail de 75 % du 23.2.2009 au 30.6.2009, puis de 50 % dès le 1.7.2009, prévoyant une reprise à plein temps "dans quelques mois". Nous apprenons par la suite que l'assuré a repris son emploi à 60 % en juillet 2010. C'est dans ce contexte, et pour évaluer l'impact des troubles cognitifs sur l'activité professionnelle, que nous avons demandé un examen neuropsychologique. Il a été démontré que M. Q. _____ possède les ressources cognitives nécessaires pour exécuter son travail correctement lorsqu'il n'est pas en situation de stress. De légères difficultés attentionnelles justifient une baisse de rendement de 10-20 %. Au surplus, le diagnostic retenu par les psychiatres (difficultés liées à l'emploi et au chômage) n'est pas du domaine de l'Al. Ainsi c'est à juste titre que nous avons retenu une pleine capacité de travail dans l'activité de gérant de société, avec une baisse de rendement de 10-20 %.

Autre remarque : ce n'est pas le diagnostic qui fait l'invalidité, mais les limitations fonctionnelles objectives, en l'occurrence, les limitations cognitives".

Dans sa réplique du 14 décembre 2011, le recourant soutient que le diagnostic psychiatrique ne relève pas exclusivement de difficultés liées à l'emploi et au chômage. Il rappelle que tous ses médecins traitants conviennent de manière unanime qu'il présentait encore en juillet 2010 une incapacité de travail à 40 % liée à des troubles anxieux, élément qui n'est pas contesté par le SMR. Le recourant maintient par conséquent ses conclusions, tout en précisant qu'il a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2010, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant produit à cet effet un rapport médical du 30 novembre 2011 des Drs D. _____ et K. _____ qui ont posé les diagnostics de phobie sociale (F40.1), agoraphobie avec trouble panique (F40.0) et épuisement professionnel (Z56.0). Ils ont indiqué que le patient était connu depuis 2002 de l'hôpital psychiatrique de M. _____ dans un contexte de difficultés conjugales avant son divorce qui avait été douloureux pour lui. Après la reprise de l'entreprise familiale de chauffage sanitaire, il avait donné quelques parts à un ami qui était devenu progressivement le patron. Depuis lors, le recourant se sentait discrédité, humilié et a perdu ses moyens devant cette personne, ce qui s'était traduit par des crises d'angoisse avec des sensations de montée de chaleur, une boule à la gorge, une hypersalivation et une envie de vomir. Le patient n'arrivait plus à gérer

ses émotions ni son stress et se sentait discrédité vis-à-vis des autres employés. Progressivement, il n'arrivait plus à affronter les clients et les créanciers. Il commettait en outre des erreurs dans les devis. Les Drs D. _____ et K. _____ ont par ailleurs exposé les éléments suivants :

"(...).

En 2009, alors qu'il est suivi par le Dr P. _____, M. Q. _____ débute également un suivi cognitivo comportemental auprès d'une psychologue (???). D'après la synthèse d'évaluation faite en juillet 2009, la psychologue retient, selon l'échelle des phobies sociales de Liebowitz, un score de 89 ce qui indique une phobie sociale sévère, avec une crainte de vomir en public. Il est retenu aussi selon d'autres échelles d'évaluation des difficultés d'affirmation de soi, et des difficultés de gestion du stress. En 2010, le patient est suivi par le Dr F. _____, puis par le Dr X. _____. Il bénéficie alors d'un suivi à la Policlinique psychiatrique de G. _____ pour un suivi psychothérapeutique et psychiatrique hebdomadaire, en plus du suivi TCC par Mme???. _____. Pendant cette année, le patient vit plusieurs changements dans son travail. Il est licencié, et n'ayant pas droit au chômage, il est obligé de créer une autre entreprise. Il vit aussi des difficultés relationnelles très importantes avec son ex-associé.

M. Q. _____ craint de le croiser, il se sent surveillé par ce dernier afin d'être pris en faute. Le patient était constamment sous les menaces de son ex-associé, de le poursuivre en justice, ce dernier, l'humiliait, le discréditait auprès de ses employés.

En juillet 2010, M. Q. _____ voit son état psychique se détériorer. Il vit 3 à 4 crises d'angoisse chaque jour. Il craint de ne pas donner de bonnes indications, craint le regard et le jugement de ses ouvriers avec crainte que ceux-ci disent "il perd les pédales". Il part alors au travail avec un stress à 8/10 avec des difficultés à gérer plusieurs tâches à la fois. Le patient décrit des angoisses matinales, des vertiges, des fourmillements, des tremblements, des pensées qu'il n'en peut plus, il dit que tous les matins il vomit de la bile, qu'il se mouche beaucoup avec une hypersalivation qui provoque le vomissement. De plus, M. Q. _____ présente des problèmes de santé physique, entre autre un problème dentaire et une cataracte qu'il doit opérer, ce qui aggrave son anxiété d'anticipation. En juillet 2010, la capacité de travail de M. Q. _____ est à 60 %, et il peine déjà à faire son travail. M. Q. _____ doit alléger son agenda et ses journées de travail pour pouvoir refaire ses techniques respiratoires. Il prend, durant cette période, plusieurs fois par jour du Xanax qui baisse sa vigilance et lui provoque de la somnolence, M. Q. _____ doit alors souvent sortir, même lorsqu'il est en entretien avec des clients, pour gérer ces bouffées d'angoisse. M. Q. _____ dit qu'il prend ½ à 1 Xanax de 0,5 mg avant chaque entretien avec des clients ou des créanciers pour pouvoir faire son travail.

En raison de cette détérioration de son état psychique, vu les conditions difficiles que traverse le patient au travail, le patient peine à honorer son taux d'activité à 60 %.

Sur le plan pharmacologique, le patient est sous Trittico depuis son épisode dépressif en 2002. Nous avons tenté de changer le traitement pour mettre un antidépresseur plus efficace sur les troubles anxieux et la phobie sociale, comme le Deroxat ou la

Sertraline, que le patient n'a pas toléré en raison des effets secondaires de ces derniers aggravant ainsi ses nausées et vomissements, ainsi que ses vertiges. Nous maintenons :
Trittico 100 mg 1 cp le soir
Xanax 0,5 mg 1 à 3 cps par jour en ®".

Dans sa duplique 9 janvier 2012, l'intimé maintient intégralement sa position et se réfère pour le surplus à l'avis médical du SMR du 20 décembre 2011, lequel fait état des éléments suivants :

"Le courrier des Drs D._____ et K._____ à CAP Assurance du 30.11.2011 mentionne les diagnostics de phobie sociale (F40.1), agoraphobie avec trouble panique (F40.0) et épuisement professionnel.
A cet égard, on peut déjà remarquer que le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes n'est plus cité. Force est donc d'admettre que l'assuré s'est amélioré sur ce plan.

Les Drs D._____ et K._____ poursuivent par ce qu'ils intitulent "Constat médical". Ce qui devrait être une description du tableau clinique est en fait un résumé de l'anamnèse (histoire médicale). Même en y regardant de près, ce document ne contient aucun élément de status psychiatrique.
Dans ces conditions, il n'y a pas de motif à modifier notre position".

Dans ses déterminations du 14 février 2012, le recourant maintient intégralement ses conclusions prises dans le cadre de sa réplique du 14 décembre 2011. Il se réfère à un rapport médical du 26 janvier 2012 des Drs D._____ et S._____, médecin assistante, dont il ressort en substance qu'au mois de juillet 2010, il présentait encore des affections psychiatriques qui l'empêchaient d'exercer son activité professionnelle à un taux supérieur à 60 %. En effet, à ce moment-là, son état s'était même détérioré sur le plan psychique avec plusieurs crises d'angoisse par jour et de grandes difficultés dans la gestion de son travail, même à un taux d'activité de 60 %. Ils ont ajouté que "*si actuellement le patient ne présente pas de symptomatologie thymique, il rapporte toujours une importante anxiété de fond, compatible avec le diagnostic de troubles anxieux précités, avec une fatigabilité accrue et une hypersensibilité au stress. De plus, il présente toujours des troubles du sommeil (réveils fréquents et agitation nocturne)*". Ils mentionnent en outre que les troubles anxieux peuvent ne pas se manifester lorsque le patient est dans un cadre connu et rassurant comme lors de l'examen

neuropsychologique, mais est handicapant en particulier sur le lieu de travail.

Dans ses observations du 12 mars 2012, l'intimé estime, au vu de l'avis médical du SMR du 6 mars 2012, que le rapport du 26 janvier 2012 des Drs D. _____ et S. _____ n'est pas susceptible de modifier ses conclusions. Le SMR indique avoir admis une baisse de rendement de l'ordre de 10-20 % pour tenir compte d'une anxiété résiduelle.

Dans ses déterminations du 10 avril 2012, le recourant maintient les conclusions prises dans le cadre de sa réplique du 14 décembre 2011.

E n d r o i t :

1. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2010. En effet, il ressort de la décision attaquée du 7 septembre 2011, que l'intimé a reconnu au recourant le droit à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} octobre 2009 au 30 septembre 2010. Le recourant, qui

conclut à la réforme de cette décision et subsidiairement à son annulation, considère qu'il n'a pas présenté d'amélioration notable de sa capacité de travail en juillet 2010, alléguant que son incapacité de travail est évaluée à 40 % par ses médecins traitants, raison pour laquelle il conclut au versement d'un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2010. Sans mettre en doute la valeur probante de l'expertise neuropsychologique, il observe que celle-ci aurait dû être complétée par un volet psychiatrique, ainsi que le propose l'experte C. _____.

3. a) 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 et 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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge

par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

b) 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 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

4. a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une

constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

c) Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

5. a) In casu, le recourant a déposé le 10 avril 2009 une nouvelle demande de prestations AI, en faisant état d'une surcharge psychique et physique au travail ("burn out") et ce, depuis le 8 septembre 2008. Les médecins traitants ont attesté une incapacité de travail à 100 % du 8 septembre 2008 au 11 janvier 2009, à 75 % du 12 janvier 2009 au 30 juin 2009, à 50 % du 1^{er} juillet 2009 au 31 janvier 2010, puis à 40 % dès le 1^{er} février 2010 (rapport du 19 février 2010 du Dr P._____). Si le Dr Z._____ a posé le diagnostic de surmenage avec état anxieux (rapport du 12 juin 2009), le Dr P._____ a retenu les diagnostics d'épuisement professionnel (Z56) et de phobie sociale (F40.1) (rapport du 28 août 2009), précisant que la prise en charge cognitivo-comportementale tendait à diminuer la phobie sociale du patient et donc son anxiété sur son lieu de travail (rapport médical du 19 février 2010, point 1.8). Dans ce contexte, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique, estimant que le diagnostic d'épuisement professionnel n'était pas du domaine des maladies et qu'aucun traitement anxiolytique ou anti-dépresseur n'avait été prescrit (avis médical du 23 juillet 2010). Dans son rapport d'expertise neuropsychologique du 24 août 2010, la psychologue C._____ a considéré que la capacité de travail du recourant était entière sur le plan neuropsychologique avec toutefois une

baisse de rendement de 10 à 20 % en raison de troubles de la concentration, d'une fatigue et d'oublis.

b) Il convient de retenir que l'expertise précitée répond en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des documents médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, ni le recourant, ni l'intimé n'ayant, en tout état de cause, émis de grief sur ce point. Le rapport d'expertise établi par une psychologue mentionne que le recourant a les ressources nécessaires, à savoir qu'il n'est pas déficient sur le plan cognitif, mais qu'il ne peut fonctionner adéquatement en situation de stress. La psychologue C._____, qui n'est pas une spécialiste en psychiatrie, a en outre exposé que le recourant souffrait d'une anxiété importante, probablement handicapante sur le plan professionnel. Dans la mesure où les troubles anxieux, ainsi que la phobie sociale ne relevaient pas d'un problème neuropsychologique, elle a systématiquement précisé dans le cadre de ses réponses (sauf aux questions 1, 2.1, 2.5 et 2.6) qu'un expert psychiatre devrait être interpellé pour se prononcer notamment sur la capacité de travail résiduelle et l'exigibilité de l'activité exercée jusqu'ici. Or, malgré les réserves émises par la psychologue quant aux limites de l'évaluation neuropsychologiques de tels troubles, le SMR a retenu que les médecins traitants ne faisaient état d'"*aucun élément de status psychiatrique*" (avis médical du 20 décembre 2011) et que l'anxiété de fond avec plusieurs crises d'angoisse par jour, une fatigabilité accrue et une hypersensibilité au stress avaient été "*correctement pris en compte lors de l'examen neuropsychologique du 24.8.2010*", entraînant tout au plus une baisse de rendement de 10 à 20 % (avis médical du 6 mars 2012). Il convient toutefois de relever qu'un examen neuropsychologique effectué par une psychologue n'est pas approprié pour l'évaluation d'une longue et persistante pathologie psychiatrique comme c'est le cas en l'espèce. Dans ces conditions, le SMR ne pouvait pas simplement conclure à l'absence de toute problématique psychiatrique.

Au vu des rapports médicaux des 30 novembre 2011 et 26 janvier 2012, il persiste en effet une "importante anxiété de fond", une

phobie sociale, ainsi qu'une agoraphobie avec troubles paniques conduisant les psychiatres traitants à retenir une incapacité de travail persistante de 40 %. Le rapport médical du 30 novembre 2011 établi par les Drs D._____ et K._____ contient un diagnostic et une description, cliniquement cohérente, de l'évolution de l'état de santé psychique du recourant. Ce rapport est suffisamment clair pour comprendre l'étendue des troubles dont souffre le recourant et leur évolution. Le rapport du 26 janvier 2012 des Drs D._____ et S._____ contient une anamnèse et confirme le diagnostic posé dans le rapport précédent, à savoir celui de phobie sociale sévère se manifestant notamment au travail. Il décrit en outre les symptômes et explique leurs répercussions sur la capacité de travail du recourant, à savoir des crises d'angoisse, des vertiges, des fourmillements, des tremblements et des vomissements. Dans ce contexte, le recourant se voit dans l'obligation d'alléger son agenda et ses journées de travail afin de pouvoir faire ses techniques respiratoires. Il prend en outre plusieurs fois par jour un traitement anxiolytique de Xanax, indispensable dans son travail, mais qui provoque une diminution de sa vigilance et une somnolence. Le rapport médical du 26 janvier 2012 expose de manière claire que l'incapacité de travail est avant tout en lien avec la symptomatologie anxieuse et phobique et qu'une amélioration du versant dépressif n'a pas eu d'incidence sur la capacité de travail. Il souligne notamment que les symptômes anxieux et phobiques sont exacerbés par la situation de stress que représente l'activité professionnelle du recourant sur son lieu de travail. Dès lors que les rapports médicaux des 30 novembre 2011 et 26 janvier 2012 emportent la conviction de la Cour de céans tant sur le plan des diagnostics que sur la capacité de travail résiduelle, une instruction complémentaire, par le biais d'une expertise psychiatrique, ne se justifie pas.

c) Au vu des éléments décrits ci-dessus, il y a lieu de considérer que le recourant présente une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 40 % dès le 1^{er} juillet 2010, date à laquelle le recourant a augmenté son taux d'activité de 50 à 60 % (rapport médical de la Dresse H._____ du 9 juillet 2010) ce qui permet le maintien du droit à la rente. Toutefois, l'augmentation du taux d'activité a des

conséquences sur le taux de la rente servie, en ce sens qu'il convient de remplacer la demi-rente par un quart de rente.

6. Il se justifie par conséquent d'admettre le recours et de réformer la décision litigieuse en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2010 (soit trois mois après l'amélioration constatée le 1^{er} juillet 2010).

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Q._____ a droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2010.
- III. Les frais judiciaires, par 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 doit verser à Q._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour le recourant), à Lausanne,
- 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 :