

VD_GERICHTE ZD17.053593 vom 3. September 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.053593

FR: VD_GERICHTE ZD17.053593 du 3 septembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.053593 del 3 settembre 2018

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 404/17 - 260/2018 ZD17.053593 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 3 septembre 2018 _____ Composition : Mme DESSAUX,
présidente M. Riesen et Mme Pelletier, assesseurs Greffière : Mme Laurency ***** Cause
pendante entre : Z. _____, aux [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON
DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6 et 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, titulaire
d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce, a travaillé à plein temps en tant
que directeur régional de la société P. _____ SA depuis le 1er novembre 2001. En 2011,
son salaire annuel fixe était de 133'020 fr. avec un bonus de 30 % sur le résultat. Le 6 avril
2011, à la suite d'un plongeon dans le cadre d'un match de water-polo, l'assuré a été
victime d'un impact crânien, la colonne cervicale disposée en flexion, à l'origine d'une
fracture luxation cervicale C6-C7, se soldant par une tétraplégie sensori-motrice
incomplète. Opéré les 7 avril et 30 juin 2011 pour procéder à une décompression, puis
stabilisation cervicale inférieure C5/C7, l'assuré a été en incapacité totale de travail à partir
de la date de l'accident. Il a séjourné au Centre G. _____ à [...] du 13 avril 2011 au 24
août 2011. Le 16 juin 2011, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après : l'OAI ou l'intimé). Dans le cadre
de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux auprès des
différents médecins de l'assuré et fait verser le dossier constitué par l'assureur- accident
M. _____ SA. Dans un rapport du 3 août 2011 établi par le Centre G. _____ à [...], il
est fait état d'une tétraplégie sensori-motrice complète C6, avec des troubles
dysautonomiques, des douleurs lombaires chroniques et une paralysie récurrentielle droite.
L'assuré a repris le travail à 20 % le 1er octobre 2011, en augmentant progressivement son
taux à 30 % du 23 janvier 2012 au 12 décembre 2013, puis à 50 % du 13 décembre 2012 au
30 septembre 2014, et finalement à 60 % à partir du 1er octobre 2014.

- 3 - Selon un rapport du 3 mars 2012 adressé à l'OAI, le Dr Q. _____, spécialiste en
médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic incapacitant de récupération d'une
tétraplégie incomplète motrice C6 et sensitive T5 dans un contexte de fracture luxation
C6-C7 avec antélisthésis de 1 cm et luxation facettaire, de status après discectomie et mise
en place d'une cage spondylodèse C6-C7 par voie antérieure (07.04.2011), de reprise et
complément de la spondylodèse par voie postérieure C5/C7 (30.06.2011) et de
dysfonctionnement vésico- urétral et recto-anal. La récupération s'avérait lentement
favorable, permettant de retrouver une indépendance dans la mobilité à partir du 24 août
2011. Le pronostic était favorable, bien que la récupération n'était pas encore totale, avec
surtout une perte de l'endurance avec apparition d'erreurs posturales et une composante

tensionnelle cervico-scapulaire qui s'accroissait lorsque les postures statiques étaient imposées de façon anormalement maintenues. Le travail à l'écran restait contraignant. L'incapacité de travail était de 70 % depuis le 23 janvier 2012. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr Q. _____ a relevé que seule une activité permettant l'alternance de postures était recommandée. Une faible inclinaison ou torsion du buste était possible, mais un travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation, sur une échelle ou un échafaudage était exclu. Le port de charges contre le corps ou près du corps pour un poids maximum de 8 kg était exigible. La capacité d'adaptation et la résistance étaient limitées. Le Dr Q. _____ a envisagé une augmentation progressive de la capacité de travail dans un cadre ergonomique. Un rapport du 5 mars 2012 du Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale, faisait état des troubles neurovégétatifs de l'assuré, qui étaient au premier plan. Le pronostic était réservé s'agissant de ces troubles. Les restrictions étaient surtout liées aux efforts physiques. Le Dr V. _____ a ajouté que le patient pouvait se déplacer facilement en voiture et qu'il n'avait pas besoin d'une chaise roulante. Selon lui, l'activité habituelle était encore exigible, mais probablement à un degré inférieur, sans qu'il puisse toutefois se prononcer sur le pourcentage de la

- 4 - capacité de travail. Une amélioration de ladite capacité était envisageable, sans que le Dr V. _____ ne puisse la quantifier. En date du 12 juin 2012, le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional (ci-après : le SMR). Il ressort du rapport du Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais qu'elle était de 30 % dans une activité exigible. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de port de charges, de montée et de descente d'escaliers, de déplacement à pied important, un travail sédentaire, la nécessité d'avoir un accès pour chaise roulante, ainsi que les commodités attenantes à cette situation, la fatigue et des possibles troubles de la concentration. La situation devait être réévaluée dans un délai d'une année. Le Dr R. _____ a conclu qu'une redirection vers un travail beaucoup plus sédentaire devait être discutée avec l'assuré vu la probabilité de la persistance des séquelles incapacitantes, ce qui l'empêcherait de reprendre son plein emploi, impliquant de fréquents déplacements en voiture et à pied. Dans un rapport du 5 août 2013, le Dr Q. _____ a précisé le diagnostic incapacitant en ajoutant les contextes de dysfonctionnement vésico-urétéral et recto-anal status après implantation d'un neuro-modulateur sacré le 18 juillet 2012, de status après rupture d'une électrode de neuro-modulation et implantation d'une nouvelle électrode sans ablation de la précédente détériorée en juin 2013 et d'état dépressif réactionnel. Le Dr Q. _____ a relevé que l'assuré ne disposait pas d'une rentabilité encore optimale, vu l'inconfort fonctionnel et douloureux des extrémités, ainsi qu'en raison des vicissitudes sphinctériennes. Il persistait des troubles de la déambulation à la suite des interférences liées aux spasmes musculaires et une spasticité d'intensité éminemment variable. La correction réalisée au niveau de la neuromodulation vésicale n'apportait pas encore pleinement satisfaction, malgré l'accroissement dans les intensités de stimulation vésicale. Les impériosités mictionnelles restaient toujours un problème. L'exonération fécale n'était pas résolue, le patient étant souvent confronté à une alternance de diarrhée constipation dans un contexte de mauvais contrôle sphinctérien, ce qui était source

- 5 - d'anxiété lors des déplacements. Le pronostic était stationnaire, les progrès s'étant stoppés en raison d'une accentuation des réactions spastiques et cloniques au niveau des membres inférieurs. Le Dr Q. _____ a souligné que la reprise d'activité professionnelle

posait plus de contraintes que prévu, en raison d'une fatigabilité importante, en partie expliquée par la perte des performances fonctionnelles, alliée encore aux aléas sphinctériens, autant de facteurs qui expliquaient l'installation d'un état dépressif réactionnel et qui requérait un soutien psychologique. Le poste de travail était ergonomiquement adapté. L'activité restait exigible à un taux de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et une amélioration n'était pas encore envisageable. Les limitations retenues différaient du rapport du 3 mars 2012, en ce sens que la capacité de concentration était également limitée, mais des activités accroupi ou à genoux étaient possibles, de manière limitée surtout si des torsions étaient nécessaires. Des activités exercées principalement en marchant étaient limitées en endurance. En date du 16 novembre 2013, le Dr Q. _____ a actualisé ses précédents rapports, en complétant le diagnostic incapacitant par un contexte de fibrillation auriculaire paroxystique en relation avec la dysautonomie neurovégétative. Des palpitations fréquentes étaient apparues, avec notion d'oppression thoracique principalement le matin, combinées à une dyspnée légère sans signe anamnestique d'insuffisance cardiaque. Le bilan cardiologique avait confirmé l'existence d'une fibrillation auriculaire paroxystique symptomatique. Selon une note d'entretien du 16 juin 2014 qui figure au dossier de l'OAI, l'assuré était aidé dans son travail par une assistante à 50 %. Aux termes d'un rapport du 11 août 2014 du Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de l'Institution de [...], le schéma thérapeutique suivi par l'assuré devait être maintenu tel quel. Une nouvelle convocation devait avoir lieu dans un délai d'une année

- 6 - pour contrôler l'évolution du patient. On extrait les diagnostics suivants dudit rapport : « Diagnostics : 1. Tétraplégie sensitivomotrice incomplète sous C6 (AIS D) - status post fracture de luxation C6 – C7 et luxation des articulations facettaires dues à une chute d'une hauteur peu significative le 07.04.2011 - status post discectomie ventrale et spondylodèse C6 – C7 le 07.04.2011 - status post stabilisation dorsale C6 – C7 le 30.06.2011 2. Dysfonction autonomie avec troubles des fonctions cardio- pulmonaires, vésicales, intestinales et sexuelles - détruseur hyperactif 3. Syndrome des douleurs neuropathiques au niveau des 4 membres et dans la région génitale 4. Perturbation légère de la respiration restrictive 5. Parésie du nerf récurrent du pneumogastrique droit 6. Lombalgies chroniques dans le contexte d'une protrusion discale ». A teneur d'un rapport du 23 août 2014 du Dr Q. _____, la situation restait complexe et le pronostic stationnaire. Les progrès se révélaient modestes, quand bien même la fonctionnalité au quotidien était possible. Les plaintes prédominaient au niveau de l'inconfort dû aux troubles sphinctériens et à l'état dépressif réactionnel existant. L'assuré ne parvenait pas à être plus performant au niveau professionnel en raison d'une fatigabilité importante, toujours expliquée par la perte de ses performances fonctionnelles, alliée encore aux aléas sphinctériens. Toutes contraintes excessives ou état de stress se traduisait soit par une majoration du clonus et de l'insécurité à la marche, soit par une majoration des troubles sphinctériens. Les traitements de toxines botuliniques des membres inférieurs avaient été abandonnés vu leur inefficacité. Quant aux troubles sphinctériens, les médecins du Centre G. _____ ne souhaitaient pas envisager un changement dans l'implantation des électrodes. L'état dépressif restait toujours un problème et requérait la poursuite du soutien psychologique. Le Dr Q. _____ a conclu que l'état n'était pas encore stabilisé, malgré le peu de progrès observés au cours de la dernière année, raison pour laquelle la poursuite du traitement de neuroréhabilitation s'imposait.

- 7 - Selon une note d'entretien téléphonique du 1er décembre 2014 entre un collaborateur de l'OAI et une employée de la société P. _____ SA, le salaire fixe de l'assuré était de 142'454 fr. depuis 2012. L'assureur-accident M. _____ SA a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire en neurologie et psychiatrie, confiée au Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et au Dr B. _____, spécialiste en neurologie. Les éléments suivants ressortent du rapport du 5 juin 2015 du Dr B. _____ : « Au plan neurologique, il existe un syndrome myélopathique cervical séquellaire, avec un niveau sensitif thoracique situé entre Th4 et Th6. En dessous de ce niveau, il existe une atteinte spinothalamique, expliquant bien les douleurs neuropathiques. Il existe également une atteinte cortico-spinale aux membres inférieurs, avec paraspasticité à prédominance droite, et paraparésie distale M3-M4. La démarche est de type spastique. A l'atteinte sensitivo-motrice se surajoutent des troubles sphinctériens et sexuels. Le tableau neurologique actuel selon la classification ASIA est compatible avec un degré D. Les limitations fonctionnelles déplorées par l'assuré sont plausibles et en lien avec l'atteinte neurologique. En effet, les douleurs mentionnées prennent les caractéristiques de douleurs neuropathiques. Elles sont sévères, interfèrent avec la résistance. De plus, la médication antalgique est potentiellement sédative. L'atteinte cortico-spinale avec une atteinte paraparétique et paraspastique interfère sur les déplacements. Enfin, les troubles sphinctériens sont également potentiellement invalidants, essentiellement en termes de rendement. L'ensemble de ce tableau se répercute au plan psychique. Le co-expert psychiatre a retenu un trouble dysthymique sans répercussions sur la capacité de travail. Au total, l'assuré nous semble au maximum de ses possibilités en travaillant comme chef de vente auprès de son employeur actuel à 60%. La capacité de travail pourrait être améliorée de manière significative, dans un poste plus sédentaire et comportant moins d'exigences en termes de stress. Toutefois, compte tenu de la fatigue et des troubles sphinctériens, sur le plan neurologique, même dans une activité adaptée, il conviendrait de retenir une baisse de rendement de 20%. [...] L'assuré est gêné dans ses déplacements. L'activité adaptée est donc une activité sédentaire. Les troubles sphinctériens interfèrent

- 8 - avec les contacts, les réunions, qui devraient être limitées au maximum. Les douleurs se répercutent sur la résistance et entraînent une fatigabilité. Ceci est majoré par le stress et les responsabilités liées au poste de directeur. Dès lors, dans une activité avec moins de responsabilités (ce qui n'est pas défendable en termes de capacité de gain), et qui respecte les limitations susmentionnées, il persiste une baisse de rendement de 20%. [...] Dans l'activité actuelle, l'assuré semble être au maximum de ses forces, et le pronostic est donc réservé. » Dans son rapport du 10 juin 2015, le Dr C. _____ a retenu le diagnostic de trouble dysthymique (dysthymie). Il a précisé que l'assuré avait d'abord présenté un trouble de l'adaptation avec, entre autres choses, une humeur dépressive. Ce type de pathologie était fréquent dans les suites d'un traumatisme tel que celui qu'avait vécu l'intéressé. Il correspondait à un tableau dépressif voire anxieux de peu de gravité qui apparaissait dans les suites d'un facteur de stress identifiable et dont la clinique n'avait pas la sévérité d'un trouble anxieux ou dépressif spécifique. La désignation diagnostique de trouble de l'adaptation devait cependant être limitée dans le temps, la CIM-10 proposant une durée de six mois et de pas plus de deux ans pour le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Un peu plus de quatre ans après l'accident, il n'était plus possible de retenir un trouble de l'adaptation, même si le tableau clinique de dépression de peu de sévérité avait perduré. Il n'y avait pas d'autres pathologies psychiatriques. Le Dr C. _____ n'a cependant pas retenu d'incapacité de travail en raison du trouble dysthymique dès lors que

les limitations de l'assuré étaient peu marquées et certainement inconstantes, qu'il était apte à respecter les règles et les routines de son activité professionnelle, qu'il pouvait planifier et structurer ses tâches et faire usage de ses compétences, malgré quelques difficultés attentionnelles, qu'il était capable d'apprécier une situation et de prendre les décisions qui s'imposaient, qu'il restait apte à s'affirmer, qu'il n'avait pas de problèmes majeurs dans ses relations avec les autres, qu'il conservait des activités de loisir et qu'il était totalement autonome, du point de vue psychiatrique, pour ses activités de la vie quotidienne. La causalité naturelle entre le trouble dysthymique et l'accident devait être admise, vu en particulier l'importance du trauma subi par l'assuré. Le

- 9 - Dr C._____ a conclu que le statu quo ante devait être atteint dans un délai d'un à deux ans et le traitement suivi par l'assuré pouvait être maintenu. A teneur d'un avis du SMR du 21 juillet 2015, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a estimé qu'il y avait lieu de suivre l'expertise du 5 juin 2015 du Dr B._____. Il a ajouté qu'une réadaptation dans une autre profession paraissait difficile à imaginer. Il a listé les limitations fonctionnelles suivantes : « Difficultés dans les déplacements, troubles de l'attention liés aux douleurs neurogènes et au traitement y relatif, fatigabilité, nécessité de pouvoir accéder rapidement de manière impérative et imprévisible aux WC. » Par décision du 6 octobre 2015, l'assureur-accident a octroyé à l'assuré, en vertu d'un taux d'invalidité de 40 %, une rente d'invalidité normale mensuelle de 3'360 fr., ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 75'600 francs. Selon un courriel du 6 novembre 2015 de l'employeur, l'assuré a touché à titre de bonus 50'000 fr. pour 2012, 54'700 fr. pour 2013 et 45'400 fr. pour 2014. Dans un projet de décision du 26 novembre 2015, l'OAI a proposé d'octroyer à l'assuré une rente entière du 1er avril 2012 au 31 mars 2014, une demi-rente du 1er avril 2014 au 31 décembre 2014 et un quart de rente dès le 1er janvier 2015. L'assuré, représenté par Me Philippe Nordmann, a formé opposition contre ce projet le 17 décembre 2015. Il a exposé contester uniquement la rente octroyée à partir du 1er janvier 2015. Il a indiqué avoir fait l'impossible pour garder un taux d'activité de 60 %, au prix d'un épuisement de plus en plus marqué, tout en ayant conscience du fait que son rendement n'atteignait pas le 60 %. Il a conclu à une capacité de gain ne dépassant pas 50 %, entraînant l'octroi d'une demi-rente. L'assuré a produit un rapport du 18 septembre 2015 de l'Institution de [...], qui

- 10 - soulignait l'augmentation des problèmes de fatigue, de stress au travail et des douleurs neuropathiques. La situation sur le plan intestinal s'était détériorée et des changements dans la médication avaient été discutés. L'assuré avait repris le suivi psychologique au vu de la situation. Aux termes de l'avis du 26 janvier 2016 du Dr W._____ du SMR, les informations ressortant du rapport du 18 septembre 2015 de l'Institution de [...] n'apportaient aucun renseignement anamnestique, ni aucun constat médical objectif susceptibles de contredire valablement les conclusions de l'expertise du 5 juin 2015 du Dr B._____. Dans un courrier du 8 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré que les arguments avancés dans le cadre de son opposition n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation du cas, les diagnostics et les plaintes étant identiques à ceux constatés lors de l'expertise du 5 juin 2015. Le 23 mai 2016, l'assuré a envoyé à l'OAI son nouveau contrat de travail, qui transformait, à partir du 1er mai 2016, l'ancien contrat avec bonus en un contrat fixe prévoyant un revenu mensuel de 6'750 fr. sur treize mois, soit 87'750 fr. par année, avec un défraiement forfaitaire mensuel de 730 fr. pour le véhicule et de 200 fr. supplémentaires pour les collaborateurs du service externe. Le taux d'activité

était toujours de 60 % et le poste occupé celui de « Key account manager ». L'assuré a expliqué que son état de santé ne lui permettait plus de fournir les efforts exigés pour obtenir les bonus précédemment perçus. Selon l'assuré, le droit à la rente devait être recalculé en se basant sur le nouveau revenu, aboutissant à une invalidité de 50 %. Sur demande de l'OAI, la société P. _____ SA a exposé ce qui suit dans un courrier du 16 septembre 2016 : « 1. Depuis le 1er octobre 2015, nous n'avons plus reçu d'indemnités journalières de M. _____ SA. Pourtant, nous avons versé à Monsieur Z. _____ son salaire intégral jusque fin avril 2016. Par contre, depuis septembre 2015, Monsieur Z. _____ reçoit des paiements directement de M. _____ SA. Pour éviter que les versements directs de M. _____ SA ne constituent un trop-perçu pour

- 11 - Monsieur Z. _____, nous avons convenu au printemps 2016 de réduire son taux d'activité. Cette mesure s'applique contractuellement depuis le 1er mai 2016. Pour la période du 1er septembre 2015 au 30 avril 2016, nous avons convenu un paiement rétroactif avec Monsieur Z. _____. 2. En raison de sa maladie et partant, de sa capacité de travail de 60%, il est difficile pour Monsieur Z. _____ de continuer à exercer une fonction de direction. En outre, en raison du rachat de la société [...] par P. _____ SA, le poste de responsable des ventes en [...] se trouvait alors occupé par deux personnes à la fois. D'un commun accord avec Monsieur Z. _____, nous avons donc convenu que ce dernier exercerait à l'avenir la fonction d'Account Manager. 3. Le forfait véhicule de CHF 730.- ainsi que les indemnités forfaitaires pour frais de CHF 200.- correspondent au taux d'activité de 60%. 4. Les indemnités forfaitaires pour frais ne font pas partie du salaire soumis à l'AVS. » Selon un rapport du 24 octobre 2016, le Dr L. _____ de l'Institution de [...] a constaté chez l'assuré une dégradation de la marche en comparaison avec les examens précédents. Dès lors que l'assuré était de plus en plus gêné par son syndrome de douleurs neuropathiques, les médecins avaient en outre proposé d'augmenter le dosage de la médication pour ce trouble. Le 31 janvier 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'au vu des réponses fournies par son employeur le 16 septembre 2016, il apparaissait que des facteurs économiques ou conjoncturels avaient essentiellement justifié la diminution du salaire, notamment des questions de surindemnisation et organisationnelles au sein de la société P. _____ SA. L'OAI en a conclu qu'il s'agissait de questions purement financières qui ne concernaient pas l'assurance-invalidité. Par ailleurs, aucun rapport médical n'étayait une éventuelle diminution de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles avaient déjà été retenues dans l'expertise du 5 juin 2015 du Dr B. _____. Il n'y avait dès lors pas lieu de modifier le projet de décision du 26 novembre 2015. Par courrier du 5 avril 2017, l'assuré a transmis un courriel reçu de son employeur le 4 avril 2017 confirmant que l'élément

- 12 - déclencheur de la modification de la fonction et du salaire était sa limitation de santé et sa capacité de travail de 60 %, l'ancienne fonction de direction n'étant plus possible pour lui. Il ne s'agissait donc pas de raisons économiques ou conjoncturelles. L'assuré a ainsi réitéré que le changement du poste de travail et du salaire était avant tout dû à ses problèmes de santé. M. _____ SA a soumis les nouveaux éléments médicaux aux Drs C. _____ et B. _____, afin de déterminer si la situation de l'assuré s'était modifiée depuis leur expertise respective. Le Dr C. _____ a confirmé, à teneur de son rapport du 3 mars 2017, que l'état psychique de l'assuré ne s'était pas péjoré. Dans un rapport du 3 avril 2017, le Dr B. _____ a quant à lui retenu ce qui suit : « L'ensemble des éléments susmentionnés, tant subjectifs qu'objectifs, ont donc été évalués, et comparés à ce qui

apparaît dans mon rapport d'expertise du 05.06.2015. Force est de constater que l'ensemble du tableau subjectif, décrit dans mon expertise en pages 6 et 7, ne s'est guère modifié. Il en va de même du status neurologique dont le dernier à disposition, datant du mois d'octobre 2016, est parfaitement superposable à celui décrit dans mon rapport d'expertise. Au total, je ne retiens pas de péjoration de l'état médical de l'assuré de manière significative par rapport à la date où je l'ai examiné, et les conclusions de mon rapport d'expertise sont maintenues sur la base des nouveaux éléments susmentionnés. » Le 1er mai 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'en l'absence de conclusions médicales justifiant une diminution de la capacité de travail, il n'y avait pas lieu de modifier sa position. L'assuré a réitéré ses arguments par courriers des 4 mai, 7 juin, 13 septembre et 23 octobre 2017. Il a notamment proposé l'audition de témoins afin de confirmer que le changement de contrat de travail était dû à son état de santé. Par décision du 10 novembre 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente du 1er janvier 2015 jusqu'au 30 avril 2016.

- 13 - B. Par acte du 13 décembre 2017, Z. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une demi-rente pour la période du 1er janvier 2015 jusqu'au 30 avril 2016 et au-delà du 1er mai 2016 également. En substance, il a fait valoir que son changement de poste était dû à ses problèmes de santé et non pas à une réorganisation interne de la société P. _____ SA. Si l'accident n'avait pas eu lieu, rien ne permettait de penser qu'il aurait changé d'emploi et réalisé un revenu inférieur. De plus, l'état post-accident avait nécessité l'engagement d'une assistante à mi-temps, ce qui n'était pas le cas avant l'accident. Ceci démontrait selon lui une diminution importante du rendement. L'assuré a soutenu qu'une activité exercée à 60 % était le maximum qu'il pouvait faire, en se référant à l'expertise du 5 juin 2015 du Dr B. _____. Ce médecin retenait à son avis une quasi impossibilité de maintenir le poste de directeur et la nécessité de modifier son emploi pour avoir moins de responsabilités et de stress, ainsi que pour respecter les contraintes liées à l'état tétraplégique partiel. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport du 16 août 2017 du Dr Q. _____ indiquant notamment que toutes contraintes excessives ou état de stress se traduisaient soit par une majoration du clonus et de l'insécurité à la marche, soit par une majoration des troubles sphinctériens. Dans sa réponse du 8 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que l'attribution du nouveau poste de travail au recourant n'était pas exclusivement liée à son état de santé, état qui ne s'était pas modifié de façon significative, mais à des facteurs étrangers à l'invalidité, ayant joué un rôle prépondérant dans la décision de modification du poste. L'intimé s'est référé au courrier de l'employeur du 16 septembre 2016 et aux rapports des experts de 2015 et de 2017. Pour le surplus, l'OAI a renvoyé à ses précédents développements. Répliquant le 5 mars 2018, le recourant a exposé que son ancien poste de directeur avait entraîné un épuisement progressif. Selon lui, il était évident en 2015 déjà qu'il ne pouvait pas conserver un emploi avec des exigences aussi élevées et entraînant un stress important. De

- 14 - l'avis du recourant, les conséquences économiques de son état de santé s'étaient péjorées. S'agissant de l'attestation de l'employeur, il a admis le peu de clarté du premier envoi du 16 septembre 2016, mais a invoqué que les explications avaient été précisées et rectifiées dans le courrier du 4 avril 2017. Le recourant a ajouté que son état de santé allait en s'aggravant. Il a reproché à l'OAI de ne pas en avoir tenu compte, alors que différents médecins avaient relevé ladite péjoration dans leurs rapports des 18 septembre 2015, 24 octobre 2016 et 16 août 2017. En duplique du 29 mars 2018, l'intimé a critiqué

l'interprétation du recourant de l'expertise du 5 juin 2015, en exposant que l'activité de directeur, exercée précédemment à 60 %, devait être considérée comme une activité exigible. Une activité plus sédentaire, comportant moins d'exigences en termes de stress, permettait une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %.

Les Drs B. _____ et C. _____ s'étaient en outre prononcés en toute connaissance de cause, les pièces produites par le recourant n'apportant pas de nouvelles informations. 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 (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 15 - b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 144 V 63 consid. 4.1.1 ; 130 V 503 consid. 1.2 et les références citées ; TF 9C_636/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.1)

- 16 - c) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité entre le 1er janvier 2015 et le 30 avril 2016. La décision attaquée ne souffre aucune interprétation quant à sa portée temporelle. Quand bien même le recourant, dans ses écritures, discute de l'objet litigieux en considérant qu'il porte également sur la période ultérieure au 30 avril 2016, les conditions d'une extension de la procédure ne sont pas réalisées au vu des développements ci-après (consid. 5c infra). 3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne

peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). 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 les médecins, 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne

- 17 - saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées). d) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché équilibré du travail (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA et 28a LAI). e) D'après 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 LPGGA), 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 quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est

- 18 - ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté sur le plan médical que le recourant présente un syndrome myélopathique cervical séquellaire, une atteinte spinothalamique, expliquant les douleurs neuropathiques, une atteinte cortico-spinale aux membres inférieurs, avec paraspasticité à prédominance droite et paraparésie distale M3-M4, ainsi que des troubles sphinctériens et sexuels (rapports des 3 mars 2012, 5 août et 16 novembre 2013, 23 août 2014 du Dr Q. _____ ; du 11 août 2014 du Dr L. _____ ; du 5 juin 2015 du Dr B. _____ ; avis du 21 juillet 2015 du Dr W. _____ du SMR). Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR le 21 juillet 2015, soit des difficultés dans les déplacements, des troubles de l'attention liés aux douleurs neurogènes et au traitement y relatif, une fatigabilité, la nécessité de pouvoir accéder rapidement de manière impérative et imprévisible aux WC, ne sont pas remises en cause par le recourant et concordent avec l'expertise du 5 juin 2015 du Dr B. _____. b) Le recourant conteste cependant sa capacité de travail dans son activité habituelle, en estimant pouvoir travailler à un taux inférieur à 60 %, en raison de la dégradation de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles. c) Dans son expertise du 5 juin 2015, le Dr B. _____ estime que le recourant peut poursuivre son ancienne activité à un taux de 60 %, ce qui constitue selon ce médecin le maximum envisageable en qualité de chef de vente auprès de la société P. _____ SA vu les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles y relatives et les contraintes de l'emploi. Au

- 19 - niveau de l'exigibilité de l'activité habituelle, le Dr B. _____ a estimé qu'elle était admise vu les aménagements apportés au poste en raison des limitations fonctionnelles et l'engagement notamment d'une aide pour seconder le recourant. Les constatations médicales du Dr B. _____ correspondent par ailleurs à la réalité du recourant qui a travaillé du 1er octobre 2014 au 30 avril 2016 dans son ancienne fonction sans que l'employeur n'envisage une diminution de salaire. Le rapport du Dr B. _____ a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et les plaintes du recourant ont été relevées. La description du contexte médical ainsi que de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Ce rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a en outre été réactualisé le 3 avril 2017 au vu des nouveaux éléments invoqués par le recourant, sans toutefois que ceux-ci ne modifient l'appréciation initiale du Dr B. _____. d) Quant aux autres documents médicaux, ils ne sont pas de nature à remettre en cause l'expertise du Dr B. _____. Les rapports de l'Institution de [...] des 18 septembre 2015 et 24 octobre 2016, ainsi que du Dr Q. _____ du 16 août 2017 dont se prévaut le recourant ont été, pour les deux premiers, soumis au Dr B. _____, lequel ne retient aucune modification, et pour le troisième, on ne peut que constater qu'il s'agit d'un courrier adressé par le Dr Q. _____ au cardiologue qui suit déjà l'assuré, ceci pour demander de nouveaux examens. L'altération de la déambulation comme la majoration des troubles sphinctériens relevées par le Dr Q. _____ sont déjà mentionnées dans les rapports de [...] des 18 septembre 2015 et 24 octobre 2016, lesquels étaient connus du Dr B. _____ et ont été discutés par lui dans le complément d'expertise du 3 avril 2017. Les rapports de l'Institution de [...] et du Dr Q. _____ précités ne se prononcent du reste pas sur la capacité de travail du recourant. Ce dernier n'apporte donc aucun élément permettant de battre en brèche les conclusions de l'expertise du 5 juin 2015 et de son complément du 3 avril 2017. e) Concernant le trouble dysthymique, le recourant

ne conteste pas les conclusions de l'expertise du 10 juin 2015 du

- 20 - Dr C. _____, ni son complément du 3 mars 2017, confirmant l'absence d'atteinte incapacitante sur ce plan. f) Au vu de ce qui précède, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il indique ne pouvoir travailler qu'à un taux inférieur à 60 % dans son activité habituelle. L'ancien emploi est dès lors exigible à un taux d'activité de 60 %. 5. a) S'agissant de la comparaison des revenus, il apparaît que le revenu annuel de base du recourant a été porté à 142'454 fr. dès 2012, plus bonus. En 2014, le recourant a ainsi gagné 187'854 fr. (142'454 fr. de salaire fixe et 45'400 fr. de bonus). Il ressort du courrier de l'employeur du 16 septembre 2016 que le recourant s'est vu verser son salaire intégral jusqu'à fin avril 2016 et que le paiement rétroactif pour la période du 1er septembre 2015 au 30 avril 2016 ne concerne que le trop-perçu. Il doit en être déduit que l'employeur aura versé à tout le moins le 60 % du salaire contractuellement dû jusqu'au 30 avril 2016. En conséquence, le degré d'invalidité est effectivement de 40 %. Le recourant ne remet d'ailleurs pas en cause les montants retenus par l'intimé, ni les termes de la comparaison des revenus. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. b) Il est superflu d'examiner le degré d'invalidité qui résulterait d'une activité moins stressante à 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, la capacité de travail résiduelle de 60 % dans l'activité habituelle pendant les mois d'octobre 2014 à avril 2016 n'étant pas critiquable (consid. 4 supra). c) Concernant la période courant dès le 1er mai 2016, l'instruction de l'OAI est incomplète et empêche une extension de la procédure, ceci même s'il devait être déduit implicitement de ses écritures devant la Cour de céans un consentement à l'extension de la procédure. En effet, les informations émanant de l'employeur imposent des éclaircissements. Dans le courrier du 16 septembre 2016, l'employeur indique que la réduction du taux d'activité au printemps 2016 est destinée à éviter une surindemnisation. Dans le même courrier, l'employeur justifie

- 21 - le nouveau contrat de travail effectif au 1er mai 2016 en raison de l'état de santé de son collaborateur (« en raison de sa maladie et partant, de sa capacité de travail de 60 % ») et du rachat de la société [...], lequel imposait une restructuration. Enfin, le courriel produit par le recourant le 5 avril 2017 ne suffit pas à résoudre la contradiction. La question n'est ainsi pas en état d'être jugée (consid. 2c supra). 6. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 10 novembre 2017, accordant à l'assuré un quart de rente du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016, confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- 22 - La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Philippe Nordmann (pour Z. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, 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 :

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