

VD_GERICHTE ZD14.034486 vom 31. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.034486

FR: VD_GERICHTE ZD14.034486 du 31 mars 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.034486 del 31 marzo 2015

Erwägungen

E. 27

août 2014, concluant au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du

E. 31

mars 2014 et à la constatation de son droit à des mesures de réinsertion, sous suite de renvoi de la cause à l'OAI pour mise en place de telles mesures. Il a relevé, contrairement à l'intimé, que son état de santé ne s'était pas amélioré dès janvier 2014 vu la persistance de l'incapacité totale de travail, attestée par le Dr B._____. Considérant que l'appréciation du Dr F._____ quant à une potentielle reprise du travail en janvier 2014 avait été mal interprétée par l'OAI, respectivement le SMR, il a souligné que l'expert n'avait envisagé une reprise d'activité à plein temps que sur le long terme dans le contexte d'une vulnérabilité certaine en cas de contacts sociaux soutenus. Il a au surplus fait valoir que l'appréciation du SMR du 26 février 2014 ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles pour se voir accorder quelque valeur probante. Il a en outre sollicité la mise en œuvre de mesures de réinsertion, les conditions légales de leur octroi s'avérant à son sens remplies au vu de l'incapacité de travail totale pour toutes activités perdurant bien au-delà du mois de janvier 2014. Il s'est prévalu notamment d'un rapport établi par le Dr B._____ en date du 22 juillet 2014, produit en annexe au mémoire de recours. Dans ce document, ce spécialiste a posé les diagnostics de « trouble anxieux avec phobie sociale et épisodes d'anxiété paroxystiques (F40.1) » et de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen sans somatisations (F33.10) ». Son rapport est au surplus notamment libellé en ces termes : « [...] Le patient présente toujours une phobie sociale mais il a bien appris à gérer les épisodes d'anxiété paroxystiques déclenchés par certaines expositions à un groupe de personnes. Il apprend à vivre avec son trouble anxieux, mais il va présenter de façon chronique une vulnérabilité au stress qui peut exacerber les symptômes

- 11 - d'anxiété déclenchés par les relations sociales. Actuellement, il demeure vulnérable aux expositions sociales mais a retrouvé sa capacité de travail lorsqu'il se trouve dans un contexte favorable avec une limitation des contacts sociaux qu'il ne peut gérer. Il est cependant parfaitement capable de travailler en équipe à condition qu'il puisse se sentir à l'aise dans le groupe. Malgré une prise en charge intensive, le caractère invalidant du trouble anxieux avec phobie sociale persiste et les symptômes résistent à la médication et aux différentes thérapies qui ont été sérieusement menées avec une bonne collaboration du patient, d'ailleurs plusieurs thérapeutes ont été impliqués dans le suivi mais il présente toujours des symptômes anxieux invalidants lors d'expositions sociales. [...] Capacité de travail : Actuellement, la capacité de travail de [l'assuré] dépend du contexte dans lequel il se trouve. Il est trop symptomatique pour pouvoir travailler à son ancien poste où il présentait des pics d'anxiété paroxystiques. Dans le cadre de son domicile, il est capable de travailler à 100% avec un rendement compatible avec l'économie privée mais il n'a aucun

revenu. Il lui est nécessaire d'occuper un poste dans lequel il puisse gérer, avec une autonomie suffisante, les contacts sociaux car dès qu'il se sent jugé il perd tous ses moyens et souffre d'un trouble anxieux qui devient invalidant. Il imagine par exemple pouvoir travailler comme éducateur ou maître socio- professionnel. Il est à noter que le patient est intelligent et bénéficie d'excellentes compétences professionnelles et est prêt à relever des défis au niveau professionnel. Il est malheureusement handicapé par sa phobie sociale qui limite ses options professionnelles. Rendement : Dans un contexte inadéquat, ce qui est pour lui un poste de travail dans lequel il se sent jugé par des collègues ou un chef, le rendement est nul. Il souffre en effet de l'ensemble des symptômes du trouble anxieux avec des pics d'angoisses paroxystiques décrits ci-dessus. Dans un contexte adapté où il ne souffre pas du trouble anxieux il n'y a pas de baisse du rendement. Limitations fonctionnelles : De même que pour le rendement, les limitations fonctionnelles dépendent étroitement de la situation dans laquelle se trouve le patient. En dehors d'une exposition le confrontant à une prestation sociale ou avec des interactions sociales, le patient n'a pas de limitations fonctionnelles. Pronostic : Le trouble anxieux avec phobie sociale est une vulnérabilité qu'il va présenter à vie. Le patient apprend à vivre avec ce trouble, la médication permet de limiter l'impact du trouble dans sa vie quotidienne. Concernant la capacité de travail, elle dépend intimement de la possibilité pour le patient de pouvoir occuper un poste de travail dans lequel il peut gérer et de limiter le cas échéant les contacts sociaux, en particulier avec des personnes pouvant le juger et cela en dépit de ses thérapies. Une mesure de réinsertion dans un cadre adéquat est nécessaire pour qu'il puisse retrouver sa capacité de travail, ce qui est également nécessaire pour son équilibre psychologique. [...] »

- 12 - Par réponse du 17 octobre 2014, l'intimé a préavisé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, relevant s'être basé sur les conclusions des Drs F._____ et G._____, vulgarisées par le SMR, lesquelles s'avéraient pour l'essentiel convergentes eu égard aux diagnostics retenus et au pronostic favorable d'un retour au travail de l'assuré. Quant à l'avis du Dr B._____, communiqué dans le rapport du 22 juillet 2014, l'OAI a observé que ce praticien s'écartait sans justification de l'appréciation du Dr F._____, tout en faisant état « pour la première fois » d'un diagnostic de « trouble dépressif », son avis ne remettant néanmoins pas en question le bien-fondé des conclusions des experts. S'agissant des mesures de réinsertion sollicitées par le recourant, l'intimé a souligné que leur octroi était exclu dans le cas d'un assuré doté d'une capacité de travail entière dans toutes activités. Le recourant a répliqué le 11 novembre 2014 et persisté dans ses précédentes conclusions, tout en faisant grief à l'intimé de ne pas avoir analysé attentivement son dossier. Il a réitéré notamment que le Dr F._____ n'avait pas précisément envisagé une capacité de travail totale dans l'activité habituelle dès janvier 2014, mais uniquement relaté un pronostic favorable sur le long terme. Ce praticien n'avait mentionné la date du 1er janvier 2014 en vue d'un retour à l'emploi que dans la mesure où l'assuré lui avait fait part de son projet de recours aux services de l'assurance-chômage. Quant au diagnostic de « trouble dépressif », le recourant a rappelé que celui-ci avait été posé précédemment, tandis que pour l'essentiel les diagnostics de son médecin psychiatre traitant et des experts se rejoignent. Il s'est au surplus référé au rapport communiqué par le Dr B._____ le 22 juillet 2014. Par duplique du 25 novembre 2014 et correspondance du 16 décembre 2014, l'intimé a persisté à conclure au rejet du recours, tandis que l'assuré a maintenu les termes de ses précédentes écritures le 8 décembre 2014. E n d r o i t :

- 13 - 1. 1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). 1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). In casu, le recours déposé le 27 août 2014 contre la décision de l'OAI du 1er juillet 2014 a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA sur renvoi de l'art 60 al. 2 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA. Il est donc recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. 2. Est litigieux in casu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2014, compte tenu de la persistance d'une

- 14 - incapacité de travail totale attestée par son psychiatre traitant. Singulièrement, le recourant conteste avoir vu son état de santé amélioré et être doté d'une capacité de travail entière pour toutes activités à compter du 1er janvier 2014. Il estime que l'appréciation de l'expert privé, le, Dr F. _____, a été mal interprétée par le SMR, dont les avis seraient dénués de toute force probante. En outre, le recourant requiert expressément l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle, que l'intimé a refusées en considérant que les conditions légales afférentes à la mise en place de telles mesures n'étaient pas réunies, ce à l'issue d'une correspondance adressée directement à l'assuré le 3 février 2014. 2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques

- 15 - tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été

contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.). 2.2 En l'espèce, l'objet du litige est circonscrit par la décision du 1er juillet 2014 se prononçant sur le droit à une rente limitée dans le temps, pour la période du 1er septembre 2013 au 31 mars 2014, en faveur du recourant. Il s'agira donc dans un premier temps de statuer sur le droit à la rente de l'assuré au-delà de la date précitée, singulièrement en déterminant si une amélioration de son état de santé est effectivement intervenue dès janvier 2014. Dans ce contexte, une étude des pièces médicales versées au dossier du recourant et de leur valeur probante aura lieu d'être effectuée. En second lieu, l'intimé a nié à l'assuré le droit à des mesures de réinsertion par simple correspondance du 3 février 2014, sans faire mention de ce refus dans sa décision du 1er juillet 2014. En dépit de ce défaut et dans la mesure où ladite décision constate une amélioration de l'état de santé du recourant de nature à exclure la réalisation des éléments constitutifs d'une invalidité et partant, le droit à toutes prestations, il conviendra également de statuer sur la question des mesures de réinsertion professionnelle, au demeurant derechef sollicitées par l'assuré au stade de la présente procédure. 3. 3.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

- 16 - En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). 3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic

- 17 - émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). 3.3 L'on ajoutera qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat

médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée). 4. 4.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

- 18 - disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 4.2 En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I

- 19 - 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont

suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). 5. In casu, il est incontesté que l'assuré ne présente aucun problème du registre somatique, mais qu'il souffre d'atteintes à la santé psychique, lesquelles se sont manifestées durablement depuis septembre 2012 dans le contexte spécifique d'une surcharge professionnelle. Dès lors, il a fait l'objet d'un suivi spécialisé assumé au sein du cabinet du Dr B. _____ dès janvier 2013, tout en ayant été soutenu en parallèle par le Dr C. _____, médecin généraliste traitant. Il a par ailleurs été expertisé à deux reprises, sur mandat délivré par la S. _____ SA, respectivement à titre privé, par les Drs G. _____ et F. _____. Les rapports corrélatifs, établis les 18 avril 2013 et 28 novembre 2013, s'avèrent pour l'essentiel convergents en termes de diagnostics de nature à influencer sur la capacité de travail du recourant et se complètent sur le plan de l'évolution de sa situation entre avril et novembre 2013. Au demeurant, ces deux rapports, d'excellente facture, remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous considérant 4.1 pour se voir accorder pleine valeur probante. S'agissant du rapport du Dr G. _____, ce dernier a procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif du recourant, sans manquer de détailler les éléments pertinents

- 20 - de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il a en particulier opéré une analyse complète des rapports des médecins traitants de l'assuré produits à l'attention de S. _____ SA et discuté l'ensemble des diagnostics évoqués dans le cas du recourant avant de communiquer ses conclusions. Ces dernières, étayées et exemptes de contradictions, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu de ses observations cliniques. Il en va de même du rapport du Dr F. _____ dont l'analyse et les considérations apparaissent claires et dûment motivées au regard des éléments objectifs consignés. Par ailleurs, l'on observe que le Dr F. _____ a expressément justifié la maintien d'une incapacité de travail au-delà des dates de reprise d'activité préconisées par le Dr G. _____, puisqu'il a été en mesure de se prononcer sur l'évolution temporelle effective de la situation. Sur le plan diagnostique, l'atteinte principale à la santé affectant l'assuré a été identifiée par les experts en tant que « trouble panique » pour le Dr G. _____ et « agoraphobie avec trouble panique » pour le Dr F. _____. Ce dernier a au surplus mentionné une « réaction dépressive prolongée », tandis que le Dr G. _____ a évoqué des « symptômes dépressifs réactionnels », ainsi que des traits de personnalité particuliers, sans impact en termes de capacité de travail (cf. rapport d'expertise du Dr F. _____ du 28 novembre 2013 p. 4 et 5 et rapport d'expertise du Dr G. _____ du 18 avril 2013 p. 7). Les deux experts font par ailleurs état d'un pronostic plutôt bon quant à la reprise relativement imminente d'une activité professionnelle. En particulier, si l'on peut concéder au recourant que le Dr F. _____ n'a pas expressément conclu à une capacité de travail entière dans toutes activités dès le 1er janvier 2014, mais plutôt estimé « un rendement de 100% sur le long terme », il n'en demeure pas moins qu'il s'est référé à l'inscription au chômage de l'assuré dès la date précitée et relevé la nécessité pour ce dernier de rechercher activement un

- 21 - employeur, sans évoquer de restrictions à cet égard, comme par exemple en préconisant un retour progressif au travail. En revanche, il a exclu une telle éventualité, un retour progressif n'étant plus possible, vraisemblablement vu le licenciement prononcé à l'encontre de l'assuré. Quoi qu'en dise le recourant, l'on ne voit en aucun cas que l'expert eût pris en compte sérieusement une incapacité de travail dès le 1er janvier 2014, se

trouvant à la date de ses examens cliniques réalisés les 22 octobre 2013 et 13 novembre 2013 parfaitement en mesure d'évaluer concrètement et précisément l'évolution de la situation à une échéance excédant à peine quelques semaines. Par ailleurs, si le recourant était vraiment convaincu de la persistance de son incapacité de travail au-delà du 1er janvier 2014 et de la mauvaise interprétation de l'expertise du Dr F. _____ par l'OAI, on s'étonnera qu'il n'eût pas sollicité le réexamen de son cas par le Dr F. _____ ou un complément de ce dernier, initialement mandaté par ses soins, dans l'optique de la présente procédure de recours. Partant, on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir suivi les conclusions du Dr F. _____, et par cet intermédiaire, les constats antérieurs du Dr G. _____. Reste à examiner si l'opinion divergente du Dr B. _____, telle que communiquée notamment par son rapport du 22 juillet 2014, est de nature à faire douter des conclusions des experts, singulièrement de celles du Dr F. _____. Or, force est de constater que le psychiatre traitant du recourant n'exclut en aucun cas la reprise d'une activité professionnelle, limitée à son sens uniquement par la vulnérabilité de l'assuré aux contacts sociaux. Cela étant, le Dr B. _____ admet que son patient a recouvré sa capacité de travail, certes pour autant qu'il se trouve dans un contexte professionnel

- 22 - favorable. Il le considère même, à la date de son rapport du 22 juillet 2014, comme « parfaitement capable de travailler en équipe à condition qu'il puisse se sentir à l'aise dans le groupe. » L'on rappellera d'ailleurs qu'au stade de la procédure administrative, le Dr B. _____ n'avait pas davantage exclu la reprise d'une activité professionnelle, puisqu'il envisageait, dans son rapport à l'intimé du 14 août 2013, l'exercice d'une activité indépendante ou un simple changement d'activité. Il apparaît dès lors pour le moins contradictoire de la part de ce spécialiste de prononcer en parallèle une incapacité de travail totale jusqu'à fin août 2014 (cf. pièces 20 à 24 du bordereau produit par le recourant), d'autant plus que l'ancienne activité, dans le cadre de laquelle était apparu l'état d'anxiété, avait pris fin avec effet au 30 septembre 2013. Par ailleurs, il apparaît, à la lecture des rapports du Dr B. _____, que dite incapacité de travail serait exclusivement liée à la situation professionnelle qu'a connue l'assuré auprès de la société T. _____ SA. Un tel constat impliquerait de considérer que son état de santé serait conditionné par des circonstances contextuelles étrangères à l'invalidité en soi et susceptible de s'amender dans toute autre activité. L'on ajoutera que le Dr B. _____, en sa qualité de psychiatre traitant depuis janvier 2013, n'a nullement discuté les appréciations de ses confrères experts, ni fait état des motifs qui le conduiraient à s'en écarter. En conséquence, contrairement à ce que soutient le recourant, l'opinion exprimée par son psychiatre traitant est insuffisamment étayée pour se voir accorder une valeur probante susceptible d'ébranler les conclusions des experts. Il s'agit en définitive de se rallier à la position de l'intimé en retenant les observations des Drs G. _____ et F. _____ et de considérer que l'assuré a effectivement rencontré une incapacité de travail totale dans toutes activités pour la période limitée s'étendant du 25 septembre 2012 au 31 décembre 2013.

- 23 - 6. 6.1 Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 6.2 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

- 24 - L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012]) stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 6.3 En l'occurrence, dans la mesure où le recourant a présenté une incapacité totale de travail pour toutes activités dès le 25 septembre 2012, sans interruption jusqu'au 31 décembre 2013, il peut prétendre une rente entière de l'AI, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, à l'échéance du délai de carence d'un an consacré par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit dès le mois de septembre 2013. Cela étant, c'est à bon droit que l'intimé a mis fin au versement de cette prestation avec effet au 31 mars 2014, compte tenu du recouvrement d'une capacité de travail totale dès le 1er janvier 2014, respectant ainsi le délai de trois mois imposé par l'art. 88a al. 1 RAI. 7. 7.1 Aux termes de l'art. 14a LAI (entré en vigueur le 1er janvier 2008). l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel.

- 25 - Se prononçant sur cette disposition dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies en plénum ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50% au moins non seulement dans sa profession (art. 6, 1ère phrase, LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6, 2ème phrase, LPGA ; ATF 137 V 1 consid. 7 ; TF 9C_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2). 7.2 En l'espèce, comme il a été démontré supra, il y a lieu de retenir que le recourant est capable d'exercer une activité professionnelle à 100%, y compris dans sa sphère de compétences habituelle. Il ne réalise dès lors pas la condition posée par l'art. 14a LAI afférente à une incapacité de travail d'au moins 50% quelle que soit l'activité considérée. Le droit à des

mesures de réinsertion préparant la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 14a LAI doit à l'évidence être nié à l'assuré, à l'instar de l'appréciation communiquée par l'intimé dans sa missive du 3 février 2014. 8. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 8.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 26 - In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant qui succombe, sont arrêtés à 400 francs. 8.2 Vu l'issue du recours, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

- 27 -

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