

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 septembre 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Röthenbacher et Brélaz Brillard, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; 16 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a déposé le 5 juin 2014 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Titulaire d'une licence en hautes études commerciales et d'un master en système d'information, il a travaillé dans la finance jusqu'au printemps 2012, puis a touché des indemnités de chômage. Il s'est retrouvé en totale incapacité de travail dès août 2013.

Dans un rapport médical du 17 juin 2014, la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecine interne générale, a indiqué que l'assuré souffrait depuis environ 2007 de troubles du sommeil, de fatigue, de céphalées, de tachycardie et d'une hypertension artérielle dans le cadre d'un phéochromocytome de la glande surrénale gauche diagnostiqué en 2009 et opéré en 2010. Depuis cette intervention, sa pression artérielle s'était normalisée, mais il avait continué à souffrir de sudations, de trouble du sommeil, de sensation de tête floue, de céphalées, de fatigue intense, d'épisodes de diarrhées et d'une perturbation majeure du sommeil. Malgré de multiples bilans depuis début 2011, aucun diagnostic précis n'avait pu être posé en relation avec ces symptômes. Son état de santé s'était altéré notablement au point qu'il avait dû arrêter ses activités professionnelles et passer la majorité de son temps au lit sans pouvoir mener de vie sociale normale. La Dre X.\_\_\_\_\_ estimait que l'incapacité de travail était totale, depuis probablement début 2013.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué chez l'assuré une forme d'hypersomnie et un syndrome modéré d'apnées obstructives du sommeil (rapport médical du 26 mai 2014), pour lequel un traitement a été instauré avec succès (rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2015).

Courant 2014, l'assuré a en outre présenté une vasculite rétinienne périphérique aux deux yeux selon le rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ du 17 juin 2014.

Sur le plan psychique, la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de troubles de l'humeur persistants (F34.9), trouble mental associé à une maladie somatique (F54), et le diagnostic différentiel de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe sous la forme d'une maladie (F62.1 et F62.8) (cf. rapports des 4 juillet 2014, 20 janvier et 23 mai 2015). Elle a exposé que l'assuré avait fait deux tentatives de suicide en 2013, qu'il avait eu recours à une utilisation d'alcool et de cocaïne, actuellement en rémission (F10 et F14.1), et estimait qu'il était en totale incapacité de travail depuis juin 2014 à tout le moins.

Dans un rapport médical établi le 15 octobre 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, infectiologie et allergologie et immunologie clinique, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome d'hypersomnie idiopathique, de troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique (F33.11) et d'utilisation d'alcool et de cocaïne nocive pour la santé (F10.1 et F14.1). Il a également retenu comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail une suspicion de maladie de Wegener localisée (rhinite) et un phéochromocytome de la glande surrénale gauche traité par surrénalectomie gauche le 17 novembre 2010.

Dans un nouveau rapport, rédigé le 10 mai 2016, la Dre B.\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution favorable de l'état psychique de l'assuré, qui permettait d'envisager une réinsertion professionnelle progressive.

Au cours d'un entretien avec un collaborateur du Service de réadaptation de l'OAI le 3 août 2016, l'assuré a indiqué avoir travaillé à plein temps durant plusieurs semaines jusqu'en février 2016, mais qu'il

avait ensuite été épuisé et travaillait désormais à 50 %, l'idéal étant selon lui un 40 %.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 12 janvier 2017, celui-ci a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature (F61.0), persistant depuis l'enfance, et de trouble dépressif récurrent bref (F38.10), existant depuis 2013. Il a également retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1). L'expert a conclu que la capacité de travail de l'assuré était de 70 % au plan psychique, tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée, après une période d'adaptation de six mois tenant compte du déconditionnement de l'assuré.

Le SMR a repris les conclusions de l'expertise dans son rapport du 6 février 2017, estimant que la capacité de travail de 70 % existait depuis juillet 2014, et retenant comme limitations fonctionnelles une labilité émotionnelle et une instabilité de l'humeur avec des épisodes dépressifs brefs de quelques jours, une diminution de la capacité de résistance au stress et un besoin augmenté de repos. Il a fixé le début de la longue maladie au 1<sup>er</sup> août 2013. Le médecin du SMR a encore précisé ce qui suit :

J'ai interrogé ce jour l'expert au sujet de sa remarque en bas de page 23, lorsqu'il préconise une activité professionnelle à un taux initial de 50 %. Il admet que cette indication pourrait être interprétée dans un sens qu'il n'a pas voulu donner. Cette proposition ne correspond pas à la capacité de travail exigible, mais à une suggestion de mise en place des mesures professionnelles, étant donné que l'assuré n'a plus travaillé depuis longtemps. L'expert a réaffirmé ce qu'il a mis à la fin du 2<sup>ème</sup> paragraphe à la page 23 : Depuis juillet 2014, il n'y a plus d'incapacité de travail supérieure à 30 %, autrement dit : Depuis juillet 2014 la capacité de travail exigible dans son métier et dans toute autre activité est de 70 %.

En vue d'aider l'assuré à se repositionner dans son domaine, l'OAI lui a accordé, par communication du 20 avril 2017, un reclassement professionnel sous la forme d'un bilan de carrière et d'un accompagnement individuel de coaching auprès de [...] du 26 avril au 31 octobre 2017. Il a ensuite effectué un stage à 70 % auprès de [...] début 2018, au cours duquel il a donné entière satisfaction et a été tout à fait apte à travailler à 70 % (rapport de coaching du 3 mai 2018).

Les décisions relatives aux indemnités journalières allouées pendant ces mesures ont été contestées par l'assuré auprès de la Cour de céans, qui a admis les deux premiers recours par arrêt du 27 février 2018 (AI 163/17 et AI 270/17 - 53/2018), fixant à 148'200 fr. le revenu déterminant pour le calcul des indemnités journalières, puis rayé du rôle les recours suivants par arrêt du 12 juin 2018 (AI 369/17+96/18+97/18 - 170/2018), l'OAI ayant reconsidéré ses décisions.

Par projet de décision du 7 août 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2014.

L'assuré a fait valoir ses objections par courrier de son mandataire du 11 septembre 2018. Il a produit deux rapports médicaux, l'un du 28 août 2018 dans lequel la Dre B.\_\_\_\_\_ émet des critiques à l'encontre du rapport d'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ et affirme que l'assuré est en totale incapacité de travail depuis le 24 janvier 2014, l'autre établi le 18 juillet 2017 par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, concernant la période de 2010 à 2012.

Par courrier du 12 décembre 2018, l'OAI a répondu aux arguments de l'assuré et maintenu sa position.

Par décisions des 3 et 28 janvier 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2014.

**B.** Par actes de son mandataire des 22 janvier et 6 février 2019, C.\_\_\_\_\_ a recouru contre les décisions des 3 et 28 janvier 2019 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et à ce que l'OAI soit condamné à lui verser 500 fr. pour le rapport de la Dre B.\_\_\_\_\_ du 28 août 2018, subsidiairement au renvoi du cas à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il a contesté le rapport d'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ en faisant valoir que celui-ci ne respectait pas la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI) et en se référant aux critiques émises par la Dre B.\_\_\_\_\_. Il a considéré que son incapacité de travail remontait au 24 août 2010, comme attesté dans le rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_, et que ce n'est qu'en 2016 que la stabilisation progressive de son état de santé avait permis d'aborder un projet de réinsertion. Il était d'avis qu'une expertise pluridisciplinaire était indiquée, également pour déterminer son état de santé avant et après 2010. Il a estimé que la comparaison des gains devait se faire par rapport à son salaire de 2010, soit au début de l'incapacité de travail, et que seul un niveau de compétence 2 pouvait être retenu pour son revenu d'invalidité au vu de ses limitations fonctionnelles. Le fait qu'il devait travailler à l'abri du stress justifiait en outre selon lui un abattement de 25 %. Il a joint à son recours des rapports médicaux datant de 2010 à 2013.

Dans sa réponse du 25 mars 2019, l'OAI a maintenu sa position.

C.\_\_\_\_\_ en a fait de même le 29 avril 2019.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**c)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

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

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis

décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**b)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires

recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**5. a)** En l'occurrence, l'intimé a retenu, en se fondant sur les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, que le recourant disposait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité autorisant un maximum d'autonomie dans l'organisation du travail afin de lui permettre d'adapter la charge professionnelle aux fluctuations de l'humeur. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu de remettre en cause la valeur probante de cette expertise. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a en effet pris connaissance de l'ensemble du dossier médical du recourant, résumé au début de l'expertise, a recueilli une anamnèse particulièrement fouillée, que ce soit sur le plan médical, personnel, professionnel, affectif et social, et a tenu compte des plaintes exprimées par le recourant. L'expert a décrit de manière détaillée le status psychique du recourant, a fait réaliser des analyses médicales et a pris contact avec la Dre B.\_\_\_\_\_. Enfin, il a posé les diagnostics de manière convaincante sur la base d'une discussion motivée de la situation médicale.

Il retient ainsi l'existence d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature (F61.0), persistant depuis l'enfance. Il mentionne que les fluctuations de l'humeur du recourant s'inscrivent dans une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle et une instabilité de l'humeur, avec également semble-t-il des capacités d'anticipation réduites, ayant entraîné ses actes auto-agressifs. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ observe que les capacités d'introspection du recourant sont limitées et qu'il démontre une affectivité superficielle, ce qui l'empêche d'établir un lien entre les événements douloureux et son vécu subjectif. L'expert est ainsi frappé par les réponses stéréotypées données par le recourant ainsi que par la manière détachée et empreinte d'une certaine indifférence avec laquelle il décrit les événements ayant mené à ses

tentatives de suicide. Il constate que le mode de fonctionnement du recourant évoque des moyens de défense immatures, comme le déni, le clivage et l'idéalisation de son rôle professionnel. Il explique que le recourant a pu se stabiliser à travers l'identification avec sa performance professionnelle, puis, étant vulnérable pour des blessures narcissiques, il a subi un effondrement de cette identité en réaction à des déceptions amoureuses et professionnelles, entraînant des crises qui contrastent toutefois avec l'absence de lien émotionnel qu'il peut établir avec ces événements. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ relève que ce dysfonctionnement existe depuis l'enfance, lors de laquelle le recourant avait déjà réagi avec des comportements à risque, comme des gestes suicidaires.

S'agissant des plaintes du recourant relatives au manque d'énergie, à la fatigue et à un besoin de sommeil accru, le Dr Q.\_\_\_\_\_ constate qu'une partie d'entre elles avait pu s'expliquer, en 2014, par une vascularite rétinienne périphérique ainsi que des apnées du sommeil en lien avec une rhinite, et que les périodes de diminution d'énergie se sont de plus en plus espacées depuis l'été 2015. Le recourant expose que sa fatigue périodique entraîne une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi que des difficultés de concentration et d'attention. Cependant, l'expert précise que le recourant nie la persistance d'un abaissement manifeste de l'humeur et fait, au contraire, preuve d'une réactivité émotionnelle à des événements agréables. L'expert relève en outre que ces symptômes demeurent légers, expliquant que malgré une journée d'énergie diminuée le jour de l'examen, le recourant ne présente pas de réduction manifeste de sa capacité de concentration ou d'attention, ni de signes de fatigue après des efforts minimes. Tenant compte de la tendance du recourant à minimiser ses symptômes psychiques, le Dr Q.\_\_\_\_\_ conclut que la réduction périodique de l'énergie d'une durée d'une semaine au maximum s'inscrit, au vu des éléments anamnestiques et cliniques, dans le cadre d'épisodes dépressifs de courte durée.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionne que ces épisodes dépressifs courts se manifestent à la suite de fluctuations de l'humeur, ce qui pourrait évoquer un éventuel trouble bipolaire type II. L'expert relève toutefois que

les symptômes évoquant un tel trouble semblent s'expliquer par une cause organique dans la mesure où les périodes d'augmentation d'activité s'accompagnant d'un sentiment intense de bien-être ainsi que d'efficacité physique et psychique ont disparu après l'opération du phéochromocytome en novembre 2010. Il en conclut que ce diagnostic reste hypothétique et insuffisamment étayé pour être retenu.

L'expert note en outre une consommation périodique ou ponctuelle d'alcool et de cocaïne, qui s'inscrit dans le cadre du trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature, mais qui reste sans syndrome de dépendance.

**b)** De son côté, la Dre B.\_\_\_\_\_ retient comme diagnostics des troubles de l'humeur persistants (F34.9), un trouble mental associé à une maladie somatique (F54), une utilisation d'alcool et de cocaïne, actuellement en rémission (F10 et F14.1) et le diagnostic différentiel de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe sous la forme d'une maladie (F62.1 et F62.8), qu'elle met finalement au premier plan dans son rapport du 23 mai 2015. Dans son rapport du 28 août 2018, elle reproche au Dr Q.\_\_\_\_\_ de ne pas discuter les diagnostics qu'elle a retenus, ni certains éléments anamnestiques pourtant connus, comme les antécédents dyslexiques, suicidaires et de traitement psychiatrique. La Dre B.\_\_\_\_\_ est toutefois malvenue de reprocher au Dr Q.\_\_\_\_\_ de ne pas discuter les diagnostics qu'elle a retenus, alors qu'elle-même ne les motive pas dans ses rapports médicaux et qu'on ignore donc les motifs pour lesquels elle a posé précisément ces diagnostics plutôt que d'autres. Quoi qu'il en soit, il faut souligner que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu aux diagnostics susmentionnés en ayant connaissance de ceux retenus par la psychiatre traitante et qu'il a tenu compte des éléments anamnestiques qu'elle mentionne, y compris dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant (expertise p. 22). La psychiatre traitante reproche encore à l'expert de ne pas avoir tenu compte de divers autres éléments, tout en reconnaissant que ceux-ci sont mentionnés dans le rapport d'expertise. Il ne s'agit donc pas d'éléments

qui auraient été ignorés de l'expert, mais il faut au contraire constater que celui-ci en a fait une appréciation différente de celle de la Dre B.\_\_\_\_\_.

**c)** S'agissant de la capacité de travail, le Dr Q.\_\_\_\_\_ retient l'existence d'une décompensation psychique en été 2013, qui explique les deux tentatives de suicide, tout en précisant que celle-ci n'a pas nécessité de traitement stationnaire. L'évolution a ensuite été favorable sous traitement antidépresseur et le recourant a retrouvé une capacité de travail de 50 % à partir d'octobre 2013. Son état a continué à s'améliorer en été 2014, en parallèle d'une diminution des besoins de sommeil constatée par les médecins, notamment grâce à un traitement efficace de ses apnées du sommeil. Le recourant reprend alors des activités sociales, s'engage dans une nouvelle relation sentimentale et soutient sa mère au niveau administratif puis profite de plusieurs voyages depuis début 2015. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ estime dès lors que depuis juillet 2014, les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen montrent des symptômes affectifs légers qui ne justifient plus d'incapacité de travail au-dessus de 30 %. Il précise cependant que le recourant souffre encore d'une fragilité psychique avec des épisodes affectifs d'une durée de dix jours au maximum, entraînant une diminution de sa résistance au stress et un besoin augmenté de repos, par exemple sous forme de siestes de deux heures pendant la journée. Il explique que le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature du recourant est à l'origine d'une vulnérabilité narcissique et d'une tendance au surinvestissement professionnel dans le cadre d'une identification avec une image professionnelle idéalisée. Face à des déceptions et des situations vécues comme des rejets, il peut manifester des réactions abandonniques témoignant de la réduction de sa tolérance à la frustration. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ tient compte de ces limitations en préconisant une activité adaptée qui laisse au recourant un maximum d'autonomie dans l'organisation de son travail afin d'adapter sa charge professionnelle en fonction de ses fluctuations de l'humeur. Une telle activité devrait mettre en valeur ses compétences dans le domaine de la finance et de l'informatique afin de maintenir sa motivation, notamment face à des frustrations, à travers une certaine gratification narcissique. En parallèle,

sa tendance au surinvestissement professionnel peut être limitée par le fait de se voir attribuer des tâches clairement définies. Compte tenu du déconditionnement actuel du recourant, il préconise la reprise d'un tel travail dans le cadre de mesures professionnelles, par exemple lors d'un stage, et envisage une reprise à un taux initial de 50 % qui devrait être augmenté à 70 %, voire plus, au cours de six mois. Contacté par un médecin du SMR, l'expert précise cependant que la capacité de travail exigible est de 70 % depuis juillet 2014 (cf. avis SMR du 6 février 2017).

**d)** La Dre B. \_\_\_\_\_ fait quant à elle état d'une totale incapacité de travailler existant à tout le moins depuis le début de son suivi, le 24 janvier 2014. Son appréciation se trouve toutefois en contradiction avec l'anamnèse et l'évolution décrites par le Dr Q. \_\_\_\_\_, telles que relatées au considérant précédent et figurant en pages 22 et 23 du rapport d'expertise. L'expert expose de manière convaincante que la situation médicale du recourant, notamment sur plan du sommeil, a évolué favorablement à partir de l'été 2014 et qu'il a ainsi pu reprendre différentes activités. On peut à cet égard relever que le recourant a contacté l'intimé par téléphone le 3 octobre 2014 en vue de demander une mesure professionnelle, expliquant qu'il ne pouvait pas rester sans rien faire (cf. note d'entretien du 3 octobre 2014). De leur côté, dans leur avis du 30 juin 2015, les médecins du SMR se sont également étonnés de la totale incapacité de travail retenue par la psychiatre traitante au vu des éléments contenus dans son rapport médical du 23 mai 2015. En attestant, en 2018, une totale incapacité de travail continue depuis janvier 2014, la Dre B. \_\_\_\_\_ ne tient pas compte de son propre rapport du 10 mai 2016, dans lequel elle a fait savoir à l'intimé que la situation clinique de son patient était en train d'évoluer favorablement et sollicitait des mesures professionnelles. Elle y expose que le recourant est désireux et capable d'entreprendre des démarches en vue de la reprise d'une activité professionnelle, tout en insistant sur la nécessité d'une reprise progressive. Dans son rapport médical du 28 août 2018, la psychiatre traitante reconnaît d'ailleurs que le recourant a pu effectuer des petits jobs temporaires entre 2016 et 2017, mais estime que cela ne signifie pas qu'il soit capable de reprendre une activité aussi exigeante que celle qu'il

exerçait. L'intimé a toutefois, sur la base de l'expertise, reconnu au recourant une capacité de travail seulement partielle, à 70 %, étant précisé que ce dernier effectuait auparavant régulièrement des journées de travail supérieures à un plein temps. L'intimé a en outre conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles liées aux fluctuations d'humeur du recourant. A cet égard, contrairement à ce que soutient la psychiatre traitante, l'expert tient compte du trouble de la personnalité comme facteur de diminution de la capacité de travail puisqu'il reconnaît la persistance d'une fragilité psychique due au trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature et conclut de ce fait à une capacité de travail de 70 % et à la présence de limitations fonctionnelles. Finalement, la position de la psychiatre traitante contredit de manière flagrante le résultat des mesures d'ordre professionnel accordées au recourant, celui-ci ayant été à même d'effectuer un stage à 70 %, à satisfaction de son employeur et ayant ensuite entrepris des recherches d'emploi (cf. rapport de coaching du 3 mai 2018). Le fait que le poste proposé ne comportait pas de responsabilité et que les tâches qui incombaient au recourant n'étaient pas urgentes n'est par ailleurs pas déterminant puisque ce stage avait pour objectif d'évaluer la capacité du recourant à reprendre un travail à 70 % et qu'à l'issue de celui-ci, le recourant s'est déclaré désormais capable d'être confronté à un environnement stressant et compétitif (cf. rapport de coaching du 3 mai 2018).

Enfin, s'agissant du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 18 juillet 2017 produit dans le cadre de la procédure d'audition, il faut souligner que ce médecin n'a plus revu le recourant depuis le 10 décembre 2012, soit une date antérieure au dépôt de la demande de prestations et que, partant, il n'a aucune connaissance de l'évolution qu'a connue la situation médicale du recourant.

**e)** On ne saurait en outre remettre en cause l'expertise psychiatrique du seul fait qu'elle ne correspond pas aux lignes directrices prévalant en 2018 pour la rédaction des expertises, telles qu'elles figurent dans la CPAI. On peut tout d'abord relever que la version actuelle de la

CPAI, qui demande aux experts de répondre aux questions sans faire de renvoi, n'était pas encore en vigueur lorsque le mandat a été donné au Dr Q.\_\_\_\_\_. Quoiqu'il en soit, il faut constater que la partie « Synthèse et discussion » du rapport d'expertise apporte des réponses claires aux questions posées.

**f)** Même si la jurisprudence relative à l'application d'une grille d'indicateurs pour l'évaluation de la capacité de travail n'avait pas encore été étendue aux troubles psychiques au moment où l'expertise a été réalisée (cf. TF 8C\_841/2016 et 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017 publiés in ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418), force est de constater que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a tenu compte de ces différents indicateurs. Il a ainsi pris en considération le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte, a évoqué les effets d'un éventuel traitement et s'est référé à l'évolution des comorbidités physiques, plus particulièrement à l'amélioration des problèmes d'hypersomnie. Il a exposé de manière claire la structure de la personnalité du recourant, retenant l'existence d'une fragilité psychique avec des épisodes affectifs d'une durée de dix jours au maximum. Son analyse s'est par ailleurs basée sur la cohérence entre les troubles présentés et leur influence sur la vie quotidienne de l'assuré. La valeur probante du rapport d'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ doit ainsi également être confirmée au regard des nouveaux indicateurs.

**g)** Il n'y a pas lieu d'examiner, comme le requiert le recourant, si une incapacité de travail en raison de ses troubles psychiques actuels existait déjà en 2010. En effet, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande (TF 9C\_620/2012 précité consid. 2.4). Etant donné qu'en

l'occurrence le recourant a déposé sa demande de prestations le 5 juin 2014, le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI pouvait commencer à courir au plus tôt en hiver 2013, si bien que l'intimé n'avait aucune raison d'examiner l'existence d'une éventuelle incapacité de travail antérieure à cette date.

**h)** Sur le plan somatique, il ressort des rapports médicaux au dossier que si les troubles présentés par le recourant ont pu, par le passé, justifier une incapacité de travail, tel n'est plus le cas. Le phéochromocytome de la glande surrénale gauche a en effet pu être opéré et la situation est désormais stable (rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2014). Les problèmes ORL étaient jugés non invalidants (ibidem et rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 17 juin 2014) et les troubles du sommeil du recourant ont pu être traités à satisfaction, comme cela ressort du rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2015.

**i)** Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comme requis par le recourant. Le juge peut en effet renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, il est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**6. a)** C'est à juste titre que l'intimé a procédé à la comparaison des gains avec et sans invalidité du recourant par rapport à l'année 2014. C'est en effet l'année de l'ouverture éventuelle du droit à la rente qui doit être prise en compte pour le calcul du degré d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). Il n'y a pas lieu de se référer à l'année 2010 comme le prétend le recourant.

**b)** S'agissant du revenu sans invalidité, c'est à bon droit que l'intimé s'est basé sur le dernier salaire obtenu par le recourant dans le cadre d'une activité lucrative exercée à plein temps, soit celle exercée auprès de [...] SA. Comme déjà jugé dans l'arrêt de la Cour de céans du 27 février 2018 (AI 163/17 et AI 270/17 - 53/2018), ce sont avant tout des considérations d'avancement professionnel qui ont incité le recourant à quitter son emploi auprès de la société [...] pour prendre un poste dans la société [...] SA, étant précisé qu'il a continué à travailler à plein temps. Si le salaire de ce nouvel emploi était moins élevé, rien ne permet d'affirmer que cette différence était liée à des problèmes de santé (consid. 5 de cet arrêt). Il y a ainsi lieu de se référer au salaire mensuel de 12'500 fr. touché par le recourant en 2012. Ce montant doit être indexé à l'année 2014, en fonction de l'évolution des salaires nominaux pour les hommes (ATF 129 V 408), soit 0,8 % de 2012 à 2013 et 0,7 % de 2013 à 2014, de sorte qu'on obtient un revenu annuel sans invalidité de 152'258 fr. 40.

**c)** En ce qui concerne le revenu d'invalidé, le recourant estime que l'intimé aurait dû se fonder sur le niveau de compétence 2 au vu de ses limitations fonctionnelles et procéder à un abattement de 25 % du fait qu'il doit travailler à l'abri du stress.

**aa)** Depuis la dixième édition de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre

des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C\_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.1 et les références citées).

**bb)** Le recourant bénéficie de compétences élevées et d'une grande expérience professionnelle, y compris dans des postes à responsabilité, qui lui permettent à l'évidence d'exercer un emploi comportant des tâches exigeantes. Dans le rapport d'expertise, le Dr Q.\_\_\_\_\_ précise d'ailleurs que l'activité adaptée devrait mettre en valeur les compétences du recourant dans le domaine de la finance et de l'informatique afin de maintenir sa motivation. Le besoin de pouvoir organiser son travail avec un maximum d'autonomie et de se voir confier des tâches clairement définies n'empêche nullement le recourant de travailler dans un domaine complexe et exigeant. Ses limitations fonctionnelles ne s'opposent dès lors pas à retenir un niveau de compétence 4. En outre, le fait que l'intimé se soit référé à la branche économique « Activités de service administratif et de soutien » (lignes 77 à 82) de l'ESS 2014 n'est pas du tout critiquable.

Au surplus, il ne saurait être question de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé tel que requis par le recourant. Il faut en effet constater que la diminution de la capacité de travail a pour but de tenir compte de ses limitations fonctionnelles, si bien qu'elles n'ont pas à

être prises en compte une nouvelle fois dans le cadre de l'abattement (TF 9C\_537/2019 du 25 février 2020 consid. 4.2). Il ne se justifie pas non plus de procéder un abattement pour un autre motif, étant rappelé que le recourant est de nationalité suisse et était âgé de 44 ans en 2014.

Le revenu d'invalidé de 71'028 fr. 03 fixé par l'OAI peut donc être confirmé.

**d)** La comparaison des gains avec et sans invalidité, respectivement de 71'028 fr. 03 et 152'258 fr. 40, donne un taux d'invalidité de 53 %. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité.

**7. a)** Le recourant conclut à ce que l'intimé soit condamné à prendre en charge les frais relatifs à l'établissement du rapport médical de la Dre B. \_\_\_\_\_ du 28 août 2018, s'élevant à 500 francs.

**b)** Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

**c)** En l'occurrence, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire. Il a en effet fait réaliser une expertise psychiatrique auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_ afin d'établir la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Le rapport médical rédigé le 28 août 2018 par la Dre B. \_\_\_\_\_ ne constitue qu'une nouvelle appréciation médicale et n'a pas contribué de manière décisive à la

solution du litige, comme démontré ci-dessus (consid. 5). Il n'y a dès lors pas lieu de mettre les frais engendrés par la rédaction de ce rapport à la charge de l'intimé.

**8. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté.

**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 des 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. 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.** Les décisions rendues les 3 et 28 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de C.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour C. \_\_\_\_\_),
- 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 :