

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2015

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, président
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z._____, à Crans-près-Céligny, recourant, représenté par Me Christian Bruchez, avocat à Genève,

et

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

Art. 16, 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 25 al. 1, 69 al. 2 et 88a RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, marié et père de famille, a été employé par Q._____ SA à [...] depuis le 1^{er} janvier 1993 jusqu'à son récent licenciement réglé par convention. Expert en produits financiers de seconde génération (produits dits « dérivés » ou « sophistiqués »), il a occupé en dernier lieu le poste de directeur (« Managing Partner ») et associé au sein de cette société bancaire en charge de la clientèle institutionnelle dans l'Union européenne, auprès de laquelle il exerçait des activités de démarchage et de conseil. L'assuré était amené notamment à voyager à l'étranger très fréquemment dans son activité professionnelle, à savoir plusieurs fois par mois, voire par semaine.

Le 3 novembre 2005, une leucémie myéloïde chronique a été diagnostiquée. A la suite d'une greffe de cellules souches, une GVHD (Graft-Versus-Host-Disease) s'est développée chez l'assuré. Après la mise en œuvre de lourds traitements, une incapacité de travail à 100% du 2 novembre au 21 novembre 2005 inclus puis à 50% dès le 22 novembre 2005, l'assuré a été finalement en mesure de reprendre l'exercice de son activité professionnelle à 100% dans le courant de l'année 2006.

Le 29 mai 2012, Z._____ a déposé une demande de rente AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). Il indiquait quant au genre d'atteinte à la santé, souffrir de complications de greffe de moelle osseuse (GVHD) depuis 2006.

Selon une fiche d'examen du dossier No 1 établie le 4 juin 2012, l'assuré a indiqué à une collaboratrice de l'OAI être en incapacité de travail depuis le 9 janvier 2012.

A teneur de ses extraits de Comptes Individuels (CI) AVS du 11 juin 2012, du fait de son emploi de directeur au sein de Q._____ SA,

l'assuré a notamment perçu des revenus annuels de 867'847 fr. (en 2009), de 875'856 fr. (en 2010) et 1'190'596 fr. (en 2011).

Le 18 juin 2012, l'ancien assureur perte de gain maladie de l'assuré (la X. _____ SA) a transmis à l'OAI la copie de divers certificats médicaux du Dr L. _____, spécialiste en oncologie-hématologie et médecine interne de l'Institut Multidisciplinaire d'Oncologie de la Clinique de [...]. Il en ressort que l'assuré était en incapacité de travail à 50% dès le 11 janvier 2012 pour une durée indéterminée.

Selon le « Questionnaire pour l'employeur » complété le 19 juin 2012, les revenus mensuels bruts des trois dernières années (à savoir 2010, 2011 et jusqu'au mois de juin 2012) de l'assuré s'élevaient à 13'450 francs. Il était toutefois précisé que celui-ci avait encaissé tous les ans un bonus aléatoire, qui n'étant pas contractuel n'avait pas été annoncé auprès de l'assurance perte de gain.

Dans un rapport du 2 juillet 2012, la Dresse K. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant à [...], a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de leucémie myéloïde chronique (depuis le 3 novembre 2005), de GVHD après greffe, de troubles du sommeil et de diabète cortico-induit, hyperlipidémie mixte (depuis septembre 2010). Ce médecin mentionnait une incapacité de travail de 50% de son patient à compter du 9 janvier 2012 en raison d'un important syndrome de fatigue chronique se manifestant sous la forme de troubles de la concentration, de troubles de la vision avec une fatigabilité liée aux troubles du sommeil cortico-induits. La Dresse K. _____ renvoyait pour le surplus l'Office AI à s'adresser au Dr L. _____, qui suivait le cas de l'assuré depuis sa greffe de moelle en 2006.

Dans un rapport du 9 août 2012, le Dr L. _____ a posé les diagnostics invalidants suivants :

“- Leucémie myéloïde chronique, chromosome Philadelphie positive diagnostiquée le 03.11.2005, traitée par Hydroxyurée et Imatinib évoluant en crise blastique de type leucémie lymphoblastique aiguë

le 28.12.2005 avec anomalies caryotypiques, infiltration hépatique prouvée, traitée par multiples cures de chimiothérapie avec obtention d'une nouvelle rémission hématologique et cytogénétique, mais non moléculaire.

- Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques à partir d'un frère HLA identique le 28.02.2006 après un traitement de conditionnement comprenant du Cyclophosphamide à haute dose 2 x 60 mg/kg et une irradiation corporelle totale de 6 x 2 Gy. Depuis lors le patient est en rémission complète.

- Développement d'une maladie contre hôte sévère, hépatique et cutanée dès juin 2006, nécessitant un traitement très lourd : atteinte chronique cutanée, hépatique, buccale, oculaire et musculaire.

- Diabète induit par la cortisone dès septembre 2010."

Malgré un pronostic favorable sous traitement immunosuppresseurs extrêmement lourd devant être poursuivi à long terme, le Dr L._____ observait un patient très fatigué, immunocompromis, dont le status clinique ne lui permettait plus de travailler à 100% malgré de considérables efforts fournis pour la reprise d'activité professionnelle. De l'avis de cet oncologue, son patient présentait une incapacité de travail à 50% dès le 11 janvier 2012. Le Dr L._____ précisait par ailleurs que, malgré de nombreuses limitations fonctionnelles liées notamment à son amyotrophie et à sa grande fatigue depuis deux ans, l'assuré n'avait pas voulu diminuer son temps de travail.

Par courrier du 19 septembre 2012, l'ancien employeur a communiqué à l'Office AI le montant des bonus encaissés par l'assuré figurant dans ses certificats de salaire qui étaient joints. Il en ressort qu'en sus de son salaire annuel contractuel de 161'400 fr. (13'450 fr. servis douze fois l'an), Z._____ a touché 686'510 fr. 30 de bonus et 27'945 fr. 75 de droits de participation en 2010 ainsi que 1'029'196 fr. 35 de bonus en 2011. S'agissant de la période en cours, soit du 1^{er} janvier au 30 septembre 2012, le montant de son bonus se montait alors à 705'571 fr. 80.

A l'occasion d'un rapport du 23 octobre 2012, le Dr F._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé celle de leucémie myéloïde chronique (C92.1) avec comme pathologies associées du ressort de l'AI celles de crise blastique de type leucémie lymphoblastique aiguë (le 28.12.2005), de

transplantation allogène de cellules souches hématopoïétiques (le 28.02.2006), de divers types de chimiothérapie, de maladie sévère du greffon contre l'hôte à expression hépatique et cutanée (dès juin 2006) et de diabète induit par la cortisone (dès septembre 2010). Le médecin du SMR estimait que l'assuré était en incapacité de travail à 50% dès le 1^{er} septembre 2011, ceci tant dans son activité professionnelle habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : fatigue, troubles de la concentration, troubles du sommeil, amyotrophie, sensation de tensions musculaires, sécheresse oculaire et pas de port de charges de plus de 5 kilos). Le Dr F. _____ s'est exprimé en ces termes sur le cas de l'assuré qui lui était soumis pour appréciation par l'OAI :

"Assuré de 44 ans, Suisse, marié, deux enfants (1998-2000) au bénéfice d'un diplôme HEC de l'université de [...], travaillant en tant que banquier depuis 1992. Il est connu pour une leucémie myéloïde chronique depuis 2005 ayant entraîné malgré les traitements une crise blastique. Après transplantation en 2006, il développe quelques mois plus tard une maladie du greffon contre l'hôte nécessitant un traitement très lourd y compris de la cortisone qui induira l'apparition d'un diabète. L'incapacité de travail est justifiée principalement par le syndrome de fatigue chronique occasionné par la chimiothérapie, des troubles du sommeil dus à la prednisone, l'amyotrophie en résultant et la réaction que le greffon contre l'hôte provoque.

La date de l'incapacité de travail est difficile à déterminer. Le médecin traitant la situe à 50% dès le 11 janvier 2012. L'oncologue, s'il s'en tient à peu près à la même date, à savoir le 11 janvier 2012, nous signale que depuis deux ans, l'assuré n'a pas voulu diminuer son temps de travail. Cela suggère que le patient a travaillé au-dessus de ses forces. Cette attitude résulte de ma propre expérience de travail avec des patients souffrant de syndrome myéloprolifératifs durant une année au CHUV en hématologie durant ma formation.

Je propose en raison de cette notion et de l'avis concordant des médecins traitants, de prendre le 1^{er} septembre 2011 comme date de début de l'incapacité de travail. Cette attitude pragmatique que l'on peut suivre au plan médical, devra être soumise et partagée ou non avec le service juridique."

Par communication du 25 octobre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement envisageable compte tenu de son état de santé et que son droit à une rente allait être examiné, de sorte qu'il recevrait plus tard une décision séparée s'y rapportant.

A teneur de certificats médicaux des 25 septembre et 29 octobre 2012 du Dr L._____, l'assuré était en incapacité de travail à 60% dès le 25 septembre 2012 et pour une durée indéterminée. Il y était mentionné également qu'en raison de son état de santé il devait être dispensé de voyager.

Dans un avis du 5 août 2013, le Dr T._____ du SMR a indiqué qu'au vu du contexte marqué par le type de pathologie et les complications initiales rapportées, il pouvait être supposé qu'une fatigabilité accrue était responsable de la majoration de l'incapacité de travail à 60%. Se référant à un questionnaire médical du 4 février 2013 du Dr L._____, le Dr T._____ disait ne pas se distancer de l'appréciation du précédent rapport SMR du 23 octobre 2012 faute d'explications plus précises de la part du médecin traitant sur l'incapacité de travail à 60% précitée.

Le 27 août 2013, l'assuré a transmis la copie de divers certificats médicaux établis par le Dr L._____. Il en ressort que celui-ci se trouvait toujours en incapacité de travail à 60% pour une durée indéterminée, avec une dispense de voyager.

Dans un rapport du 29 août 2013, le Dr L._____ a communiqué à son confrère le Dr T._____ du SMR, les indications suivantes concernant l'évolution de l'état de santé de l'assuré :

"[...] Malheureusement, la leucémie myéloïde chronique a évolué en crise blastique de type leucémie lymphoblastique aiguë le 28.12.2005, avec anomalies caryotypiques supplémentaires et infiltration hépatique prouvée histologiquement. Ainsi, le patient a été traité par des cures de chimiothérapie lourdes selon le protocole GRAAPH 2005, permettant d'obtenir une rémission hématologique et cytogénétique mais non moléculaire.

Par la suite, Monsieur Z._____ a subi une transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques à partir du frère HLA identique le 02.03.2006 après un traitement de conditionnement qui comprenait du Cyclophosphamide à haute dose, 2 X 60 mg/kg et une irradiation corporelle totale de 6 X 2 Gy.

Dans les suites après la transplantation, il a développé une maladie greffe contre hôte sévère avec atteinte hépatique, cutanée, buccale, oculaire et musculaire.

Depuis lors, le patient se plaint d'une sécheresse oculaire très importante le gênant beaucoup dans les activités quotidiennes : lecture, travail à l'ordinateur, gêne aux lumières intenses. Du point de vue de la maladie greffe contre hôte cutanée, il y a de multiples pigmentations, des rétractions musculaires avec une amyotrophie généralisée. Le status cutané est très régulièrement suivi et il a déjà été opéré de multiples carcinomes basocellulaire[s] voir[e] spinocellulaire[s] de l'oreille.

Plus récemment, il a développé des troubles de la mémoire récente ainsi que des troubles de la concentration rendant l'activité professionnelle difficile. Il suit un traitement immunosuppresseur extrêmement lourd avec de multiples prophylaxies et se soumet à des séances de photophérèse d'une durée de 3 à 4 heures, 2 jours de suite, 1 fois par mois.

Pour situer le problème, son traitement actuel est le suivant :

- Prograf® (tacrolimus), cp à 0,5 mg 1 cp/jour.
- Prednisone® 5 mg/jour alterné avec 2,5 mg/jour
- Stabicilline® (phénoxyméthylpénicilline) 1 MUI, 1 cp/j.
- Valtrex® (valaciclovir) 500 mg 1 cp/jour.
- Bactrim Forte® (co-trimoxazole) 1 cp 3 x/semaine.
- Noxafil® (posaconazole), cp à 200mg 3x1 cp/j.
- Calcimagon D3® (calcium + vitamine D) 1 cp/j.
- Vidé D3 10 gouttes par jour.
- STOP Aredia® (pamidronate) Dès octobre 2010.
- Nexium® (ésoméprazole) 20 mg 1 cp/jour.
- Mg5 longoral® (magnésium) 1 cp/j.
- Ursofalk® (acide ursodésoxycholique) cp à 250mg, 1 cp 3x/j.
- Privigen® 10g iv environ toutes les 6 semaines.
- Exciplal® lipolotion
- Temesta® (lorazépam) 1 mg en réserve.
- Oculac® gttes
- Hylocomd®
- Daylong ®25
- Elmex® gelée
- Photophérèse 1x/mois (12 et 13.09.2013)

Ce patient a été extrêmement courageux, s'est battu pour reprendre une activité professionnelle après son hémopathie maligne et la transplantation, malgré les complications de maladie greffe contre hôte chronique sévère.

Dans ce contexte, il ne me semble pas envisageable d'augmenter sa capacité de travail au-delà de 40%."

Au terme d'un nouvel avis du 9 janvier 2014, le Dr T. _____ a considéré que compte tenu du contexte marqué par le type de pathologie et les complications initiales rapportées, il devait être admis qu'une

fatigabilité accrue soit responsable de la majoration de l'incapacité de travail à 60% dès le 29 (recte : 25) novembre 2012 pour une durée indéterminée. Indiquant au surplus maintenir la date du 1^{er} septembre 2011 telle que suggérée dans le rapport SMR du 23 octobre 2012 du Dr F. _____ comme date de début de l'incapacité de travail, l'assuré ayant très vraisemblablement travaillé au-dessus de ses forces, le Dr T. _____ retenait une incapacité de travail de 50% en toute activité du 1^{er} septembre 2011 au 28 novembre 2012 puis de 60 % pour l'activité habituelle dès le 29 novembre 2012 étant encore précisé que selon ce médecin, l'activité habituelle de banquier était adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans le rapport SMR du 23 octobre 2012.

Par projet de décision du 15 janvier 2014, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à la demi-rente à partir du 1^{er} décembre 2012, fondée sur un degré d'invalidité de 50% puis dès le 1^{er} mars 2013 (soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé), le droit à trois-quarts de rente, basée sur un degré d'invalidité de 60%. Les constatations de l'Office AI étaient les suivantes :

“Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité de conseiller aux institutions.

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 1^{er} septembre 2011. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20] précité.

A l'échéance du délai en question, soit au 1^{er} septembre 2012, et après consultation des éléments médicaux de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est de 50%, dans toute activité.

A cette date, votre degré d'invalidité est donc de 50%.

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29, al. 1, LAI). Dès lors, le droit est ouvert dès le 1^{er} décembre 2012.

Votre état de santé s'étant malheureusement dégradé, votre incapacité de travail est de 60% dès le 29 novembre 2012.”

Le 13 février 2014, l'assuré, assisté de son conseil en la personne de l'avocat Christian Bruchez, a fait part de ses observations sur le projet d'octroi de rente précité. Il relevait que ce n'était en réalité qu'à partir du 11 janvier 2012 qu'il avait été mis en arrêt de travail à 50% par son médecin oncologue de sorte que c'était cette dernière date (et non pas celle antérieure du 1^{er} septembre 2011 retenue en l'occurrence par l'OAI) qui constituait en réalité le point de départ de son incapacité de travail ; il précisait à cet égard avoir travaillé à 100% jusqu'à cette date et avoir été en mesure d'exercer l'entier de ses responsabilités professionnelles. L'assuré notait en outre que c'était bien la date du 11 janvier 2012 qui avait été prise en compte tant par l'assurance perte de gain de l'employeur que par les institutions de prévoyance pour déterminer le point de départ du droit aux prestations. A le suivre, l'arrêt de travail ayant débuté le 11 janvier 2012, il convenait de lui reconnaître le droit à la demi-rente basée sur un degré d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2013 et non pas dès le 1^{er} décembre 2012. Il indiquait au surplus admettre la date du 1^{er} mars 2013 retenue par l'Office AI pour le passage à trois-quarts de rente basé sur un degré d'invalidité de 60%, ainsi que l'évaluation du taux d'invalidité qui correspondait à la situation actuelle.

Par décision du 8 mai 2014 adressée directement à Z._____, l'Office AI lui a reconnu le droit à la demi-rente à partir du 1^{er} décembre 2012, fondée sur un degré d'invalidité de 50% puis le droit à trois-quarts de rente dès le 1^{er} mars 2013 (soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé), basée sur un degré d'invalidité de 60%, cela conformément au projet communiqué précédemment à l'assuré.

B. Par acte du 10 juin 2014, Z._____, représenté par Me Christian Bruchez, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'il soit constaté d'une part, que son incapacité de travail à 50% a débuté le 11 janvier 2012 et qu'elle a passé à 60% dès le 25 septembre 2012 et que d'autre part, lui-même et ses enfants bénéficient d'une rente AI entière dès le 1^{er} janvier 2014. Il allègue en premier lieu avoir travaillé à 100% et avec un plein rendement jusqu'à

la date de son arrêt de travail à 50% débuté le 11 janvier 2012, de telle sorte que l'OAI n'était pas fondé à retenir la date antérieure du 1^{er} septembre 2011 en tant que point de départ de l'incapacité de travail, la décision querellée devant être modifiée sur ce premier point.

Le recourant conteste d'autre part l'évaluation de son degré d'invalidité telle qu'effectuée par l'Office AI lequel a considéré que son taux d'invalidité correspondait à celui de son incapacité de travail; ce faisant, l'OAI n'aurait à tort pas évalué concrètement et en application du principe de la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, l'incidence de l'incapacité de travail (à 50% puis à 60%) du recourant sur ses revenus globaux pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2014.

Il indique que ces derniers se composent non seulement d'une part fixe mais également d'une part d'intéressement variable très importante et qu'il n'était plus en état de poursuivre depuis 2014, en particulier en raison de l'interdiction de voyager qui lui est imposée par son médecin, l'exercice de sa profession antérieure qui lui permettait de réaliser des parts d'intéressement importantes, le seul poste compatible avec son état de santé ayant pu lui être proposé mais qu'il ne pouvait objectivement accepter étant un poste de subalterne. Le recourant estime dès lors que son revenu sans invalidité (pour 2014) doit être établi sur la moyenne de sa rémunération globale des cinq dernières années (de 2009 à 2013) qui se monte, selon lui, à 866'000 fr. environ, sans qu'il n'existe de motifs laissant présumer que sans atteinte à sa santé, l'intéressé n'aurait pas été en mesure de maintenir son niveau de rémunération antérieur. Concernant l'établissement de son revenu d'invalidé (pour 2014), le recourant propose de retenir la rémunération pour le poste subalterne précité qui, exercé à un taux de 40%, prévoit un salaire annuel fixe de 64'560 fr. sans bonus garanti, cela dans l'éventualité où ledit emploi devait être considéré comme acceptable. Il observe à cet égard au vu de son état de santé ne pas être en mesure de prétendre à un poste de niveau plus élevé sur le marché du travail à celui précité, l'intimé ayant exclu en ce sens le droit à des mesures de reclassement professionnel. Après comparaison des revenus raisonnablement exigibles sans invalidité

(866'000 fr.) et avec invalidité (64'560 fr.) au sens de l'art. 16 LPGA, le recourant estime présenter un taux d'invalidité de 92% à compter de janvier 2014 qui lui ouvrirait le droit à la rente entière dès cette dernière date. En annexe, il a produit une liasse de pièces dont notamment des certificats de salaires relatifs aux années 2005 à 2013, des fiches d'assurance, un plan et une attestation de diverses institutions de prévoyance ainsi que des documents de son ancien employeur dont en particulier, une proposition relative au poste subalterne auquel il se réfère.

Dans sa réponse du 5 août 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 10 octobre 2014, le recourant a persisté dans les conclusions prises à l'appui de son acte du 10 juin 2014. Produisant la copie de six factures de billets d'avions et de trains pour la période 1^{er} septembre 2011 au 11 janvier 2012, Z._____ répète avoir travaillé à plein temps, à un rythme normal et sans la moindre absence ni défaillance jusqu'au 11 janvier 2012 en voyageant à travers le monde, effectuant des déplacements internes, devant participer à de nombreux rendez-vous, déjeuners et dîners d'affaires ainsi qu'ayant participé activement à un séminaire organisé par son ex-employeur en [...] du 29 septembre 2011 au dimanche 2 octobre 2011. Il lui apparaît ainsi objectivement impossible de retenir une incapacité de travail à 50% à partir du 1^{er} septembre 2011 comme le fait l'OAI dans sa décision, cette dernière date ne correspondant d'ailleurs à aucun rapport médical au dossier de l'intimé. Le recourant a produit également une décision du 27 mai 2014 de son assureur perte de gain maladie (R._____ SA) à teneur de laquelle ce dernier lui a reconnu une incapacité à partir du 11 janvier 2012. Il observe que la référence faite par l'intimé à « cette période-là » dans sa décision plutôt qu'à une date précise et la mention dans l'avis de son SMR à la vraisemblance sont révélatrices de la subjectivité dont est empreinte la position de l'OAI. Le recourant souligne l'inexistence d'éléments médicaux objectifs justifiant de considérer que durant la période du 1^{er} septembre 2011 au 11 janvier 2012, il aurait mis en danger sa santé par la poursuite de son activité professionnelle. S'agissant du taux d'invalidité de 60% retenu dans la

décision litigieuse, le recourant conteste qu'il se confonde avec celui de sa capacité de travail à 40% si bien qu'une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA ne s'avérerait pas superflue en l'espèce ; décrivant en quoi consistait concrètement son activité habituelle auprès de Q._____, en produisant en particulier une note interne établie le 28 août 2012 par cet employeur, Z._____ soutient qu'étant donné la complexité des produits financiers en question, les montants en jeu et leur interdépendance avec les bourses et les marchés internationaux, son activité professionnelle impliquait une très grande disponibilité et flexibilité horaire vis-à-vis de ses clients, une grande disponibilité à voyager, une charge de travail conséquente (ses journées dépassant régulièrement 12 heures de travail), une disponibilité permanente pour ses collaborateurs. Partant au vu des exigences de sa profession habituelle et des responsabilités qu'elle impliquait, son exercice n'est, selon le recourant, pas possible à 40% au lieu de 100% de sorte qu'il est erroné pour l'OAI de retenir qu'il bénéficie d'une capacité de travail à 40% dans son activité habituelle. Il observe ainsi que ce n'est pas cette dernière activité très exigeante qu'il est en mesure d'exercer aujourd'hui à 40% mais plutôt une activité différente, à savoir une activité « ordinaire » de bureau ou de « back office ». Il ajoute à ce propos que la dispense de voyager figurant dans les certificats d'arrêt de travail établis par le Dr L._____ ont conduit Q._____ à ne pas lui attribuer de « dual contract » qui aurait été nécessaire à la poursuite, même à temps partiel, de son activité antérieure qui requérait des déplacements dans l'Union européenne ainsi que des contacts directs avec la clientèle. Cela atteste selon le recourant qu'il lui était objectivement impossible de poursuivre l'exercice de son activité habituelle à 40% avec de surcroît une dispense de voyager. C'est d'ailleurs en raison de cette situation qu'il s'est vu proposer un autre poste à 40% de niveau et rémunération très inférieurs au sein de la banque ce qui l'a conduit, d'un commun accord avec Q._____, à régler la fin de ses rapports de travail par convention. Cela étant, le recourant maintient qu'il se justifiait pleinement de procéder à une comparaison des revenus afin de déterminer son taux d'invalidité. Il a requis, à titre de mesures d'instruction, sa déposition en qualité de partie

à la procédure ainsi que l'audition en qualité de témoin de son ex-bras droit J._____.

Dans sa duplique du 4 novembre 2014, l'OAI a modifié ses précédentes conclusions dans le sens de l'admission du recours, la décision attaquée du 8 mai 2014 étant annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire du cas. En annexe, l'intimé a produit un avis médical du 28 octobre 2014 des Drs H._____, spécialiste en médecine du travail et expert SIM, et M._____ du SMR, à la teneur suivante :

"Date de la demande : 01.06.12. Recours.

Rappel: 1/dossier connu depuis 2012; cf. Rapport Médical SMR du Dr F._____, le 23. 10.12, CT Activité Habituelle et Adapté[e] 50% dès sept 11 pour une LMC (leucémie myéloïde chronique) chez ce banquier de 45 ans (gestionnaire de produit dérivés) souffrant de complications d'un syndrome myéloprolifératif avec traitement très lourd. Une révision était prévue à 1 année.

2/ Par la suite, une consultation ultérieure du dossier à la demande de l'Office, débouche sur l'avis SMR Dr T._____, le 05.08.13 et le 09.01.14: le type de pathologie et les complications initiales faisai[en]t admettre une majoration de l'IT [incapacité de travail] à 60%, dès le 29.11.12 pour une durée indéterminée selon les certificats médicaux et le RM [rapport médical] du 29.08.13 du Dr L._____ médecin oncologue. Par ailleurs, comme le RM SMR du 23.10.12 (Dr F._____) suggérait de retenir le 01.09.11 comme date de début de l'IT en s'appuyant sur le fait que l'assuré avait très vraisemblablement travaillé au-dessus de ses forces; le Dr T._____ partageait également cette appréciation médicale. Synthèse: IT de 50% pour toute activité dès le 01.09.11, puis de 60% depuis le 29.11.12 à ce jour. Une révision était à prévoir dans 5 ans.

3/ le projet de décision du 15.01.14 (avec octroi de rente dès le 01.09.11, Inv. : 50%) entraîne un courrier de l'avocat de l'assuré, le 13.02.14, affirmant que celui-ci n'a été mis en arrêt de travail que le 11.01.12 à 50%, et que jusqu'à cette date l'assuré avait travaillé à 100% en exerçant l'entier de ses responsabilités. Une décision de l'Office en date du 08.05.14 faisait suite et entraîne un recours au TCA [Tribunal cantonal] le 10.06.14. L'Office demande alors des précisions quant aux allégations émises par le SMR lors de l'instruction du dossier. Vous demandez de dire:

1/ sur quelle base retenir une IT durable au 01.09.11 au motif que l'intéressé aurait travaillé vraisemblablement au-dessus de ses forces et comment cette date a pu être retenue/déduite, dans la mesure où les rapports cités pour justifier une telle approche ne mentionnent pas une telle information ou une telle période (GED n° 6 du 02.06.12 pour le RM du Dr K._____ du 06.07.12 et GED n°8 du 09.08.12 pour le RM du Dr L._____ du 09.08.12).

2/ Ensuite, au vu de la description du poste de travail anciennement exercé par l'assuré, présente aux pages 4 à 5 et à la pièce 31 de la réplique de la partie recourante du 10.10.14 (GED n°79 du 14.10.14, pages 5-6 et 20-21), si les affirmations du recourant devaient se révéler fondées, pourrions-nous maintenir notre position quant à la

CT [capacité de travail] résiduelle retenue dans l'avis du 09.01.14, à savoir une aptitude au travail de 40% dans le cadre de l'AH [activité habituelle] depuis nov.12.

Notre réponse est la suivante: 1/ effectivement, on ne comprend pas très bien à l'étude des pièces médicales comment apparaît une IT durable au 01.09.11 et sur quels éléments cette date est retenue. Par contre, il est clair que l'assuré avait déjà depuis quelques mois un traitement immunosuppresseur lourd dont les effets secondaires sont bien connus (fatigue, fatigabilité, diabète, effets psychiques, troubles cognitifs..) et que effectivement, c'est plausible que l'assuré aurait travaillé vraisemblablement au-dessus de ses forces. Alors, c'est vrai qu'il a pu tenir vraisemblablement un certain temps, et puis qu'au 11.01.12, il a dû passer à 50%, sans doute épuisé et à bout.

2/ concernant le point 2, sur le poste de travail : force est de reconnaître que le poste occupé à l'époque dans cette banque était entier, et qu'on peut se demander comment l'assuré a pu tenir depuis 2005-06 avec son traitement dans ce poste en travaillant 12h/j, sous pression, avec des déplacements fréquents, et qu'il n'ait pas fait un accident de santé en complication de la LMC, voire une erreur professionnelle en raison de sa santé. L'assuré a bien été reclassé par sa direction au vu du poste stratégique (poste de sécurité), et que dès lors, on peut considérer sa CTAH comme nulle dès le 11.01.12 dans cette activité qui nécessite d'être à 100% de toutes ses capacités intellectuelles. Il faut considérer dès lors que le 50% était valable dans une AA [activité adaptée], puisqu'il a été replacé dans un poste subalterne, puis à 40% depuis le 29.11.12. D'ailleurs, l'assuré a été licencié après un accord conventionnel depuis. Il n'est pas impossible que la situation médicale s'aggrave dans le futur.

Au total, nous suivons ces avis, tels que formulés. Ils sont selon notre intime conviction justes et équilibrés."

Dans ses déterminations du 14 janvier 2015, le recourant soutient qu'au vu de l'avis SMR du 28 octobre 2014 ainsi que des éléments développés par lui-même dans ses écritures, il se justifierait que la Cour de céans annule la décision querellée et lui alloue ainsi qu'à ses enfants, une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2014 sans un renvoi du dossier de la cause à l'OAI étant précisé qu'il n'existerait aucun motif de procéder à une instruction complémentaire du cas. Le recourant est d'avis que les parties concordent tant sur le début de l'incapacité de travail que sur le degré du taux d'invalidité. S'agissant de ce dernier, il observe qu'une instruction n'a d'intérêt que si elle est déterminante quant au montant de la rente à allouer. A le suivre, une telle mesure serait nécessaire s'il était encore douteux que son taux d'invalidité soit égal ou supérieur à 70% ; or, dans la mesure où le SMR admet que seule une

activité adaptée (soit une activité de bureau ordinaire) est exigible à 40%, le recourant en déduit qu'il n'est pas douteux qu'il ne pourrait réaliser un revenu équivalent à 259'800 fr. en pareille activité, montant qui correspond au 30% de son revenu antérieur moyen (866'000 fr.) des cinq dernières années passées dans son activité stratégique.

Le 5 février 2015, l'intimé dit ne pas pouvoir suivre les dernières conclusions du recourant quant à l'admission de sa demande de rente entière sans qu'il ne soit procédé à un renvoi de la cause par le tribunal à son intention. Indiquant admettre la date du 11 janvier 2012 en tant que moment du début de l'incapacité de travail du recourant, l'OAI réitère les conclusions de sa duplique tendant à l'admission du recours dans le sens d'un renvoi de la cause à son administration et par conséquent, à l'annulation de la décision attaquée du 8 mai 2014. L'intimé est en effet d'avis que ledit renvoi est nécessaire pour que ses services puissent établir les revenus sans et avec invalidité et opèrent une comparaison de ces données en vue d'obtenir le préjudice économique subi.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux

peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La LPA-VD s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce dans sa décision du 8 mai 2014, suivant l'appréciation des médecins du SMR, l'OAI a considéré que le recourant présente une incapacité de travail sans interruption notable dès le 1^{er} septembre 2011. A l'échéance du délai légal d'attente, soit au 1^{er} septembre 2012, l'office a retenu une incapacité de travail de 50% de l'assuré en toute activité et a considéré que celui-ci présente également, dès cette date, un degré d'invalidité de 50% lui donnant droit à la demi-rente. Suite à une aggravation de son état de santé, le taux d'invalidité de l'assuré évolue à 60% (sur la base d'une incapacité de travail également de 60% dès le 29 [recte : 25] novembre 2012), ce qui lui ouvre droit à trois-quarts de rente dès le 1^{er} mars 2013 (soit trois mois après la péjoration de santé en question).

Z._____ a formé recours contre cette décision. Il conteste en premier lieu la date antérieure du 1^{er} septembre 2011 retenue par l'administration en tant que point de départ (ou *dies a quo*) de son incapacité de travail ; il soutient, preuves à l'appui, avoir travaillé normalement à 100% dans son ancien poste de directeur de banque jusqu'à la date de son arrêt de travail fixé à 50% au 11 janvier 2012 par son oncologue. Le recourant rediscute ensuite l'évaluation de son degré d'invalidité par l'intimé. S'il ne réfute pas présenter une incapacité de travail de 50% passant à 60% depuis la fin novembre 2012, Z._____ allègue que ces valeurs s'entendent dans l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé.

En résumé, le recourant conteste le taux d'invalidité de 60% lui ouvrant le droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} mars 2013, dans la mesure où il estime qu'il devrait pouvoir bénéficier d'une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2014, son préjudice économique étant, selon son appréciation de 92%, compte tenu d'un revenu sans invalidité qu'il évalue à 866'000 fr. et d'un revenu d'invalidité qu'il apprécie à 64'560 francs.

En l'occurrence, l'OAI a reconsidéré la décision litigieuse en proposant à la Cour de céans d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse du 8 mai 2014 et de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire. En substance, se ralliant à un nouvel avis des médecins du SMR du 28 octobre 2014, l'OAI a considéré la capacité de travail du recourant, à compter du 11 janvier 2012, dans son activité habituelle, comme nulle et de 50% dans une activité adaptée, soit une activité de bureau ordinaire telle que celle qui lui a été proposée par son ancien employeur. A compter du 29 novembre 2012, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 40%.

L'OAI ayant admis de fixer le début de l'incapacité de travail au 11 janvier 2012 et reconnu que la capacité de travail résiduelle de l'assuré s'entendait dans une activité adaptée, il reste à déterminer les revenus sans et avec invalidité ainsi que le préjudice économique et, à cet égard, si la présente cause est ou non en état d'être jugée ou si un renvoi

à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan économique se justifie.

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'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

b) Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 LAI).

4. a) L'article 17 LPGA prévoit que, 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).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a, voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

b) Selon l'art. 88a al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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.

5. Sur le plan économique, selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en

compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA ou, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

6. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19

novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire.

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise

judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, comme il l'admet lui-même, l'OAI était tenu de fixer le début de l'incapacité de travail du recourant au 11 janvier 2012 et de reconnaître que si depuis lors la capacité de travail résiduelle de celui-ci était nulle dans son activité professionnelle antérieure comme directeur de banque, elle restait toutefois de 50% puis de 40% dès le 29 (recte : 25) novembre 2012 dans une activité adaptée, telle celle de bureau ordinaire proposée en son temps. En considérant faussement que la capacité de travail résiduelle l'était dans l'activité habituelle, la décision attaquée ne détermine pas les revenus sans et avec invalidité et par conséquent ne comporte aucune comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide et celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré au sens de l'art. 16 LPGA (méthode de la comparaison des revenus).

Au vu des circonstances, l'instruction menée par l'intimé sur le plan économique est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. L'ensemble des données chiffrées alléguées par le recourant en cours de procédure reposent pour la plupart sur des pièces produites par ses propres soins. Contrairement à ce qu'il soutient, ces documents ne permettent toutefois pas de statuer en l'état sur son droit éventuel à une rente entière depuis le 1^{er} janvier 2014. Ces nouveaux éléments requièrent en premier lieu un examen minutieux et fouillé notamment quant à leur exactitude ainsi qu'à leur pertinence et leur applicabilité pour la comparaison des revenus à intervenir. Il est ici le lieu de rappeler que selon le principe inquisitoire, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Or, tel n'a manifestement pas été le cas en l'occurrence, l'OAI admettant lui-même que la décision entreprise repose

sur une instruction lacunaire de sa part. Cela étant, il se justifie d'annuler la décision du 8 mai 2014 et de renvoyer son dossier à l'intimé pour complément d'instruction sur les arguments développés en procédure judiciaire par le recourant. Il appartiendra ainsi à l'OAI de faire établir par ses services, le revenu hypothétique sans invalidité en fonction notamment de l'activité exercée antérieurement par l'assuré conformément à l'art. 25 al. 1 RAI et celui hypothétique avec invalidité puis déterminer le préjudice économique qui en résulte afin d'établir le taux d'invalidité du recourant et de rendre une nouvelle décision. Le recourant pourra ensuite se déterminer sur ce nouvel examen. Compte tenu de l'issue du litige, il ne se justifie pas de donner suite aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant au terme de sa réplique.

7. Le recours doit dès lors être partiellement admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan économique, puis nouvelle décision.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

a) 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. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens réduits, arrêtés à 2'000 fr. TVA comprise, à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 8 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens réduits.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Bruchez (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :