



Cour III
C-6999/2015

Arrêt du 7 juin 2018

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Bissegger, Daniel Stufetti, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Me Christian Favre,
L'Etude Gillon Perritaz Overney Favre & Cie,
Swiss Lawyers, Rue du Port Franc 17,
Case postale 960, 1001 Lausanne,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**

autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; rejet de la demande de prestations;
décision du 14 septembre 2015.

Faits :**A.**

Né le [...] 1964, célibataire et sans enfant, A._____ est un frontalier de nationalité française, domicilié en France (OAI VD doc 14 p. 1 et 2, doc 20 p. 2). Au bénéfice d'un diplôme universitaire en génie civil de l'Institut universitaire technologique de Z., obtenu en 1985 (OAI VD doc 15 p. 4), il a travaillé en dernier lieu, soit à compter du 1^{er} mars 2009, en tant que directeur des travaux pour l'entreprise B._____ SA à Y. (taux d'activité : 100%). Atteint d'un syndrome de Guillain-Barré diagnostiqué en juillet 2013, A._____ s'est trouvé en incapacité totale de travail du 11 juillet au 4 août 2013 ; dès le 5 août 2013, il a repris son activité à 40%, puis à 60% à partir du 27 novembre 2013. Son employeur a résilié le contrat qui les liait avec effet au 31 juillet 2014. A._____ a toutefois cessé son activité pour l'entreprise B._____ SA à la fin du mois de décembre 2014, au terme des travaux en cours, dont il avait la charge ; il n'a pas repris d'activité lucrative par la suite (OAI VD doc 1, doc 2 p. 3 à 6, doc 11, doc 31 p. 2 ; voir également extrait de compte individuel [OAI VD doc 9]).

B.

Le 25 mars 2014, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI VD), qui l'a reçue le 8 avril 2014 (OAI VD doc 1).

Dans ce cadre, ont été versés au dossier le questionnaire pour l'employeur, reçu le 7 mai 2014, et ses annexes (lettre de congé, bulletins de salaire annuel, document relatif à l'incapacité de travail de l'intéressé [OAI VD doc 11]), ainsi que, en particulier, les documents médicaux suivants :

- un rapport du 25 septembre 2013 du Dr C._____, neurologue au Centre hospitalier de X., où l'intéressé a été hospitalisé pour la prise en charge d'un syndrome de Guillain-Barré se manifestant par la survenance de paresthésies aux membres inférieurs et supérieurs ; devant l'évolution clinique favorable et l'amendement de la symptomatologie, l'intéressé a pu regagner son domicile le 19 août 2013 (recte : 19 juillet 2013) ; en septembre, en raison de la survenue de dysesthésies distales des membres inférieurs et supérieurs, un traitement de Lyrica 25 mg a été mis en place (OAI VD doc 17 p. 5 et 6),
- un rapport peu lisible, reçu le 28 février 2014 par D._____ Assurances SA et établi par le Dr E._____, médecin généraliste et traitant de l'intéressé ; le Dr E._____ pose également le diagnostic

de syndrome de Guillain-Barré et note que les paresthésies des membres inférieurs dont souffre l'intéressé gênent la conduite automobile et la concentration au travail ; en outre, l'intéressé doit éviter la position assise pendant plus d'une heure ; le médecin estime que la capacité de travail est actuellement de 60%, après une incapacité totale du 11 juillet au 4 août 2013, puis de 60% jusqu'au 26 novembre 2013 (OAI VD doc 2 p. 6 à 8),

- un rapport médical du Dr E. _____, adressé à l'OAI VD et daté du 16 mai 2014 ; le médecin indique que l'intéressé présente toujours des paresthésies des membres inférieurs ainsi que des mains par intermittence, et des difficultés de concentration ; il note que l'incapacité de travail de l'intéressé est de 40% depuis le 26 novembre 2013, dans la dernière activité exercée, sans amélioration prévue pour l'instant, en raison d'une asthénie, d'un manque de concentration et d'une intolérance au stress (OAI VD doc 17 p. 1 à 4),
- un rapport médical reçu par l'OAI VD le 2 juin 2014, établi par le Dr C. _____, lequel a examiné l'intéressé en dernier lieu le 8 novembre 2013 ; le Dr C. _____ constate que l'évolution clinique est favorable et que le pronostic est bon ; après une incapacité de travail médicalement attestée de 100% jusqu'au 19 août 2013, le médecin retient une capacité de travail de 80% pendant un mois, puis de 100% dès le début de l'année 2014, les seules limitations encore existantes au 8 novembre 2013 étant la position accroupie et à genoux, le port de charges et le fait de monter sur une échelle ou un échafaudage (OAI VD doc 16).

C.

Consulté dans le cadre de l'examen de la demande de prestations AI, le Dr F. _____, du Service Médical Régional AI (SMR), relevant dans son avis médical du 7 juillet 2014 (OAI VD doc 21) des divergences entre les conclusions du médecin traitant et celles du Dr C. _____, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise si la reprise du travail à 100% ne survenait pas dans les semaines qui suivent.

D.

Par communications du 11 août 2014 (OAI VD docs 25, 26), l'OAI VD a informé A. _____, d'une part, qu'une expertise médicale neurologique était nécessaire et mise en place, et, d'autre part, qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour l'instant, dans l'attente des conclusions de l'expertise, mais que toutefois, si l'instruction

du dossier devait démontrer que des mesures professionnelles étaient nécessaires, leur mise en œuvre serait examinée sans délai.

E.

L'expertise a été réalisée le 6 janvier 2015, à la demande de l'OAI VD (voir OAI VD doc 22 p. 3, doc 23), par le Dr G._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport d'expertise du 19 janvier 2015, l'expert retient le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après syndrome de Guillain-Barré en juillet 2013. Il constate que malgré les plaintes de l'expertisé quant à la persistance de troubles sensitifs au niveau des quatre extrémités, associés à un état de fatigue/déconditionnement intellectuel et physique, les éléments à disposition, subjectifs comme objectifs, suite à l'examen clinique et à une électroneuromyographie (ENMG), ne permettent pas de retenir l'existence d'une atteinte justifiant une incapacité de travail, même partielle, au-delà d'une période de trois mois suite à l'apparition aiguë des troubles en juillet 2013. Le Dr G._____ retient dès lors une incapacité de travail totale du 10 juillet au 5 août 2013, puis de 40% du 5 août à fin octobre 2013, avec une reprise médico-théorique à 100% depuis début novembre 2013, dans l'activité habituelle comme dans une activité de substitution. Il indique encore qu'en cas d'évolution ultérieure défavorable persistante, son expertise pourrait être complétée par un examen psychiatrique à la recherche d'un état dépressif latent ou d'une autre pathologie expliquant les difficultés rencontrées par l'expertisé (OAI VD doc 31).

F.

Dans son rapport du 11 février 2015 (OAI VD doc 35), le Dr F._____ a suivi les conclusions du Dr G._____, relevant en particulier qu'elles étaient bien étayées. Le médecin du SMR retient dès lors, comme atteinte principale à la santé, une maladie de Guillain-Barré, actuellement guérie, et une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité dès le 1^{er} novembre 2013.

G.

Par projet de décision du 5 mars 2015 (OAI VD doc 38), l'OAI VD a informé A._____ qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, au motif que son atteinte à la santé ne serait plus invalidante trois mois après l'apparition des troubles. La durée de l'incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente ne serait pas ouvert.

H.

Par écriture du 1^{er} avril 2015 (OAI VD doc 41), A._____ a contesté le projet de décision du 5 mars 2015. Il fait valoir que les éléments du projet de décision ne correspondent pas à la réalité et rappelle que son incapacité de travail a été de 100% du 10 juillet au 4 août 2013, puis de 60% du 5 août au 25 novembre 2013, puis de 40% du 26 novembre 2013 au 31 décembre 2014 ; il indique en outre que son incapacité est de 100%, depuis le 1^{er} janvier 2015.

Par courrier du 18 avril 2015 (OAI VD doc 46), l'intéressé a encore requis de l'OAI VD qu'il lui transmette le rapport d'expertise du 6 janvier 2015, ce qu'a fait l'OAI VD en date du 28 avril 2015, accordant à A._____ un délai au 21 mai 2015 pour adresser ses observations sur ladite expertise ainsi que toute autre pièce médicale utile à une nouvelle appréciation du cas (OAI VD doc 47).

Dans une écriture du 20 mai 2015 (OAI VD doc 49), l'intéressé a notamment critiqué l'aspect théorique de la situation retenue dans le rapport d'expertise et l'évaluation de sa capacité de travail selon des critères théoriques. A._____ souligne encore avoir tout fait pour conserver son travail, mais que depuis début 2015, il n'a plus d'emploi, son état de santé demeurant identique. Il ajoute, du point de vue psychique, être fragile et très anxieux quant à l'avenir. Il indique également qu'il est impératif, pour qu'il puisse trouver un nouvel emploi, qu'il acquiert des connaissances en informatique, d'où la nécessité de mesures d'accompagnement. Il joint à son écriture une copie des avis d'arrêt de travail émis par les Drs C._____ et E._____ depuis le 19 juillet 2013 jusqu'au 11 juin 2015 (OAI VD doc 50), un historique des avis d'arrêt de travail établi par lui-même (OAI VD doc 51) et un rapport du Dr E._____ du 20 février 2015 (OAI VD doc 52), lequel note que si cliniquement, la situation est stable, son patient présente un état anxio-dépressif manifeste, ayant nécessité la mise en place d'un traitement anxiolytique, puis antidépresseur, et justifiant une incapacité de travail de 100%.

I.

Suite à l'avis médical du SMR du 9 juin 2015 (Drs I._____ et J._____ [OAI VD doc 57]), le Dr E._____ a été réinterrogé sur l'état dépressif de son patient. Le médecin traitant a répondu le 19 juin 2015 que l'intéressé souffrait de phases d'asthénie, d'oppression thoracique et d'anxiété nocturne avec réveils, traitées par Paroxétine 20 mg, qu'il n'avait pas consulté de psychiatre et qu'une évolution favorable était envisageable, dépendante de l'avenir professionnel (OAI VD doc 58).

Dans un nouvel avis du 14 juillet 2015 (OAI VD doc 59), le SMR a considéré qu'il s'agissait a priori d'une problématique réactionnelle, anxieuse, sans signe patent dépressif, d'évolution favorable selon le médecin traitant, et a conclu qu'on ne pouvait retenir d'aggravation sous la forme d'une incapacité de travail durable.

J.

Par décision du 14 septembre 2015 (OAI VD doc 63 p. 4 et 5), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a confirmé le projet de décision du 5 mars 2015 et retenu une incapacité de travail totale du 10 juillet au 4 août 2013, puis de 60% du 5 août au 31 octobre 2013 ; dès le 1^{er} novembre 2013, l'intéressé aurait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité.

K.

Par acte du 30 octobre 2015 (TAF pce 1), A._____, par l'intermédiaire de son représentant, a formé recours contre la décision du 14 septembre 2015. Il conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelles instruction et décision ; subsidiairement, il conclut à ce que la décision du 14 septembre 2015 soit réformée en ce sens qu'il est mis au bénéfice de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle ; plus subsidiairement encore, il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 25 septembre 2014. En substance, après s'être prévalu d'un défaut de motivation de la décision litigieuse, le recourant critique le rapport d'expertise du Dr G._____, qu'il trouve insuffisamment motivé. Par ailleurs, aucun document médical au dossier ne viendrait soutenir l'hypothèse de l'expert. Le recourant considère en outre que l'autorité inférieure aurait dû instruire davantage le dossier quant à son état psychique, la situation médicale s'avérant insuffisamment claire. Enfin, le recourant estime pouvoir prétendre à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle.

L.

Dans sa réponse du 20 janvier 2016 (TAF pce 3), l'OAIE conclut au rejet du recours, se rapportant à la prise de position de l'OAI VD du 18 janvier 2016. Se référant au rapport d'expertise neurologique et aux avis du SMR, notamment des 11 février et 14 juillet 2015, l'OAI VD réaffirme que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail qui se serait prolongée au-delà d'un an et que des mesures professionnelles ne se justifient pas, la capacité de travail étant considérée comme entière depuis novembre 2013 dans une activité du genre de celle exercée auparavant.

M.

Par décision incidente du 27 janvier 2016 (TAF pce 4), notifiée au représentant du recourant le 29 janvier 2016 (TAF pce 5), le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à CHF 400.-, et a imparti au recourant un délai au 29 février 2016 pour verser cette avance de frais sur le compte du Tribunal et pour déposer une réplique suite à la réponse au recours de l'autorité inférieure. Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais requise dans le délai imparti (TAF pce 6), mais aucune détermination n'est parvenue au Tribunal (voir TAF pces 7 et 8).

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA [RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1, ATAF 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Selon l'art. 40 al. 2 RAI (RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par ce frontalier. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers, pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Il appartient toutefois à l'OAIE de notifier les décisions.

En vertu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32) en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est donc compétent pour connaître du présent recours.

1.3 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA).

1.4 Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.5 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, en particulier sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue et avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à de telles prestations.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

4.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'Al suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

5.

Dans son recours du 30 octobre 2015 (TAF pce 1 p. 4), le recourant se plaint d'un défaut de motivation de la décision du 14 septembre 2015. Il considère en effet que celle-ci n'est pas suffisante pour lui permettre de comprendre les motifs pour lesquels il n'aurait pas été tenu compte de ses observations à propos des conclusions de l'expert, dont il critique le fait qu'elles ont été rendues en janvier 2015 alors qu'elles concernent sa capacité de travail à fin octobre 2013, et à propos des mesures de réinsertion qu'il sollicitait. Il conclut en se réservant le droit de déposer un mémoire ampliatif à réception des déterminations de l'autorité inférieure. Bien que le recourant ne conclue pas dans ce sens, ceci revient à invoquer une violation du droit d'être entendu. Or, en raison du caractère formel de ce droit, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELLIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2^e éd., Berne 2006, n. 1346 ; ATF 134 V 97), il convient d'examiner ce grief en premier lieu.

5.1 Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (RS 101), le droit d'être entendu comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister. Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, en particulier par l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée), ainsi qu'en matière d'assurances sociales aux art. 42 LPGa (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGa (motivation des décisions sur opposition ; ATAF 2010/35 consid. 4.1).

S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 143 IV 40 consid. 3.4.3, ATF 124 V 180 consid. 1a ; ATAF 2012/24 consid. 3.2.1). Somme toute, l'étendue de l'obligation de motiver d'une autorité se détermine en fonction de la complexité de l'affaire. Dite autorité n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 142 II 154 consid. 4.2, ATF 141 V 557 consid. 3.2.1, ATF 126 I 97 consid. 2b ; BENOÎT BOVAY, op. cit., p. 363 ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.8.3).

5.2 En l'espèce, la motivation de la décision litigieuse du 14 septembre 2015 consiste à énoncer les bases légales concernant les échelons de rentes, l'évaluation de l'invalidité par comparaison des revenus et le fait qu'il n'existe une incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La motivation se poursuit en expliquant qu'en l'occurrence, selon les pièces médicales en possession de l'office AI et après examen du SMR, il est constaté que l'atteinte à la santé n'est plus invalidante trois mois après l'apparition des troubles, qu'une pleine capacité de travail est donc raisonnablement exigible dans toute activité et que, par conséquent, la durée de l'incapacité étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert. Si la motivation peut effectivement apparaître succincte, il convient toutefois de relever que la présente affaire n'est pas d'une grande complexité, s'agissant d'une première demande de prestations AI, dont le

dossier médical n'est pas de taille excessive et dont le rejet se fonde essentiellement sur une expertise neurologique, transmise au recourant par l'OAI VD dans le cadre de la procédure d'audition (courrier du 28 avril 2015 [OAI VD doc 47]), les autres rapports médicaux, au nombre de six, étant ceux de ses médecins traitants. Au demeurant, l'entier du dossier AI a été remis à l'intéressé par l'OAI VD, par courrier du 1^{er} juin 2015 (OAI VD doc 55).

Il appert ainsi au Tribunal que les éléments figurant dans la motivation de la décision litigieuse suffisent pour permettre au recourant de connaître les raisons pour lesquelles cette décision a été prise et par quels moyens il peut la contester. Ils constituent les arguments nécessaires, de nature à influencer de manière déterminante sur le contenu de la décision. Dans cette mesure, les motifs pour lesquels l'office AI n'aurait pas tenu compte des observations du recourant ne présentent pas une pertinence décisive pour la décision litigieuse, d'autant qu'ils découlent tant de la motivation exprimée dans la décision que du système propre à l'AI suisse. En particulier, on peut déduire du fait que la capacité de travail du recourant est considérée comme entière, dans toute activité, trois mois déjà après l'apparition des troubles que des mesures professionnelles ne se justifient pas. L'OAI VD l'a au demeurant clairement exposé dans sa prise de position du 18 janvier 2016 sur le recours (TAF pce 3). Quant à l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail d'une personne assurée, même pour une période antérieure au moment de l'expertise, c'est l'une des questions principales auxquelles tout expert doit répondre lors d'une expertise médicale, afin de permettre à l'office AI de déterminer le droit aux prestations (voir infra consid. 9.1 et 9.3.2).

5.3 Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut être considérée comme réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 129 I 129 et les références ; ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7^e éd., Zurich/St-Gall 2016, n. 1175 ss et les références). Il sied de noter au surplus qu'un renvoi de la cause à l'instance inférieure pour des motifs d'ordre formel peut être exclu, par économie de procédure, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est pas, notamment, dans l'intérêt de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6355/2009 du 4 mars 2010 consid. 4.3.1 ; ATAF 2012/24 consid. 3.4).

Il sied de relever à cet égard qu'ainsi que le sollicitait le recourant dans son recours, la possibilité lui a été offerte en procédure de recours de s'exprimer sur les déterminations de l'autorité inférieure et de déposer un mémoire ampliatif (décision incidente du 27 janvier 2016 [TAF pce 4]), possibilité que le recourant n'a toutefois pas saisie. Dès lors, si tant est que le recourant s'est effectivement prévalu d'une violation du droit d'être entendu et s'il fallait admettre qu'il l'a fait à juste titre, il conviendrait de considérer que le vice invoqué est réparé en l'espèce et de renoncer au renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure en raison de ce vice.

6.

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir extrait de compte individuel [OAI VD doc 9]) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations, eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

7.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 LPGA).

L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne

assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

8.

8.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne. L'AI n'est donc en principe pas tenue de couvrir une incapacité de gain passagère, non plus par ailleurs, une incapacité de gain consécutive à une maladie ou un accident. Ce sont là des tâches qui relèvent notamment de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021).

8.2 Aux termes de 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.

9.

9.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA et 12 PA), l'administration définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office ; elle est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.3).

Concrètement, s'agissant de l'instruction d'une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que lorsque les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI compétent réunit les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier concernant l'état de santé de la personne requérante, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à

être réadaptée ; des rapports, des renseignements ou encore des expertises peuvent être exigés ou effectués. En effet, pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre d'elle au vu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

9.2 Le juge des assurances sociales examine les preuves, également les preuves médicales, d'office et librement (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_633/2017 du 16 février 2018 consid. 4.3.4 et 8C_409/2017 du 21 mars 2018 consid. 4.3 ; voir supra consid. 3). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre.

9.3 Le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

9.3.1 A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2912).

9.3.2 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait s'en éloigner aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1), la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd).

9.3.3 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 susmentionnés. 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 et les références).

9.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich 2015, art. 42 n° 30 p. 561 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

10.

Il ressort du dossier que le recourant a été hospitalisé du 10 juillet au 19 août 2013 dans le service de cardiologie-neurologie du Centre hospitalier de X., où un syndrome de Guillain-Barré, forme sensitive pure, a été diagnostiqué (OAI VD doc 17 p. 5 et 6, doc 2 p. 6, doc 16). S'en est suivi une incapacité de travail, d'abord totale, puis partielle, qui a conduit le recourant à déposer, en mars 2014, une demande de prestations de l'AI (OAI VD doc 1). Le 14 septembre 2015, l'office AI, se fondant en particulier sur le rapport d'expertise neurologique du Dr G._____, établi à sa demande et dont les conclusions sont suivies par le SMR (rapport du 11 février 2015 [OAI VD doc 35]), a rendu une décision rejetant la demande de prestations AI au motif que dès le 1^{er} novembre 2013, le recourant présente une pleine capacité de travail dans toute activité et qu'en conséquence, la durée de son incapacité de travail est inférieure à une année, de sorte que le droit à une rente n'est pas ouvert (OAI VD doc 63 p. 4 et 5). Le recourant conteste cette décision et critique le rapport d'expertise neurologique, considérant qu'il ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquels il aurait recouvré une entière capacité de travail dès le 1^{er} novembre 2013 et s'étonnant qu'un médecin puisse se prononcer

sur l'état de santé prévalant avant la consultation, d'autant qu'aucun document médical au dossier ne viendrait soutenir cette hypothèse. L'intéressé fait valoir en outre qu'au vu des observations de l'expert neurologue et des constats du Dr E. _____, médecin traitant, quant à son état psychique, l'autorité inférieure aurait dû instruire davantage le dossier, la situation médicale n'étant pas suffisamment claire. Le recourant estime enfin pouvoir prétendre à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, car il ne pourrait plus exercer son métier d'ingénieur civil comme auparavant.

11.

11.1 Tout comme le SMR (voir OAI VD doc 35), le Tribunal est d'avis, à la lecture du rapport d'expertise du Dr G. _____ du 19 janvier 2015 (OAI VD doc 31), que celui-ci respecte toutes les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. Tout d'abord, l'expertise a été effectuée par un médecin spécialiste en neurologie, disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement du trouble dont est atteint l'intéressé. En outre, le rapport d'expertise tient compte des éléments et rapports médicaux figurant au dossier AI (OAI VD doc 31 p. 2 à 4), a été fait en connaissance d'une anamnèse complète, en particulier professionnelle et sociale (OAI VD doc 31 p. 1 et 2), prend en considération les plaintes et données subjectives, exprimées par l'expertisé (OAI VD doc 31 p. 5, p. 10), et se fonde sur des examens circonstanciés, soit un examen clinique neurologique, un ENMG et un examen myographique (OAI VD doc 31 p. 6 à 8). Finalement, il contient une appréciation détaillée du cas et des points litigieux (OAI VD doc 31 p. 9 à 11), de même qu'un diagnostic et des conclusions cohérents et clairement motivés, tant concernant les limitations en relation avec les troubles constatés que la capacité de travail du recourant et la réadaptation professionnelle (OAI VD doc 31 p. 9 pour le diagnostic, p. 11 et 12 pour la capacité de travail, p. 12 et 13 pour la réadaptation).

11.2 Ainsi, si le Dr G. _____ relève à plusieurs reprises les plaintes du recourant quant à la persistance de troubles sensitifs dans les quatre extrémités, associés à un état de fatigue, de manque d'endurance et de difficultés de concentration, plaintes que l'expert indique prendre au sérieux, l'intéressé lui paraissant tout à fait collaborant, adéquat et sans excès (OAI VD doc 31 p. 9 en bas, 10 et 11), il explique cependant que les résultats des examens qu'il a pratiqués se trouvent dans les limites de la norme, ne révélant qu'une discrète atteinte séquellaire après maladie de Guillain-Barré.

Dans ce contexte, le Dr G. _____ rapporte, dans un premier temps, que l'examen clinique ne permet de retrouver qu'une discrète altération de la sensibilité superficielle et vibratoire, à la limite du significatif. Ainsi, les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées, sans faiblesse, ni instabilité significative ; la marche spontanée est normalement possible de même que la marche sur la pointe des pieds et sur les talons. Il en va de même des épreuves de coordination ; les épreuves des bras tendus et des jambes fléchies sont sans chute ; les mouvements rapides sont bien effectués, tant aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal et l'examen des membres ne montre aucune altération de la trophicité, de la force brute ou des réflexes tendineux. L'examen de la sensibilité révèle toutefois une possible discrète hypoesthésie tactile et douloureuse au niveau de la pulpe des doigts et une discrète hypopallesthésie aux quatre membres, mais pas d'altération nette de la sensibilité superficielle des membres inférieurs et une bonne préservation de la sensibilité posturale (OAI VD doc 31 p. 6 et 10).

Dans un deuxième temps, ayant complété son examen clinique par un ENMG, le neurologue indique que ce dernier examen est sans anomalie significative, révélant néanmoins quelques éléments compatibles avec un status après syndrome de Guillain-Barré sensitif, telles, par exemple, des valeurs de latence à la limite supérieure de la norme (OAI VD doc 31 p. 10).

Dans un troisième temps, l'expert signale que l'étude myographique est sans anomalie, en l'absence de signes d'atteinte neurogène périphérique dans les quatre muscles examinés, soit le court abducteur du pouce droit, le jambier antérieur droit, l'extenseur commun des orteils gauche et le jumeau interne droit, et que cela confirme le caractère purement sensitif et démyélinisant de l'atteinte (OAI VD doc 31 p. 8 et 10).

Sur cette base, le Dr G. _____ conclut que sur un plan neurologique, les anomalies mises en évidence par les examens pratiqués sont très discrètes, à la limite du significatif, et n'évoquent qu'un discret état séquellaire sans apporter d'éléments en direction d'une polyradiculonévrite chronique, même purement sensitive (OAI VD doc 31 p. 10). Procédant à une analyse complète du cas, l'expert s'interroge encore à propos des plaintes persistantes du recourant, celles-ci ne pouvant s'expliquer au niveau neurologique. Il expose ainsi, à cet égard, que le syndrome de Guillain-Barré peut s'accompagner d'un état de fatigue dans sa phase aiguë, mais que dans le cours ordinaire des choses, cet état de fatigue disparaît après quelques semaines, à moins que ne persistent des

altérations cliniques et électrophysiologiques importantes, ce qui n'est clairement pas le cas chez le recourant. Dès lors, pour le Dr G._____, l'origine des plaintes sous forme d'une fatigue, d'une fatigabilité et d'un manque d'endurance reste indéterminée (OAI VD p. 11). Il suggère dans ce cadre, si les plaintes de l'intéressé devaient perdurer, de procéder à un examen psychiatrique à la recherche d'une pathologie expliquant les difficultés rencontrées par le recourant.

11.3 Fort de ces constats, l'expert pose donc de façon convaincante le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après syndrome de Guillain-Barré en juillet 2013 (OAI VD doc 31 p. 9).

De même, s'agissant des limitations fonctionnelles, que le Dr G._____ distingue entre limitations physiques, psychiques et mentales, et sociales, le neurologue arrive à la conclusion qu'il n'existe pas d'atteinte significative représentant une limitation fonctionnelle, le recourant lui paraissant par ailleurs parfaitement adapté et de niveau socioprofessionnel supérieur (OAI VD doc 31 p. 11).

En conséquence, l'expert conclut que sur un plan neurologique, les discrètes anomalies mises en évidence étant non-invalidantes, les éléments à disposition ne lui permettent pas de retenir l'existence d'une affection justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail, même partielle, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une autre activité, au-delà d'une période de trois mois après l'apparition des troubles courant juillet 2013. Il précise que théoriquement, il n'y a pas à envisager d'autres activités que l'activité habituelle puisque la capacité de travail comme directeur de travaux est préservée, d'autres activités étant évidemment exigibles de l'intéressé, avec les mêmes incapacités de travail que pour l'activité habituelle. S'agissant de cette dernière, le neurologue indique que la capacité de travail du recourant étant entière, il n'y a pas lieu de rechercher des moyens de l'améliorer ; en particulier, il n'y a pas de mesures médicales ou de moyens auxiliaires susceptibles d'améliorer ou maintenir la pleine capacité de travail au poste habituel. Le Dr G._____ mentionne toutefois que d'un point de vue pratique, étant donné les plaintes du recourant, un aménagement du poste de travail dans le sens de moins de responsabilités et d'engagement permettrait à l'intéressé de mieux gérer son activité et de diminuer son état de stress. De même enfin, l'expert relève que si théoriquement, des mesures de réadaptation professionnelle peuvent être envisagées, elles n'ont pratiquement pas d'indication, puisque la capacité de travail du recourant est entière dans l'activité habituelle. Le neurologue retient dès lors une incapacité de travail

totale du 10 juillet au 5 août 2013, puis de 40% du 5 août à fin octobre 2013, avec une reprise médico-théorique à 100% depuis début novembre 2013, dans toute activité (OAI VD doc 31 p. 12 et 13).

11.4 Au vu de ce qui précède, de la cohérence et de la complétude du rapport d'expertise du Dr G._____, lequel a rempli sa tâche d'expert consciencieusement et dans le respect des critères jurisprudentiels, le Tribunal ne voit pas de motifs de s'en écarter. En particulier, il convient de relever que c'est la tâche des médecins, et notamment de l'expert, de porter un jugement sur l'état de santé, d'indiquer dans quelle mesure, et depuis quand, la personne concernée peut ou ne peut plus travailler et quelles activités on peut exiger d'elle, compte tenu de ses limitations (voir notamment supra consid. 9.1). L'évaluation de la capacité de travail que l'on attend de l'expert est une évaluation médico-théorique, dans la mesure où il s'agit pour l'expert interrogé d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné et de se prononcer, en usant de ses connaissances spéciales, sur la capacité de travail qu'il considère être exigible de l'intéressé, sur la base de ses observations au moment de l'expertise, mais également au vu des rapports médicaux au dossier, y compris antérieurs à la date de l'examen qu'il pratique (voir supra consid. 9.3.1 et 9.3.2).

12.

Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, le Tribunal constate, à la lecture du dossier, que si les autres documents médicaux versés aux actes ne viennent pas, en effet, confirmer précisément une pleine capacité de travail dès novembre 2013, ils ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr G._____, qui, au demeurant, en a tenu compte dans son rapport d'expertise. En effet, outre qu'ils n'ont pas, au contraire du rapport d'expertise neurologique, la qualité exigée par la jurisprudence en matière de valeur probante, certains de ces documents, ceux du Dr C._____ en particulier, ne diffèrent pas radicalement, dans leurs constats, de ceux du rapport d'expertise.

12.1 Ainsi, il ressort du rapport du 25 septembre 2013 établi par le Dr C._____, neurologue au Centre hospitalier de X., ayant suivi le recourant lors de son hospitalisation dès le 10 juillet 2013, qu'après une dizaine de jours de traitement, l'évolution clinique était favorable et la symptomatologie améliorée, de sorte que le recourant a pu regagner son domicile avec un traitement médicamenteux ; il a été revu par le Dr C._____ début septembre 2013, se plaignant de dysesthésies distales des membres, pour lesquelles un autre traitement sous forme de médicament lui a été prescrit (OAI VD doc 17 p. 5 et 6). On peut relever

que dans ce cadre, le Dr C._____ a prescrit un seul arrêt de travail, du 19 juillet 2013, date de la sortie de l'hôpital, au 3 août 2013 (OAI VD doc 50 p. 20). Puis, dans son second rapport, non daté et reçu par l'OAI VD le 2 juin 2014, le Dr C._____, indiquant qu'il a examiné le recourant le 8 novembre 2013 pour la dernière fois, note à nouveau que l'évolution clinique est favorable et le pronostic bon ; il rapporte qu'à cette date, les seules limitations encore existantes sont la position accroupie et à genoux, le port de charges et le fait de monter sur une échelle ou un échafaudage ; il ne retient en particulier aucune limitation de la capacité de concentration, d'adaptation ou de résistance (OAI VD doc 16 p. 4). Il conclut sur cette base, après une incapacité de travail médicalement attestée de 100% du 19 juillet au 19 août 2013, à une capacité de travail de 80% pendant un mois, puis de 100% dès le début de l'année 2014 (OAI VD doc 16). Il appert dès lors, ainsi que le relève le Dr G._____ dans son rapport d'expertise (OAI VD doc 31 p. 4), que le Dr C._____, également neurologue et disposant donc, comme l'expert, de la formation spécialisée nécessaire dans le cas d'espèce, considérait, au moment de son examen de novembre 2013, que la capacité de travail de l'intéressé était en voie de redevenir entière en ce qui concerne les suites du syndrome de Guillain-Barré, et qu'elle le serait dès le début de l'année 2014. Or, que l'on retienne l'existence d'une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} novembre 2013 ou à compter du 1^{er} janvier 2014, la durée de l'incapacité de travail du recourant s'avère toujours inférieure à une année, insuffisante pour ouvrir droit à une rente de l'AI. D'autant qu'à l'exception de la période allant du 19 juillet au 19 août 2013, suite à l'hospitalisation du recourant, le Dr C._____ n'a pas retenu d'incapacité supérieure à 20% au second semestre 2013.

La déclaration du recourant lorsqu'il critique les conclusions des Drs G._____ et C._____ en page 5 de son recours, selon laquelle, depuis l'examen du 8 novembre 2013, sa « situation neurologique [...] n'a plus été examinée par un spécialiste avant la consultation du 6 janvier 2015 », soit l'expertise neurologique, est également de nature à montrer que l'état de santé de l'intéressé, à tout le moins au niveau neurologique, s'était amélioré au point que les soins d'un spécialiste n'étaient plus nécessaires dès novembre 2013.

12.2 Les deux autres rapports médicaux au dossier, pertinents au niveau somatique et au regard de l'expertise, ont été établis par le Dr E._____, médecin généraliste.

Ainsi, dans un premier rapport, du 28 février 2014 (OAI VD doc 2 p. 6 à 8), le médecin traitant du recourant fait à nouveau état de paresthésies des membres inférieurs, qui gêneraient la conduite automobile et la concentration au travail ; en outre, l'intéressé devrait éviter la position assise pendant plus d'une heure. Dans un deuxième rapport, du 16 mai 2014 (OAI VD doc 1 à 4), le Dr E._____ note toujours la présence de paresthésies des membres inférieurs, ainsi que des mains par intermittence, mais c'est dorénavant une asthénie qui justifierait la réduction des horaires et la prolongation de l'incapacité de travail à 40%. Il ressort en outre de la dernière page du rapport (OAI VD doc 17 p. 4) que la position assise n'est plus restreinte et que seuls le sont encore les déplacements en véhicule et le port de charges, limité à des charges moyennes pour une durée réduite ; le médecin indique d'ailleurs que mises à part une capacité de concentration réduite et une résistance limitée, notamment au stress, pouvant affecter l'assiduité au travail, son patient n'est pas restreint dans ses activités. Force est de constater ainsi, à la lecture de ces rapports, une modification des limitations fonctionnelles dans le sens d'une amélioration, perceptible entre les deux rapports du Dr E._____ et entre ces rapports et celui du Dr C._____, établi sur la base de l'examen du 8 novembre 2013. Pourtant, le médecin traitant maintient une capacité de travail de 60% dès le 26 novembre 2013, après une incapacité totale du 11 juillet au 4 août 2013, puis de 60% jusqu'au 26 novembre 2013.

Il sied de relever également qu'au terme du deuxième rapport du Dr E._____, les propos de ce dernier se rapprochent de ceux du Dr G._____, puisqu'il fait état d'asthénie, de capacité de concentration réduite et d'une résistance limitée, tandis que l'expert rapporte les plaintes du recourant, sous forme d'une fatigue, d'une fatigabilité et d'un manque d'endurance. Or, là où le médecin traitant fait état de ces troubles comme de limitations qu'il aurait observées, ayant des répercussions sur la capacité de travail, l'expert, spécialiste en neurologie, expose, résultats d'examens à l'appui, que les plaintes de l'expertisé ne peuvent s'expliquer sur un plan neurologique et que dès lors, au niveau somatique, il n'existe pas de limitations de la capacité de travail ; il suggère toutefois, si les plaintes de l'intéressé devaient perdurer, de procéder à un examen psychiatrique à la recherche d'une pathologie expliquant les difficultés rencontrées par le recourant.

Par cette rigueur même, le rapport d'expertise du 19 janvier 2015 demeure bien plus convaincant que les deux rapports précités du Dr E._____.

lesquels s'avèrent par ailleurs succincts, peu motivés et peu lisibles, pour le premier d'entre eux du moins.

Il convient de rappeler au reste qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration, qui, de plus, remplit les critères jurisprudentiels, et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (voir supra consid. 9.3.3).

13.

13.1 Ce n'est d'ailleurs qu'après avoir eu connaissance du rapport d'expertise (voir OAI VD doc 47) que le recourant a fait état pour la première fois d'une atteinte éventuelle au niveau psychique (voir écriture du 20 mai 2015 [OAI VD doc 49]). Il a produit à cet égard un nouveau rapport du Dr E._____ du 20 février 2015 (OAI VD doc 52), qui se contente d'indiquer, sans plus de détails sur d'éventuelles limitations fonctionnelles ou d'explications quant à l'incapacité de travail retenue, que « si cliniquement, la situation est stable, [son patient] ne va pas bien psychologiquement, présente un état anxio-dépressif manifeste, ayant nécessité la mise sous traitement anxiolytique, puis antidépresseur [...], justifiant une incapacité de travail à 100% [...]. Le tout est probablement lié à cette longue période depuis juillet 2013 et surtout à la perte de son emploi ; d'après le patient, tout cela a été conflictuel et très pénible ». Sur la base de ce seul rapport sommaire du Dr E._____, ne contenant au demeurant aucun status détaillé, ni aucune indication quant à la sévérité de l'état dépressif, comme le relève le SMR dans son avis du 9 juin 2015 (OAI VD doc 57), ce dernier a tout de même entrepris d'interroger plus avant le médecin traitant, seul praticien à avoir fait état d'un éventuel trouble psychologique. Or, le Dr E._____ a répondu au SMR le 19 juin 2015, en quelques mots, que le recourant souffrait de phases d'asthénie, d'oppression thoracique et d'anxiété nocturne avec réveils, le tout traité par antidépresseur et sans consultation d'un psychiatre, une évolution favorable étant envisageable, dépendant de l'avenir professionnel (OAI VD doc 58). Au vu de ces éléments, le SMR a constaté qu'il s'agissait a priori d'une problématique réactionnelle, anxieuse, sans signe patent dépressif, et a conclu, devant la symptomatologie, qu'on ne pouvait retenir une aggravation sous la forme d'une incapacité de travail durable (avis du 14 juillet 2015 [OAI VD doc 59]).

13.2 A la lecture de ces documents, qui ne sauraient en aucun cas démontrer une incapacité de travail et encore moins une incapacité de 100%, tant ils sont succincts, établis, qui plus est, par un médecin qui n'est pas psychiatre, concernant des troubles pour lesquels une consultation chez un spécialiste n'a pas été jugée nécessaire et pour lesquels une évolution favorable est envisageable, le Tribunal ne peut que suivre le SMR, dont l'avis du 14 juillet 2015 est tout à fait convaincant. La Cour considère par ailleurs que l'autorité inférieure, en questionnant le Dr E. _____ suite à son rapport du 20 février 2015, a entrepris toutes les mesures d'instruction qui s'imposaient pour éclaircir l'état du recourant au niveau psychique, compte tenu des éléments à sa disposition, à savoir les allégations du recourant lui-même et les quelques informations de son médecin traitant contenues dans son rapport du 20 février 2015, et en l'absence notamment d'un psychiatre traitant. En outre, ces éléments ne justifiaient en aucun cas la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par l'administration (voir notamment supra consid. 9.4). Il sied d'ajouter enfin que les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGa) et qu'il appartenait donc également au recourant de produire pendant la procédure un rapport d'un médecin psychiatre à même de fonder ses allégations (voir supra consid. 3).

Le Tribunal parvient aux mêmes conclusions au regard de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles psychiques, en particulier de dépressions légères à moyennes (voir notamment ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418). Dorénavant, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique 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 du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art. La question déterminante est donc de savoir, comme pour les autres maladies, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante, ce que les rapports précités du Dr E. _____ ne permettent pas. Ainsi, en particulier, aucun diagnostic n'a été posé selon les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3), il n'est fait état d'aucune limitation fonctionnelle en lien avec des troubles psychiques et le médecin traitant n'a pas montré qu'on ne pouvait plus raisonnablement exiger du recourant qu'il reprenne une activité professionnelle en raison d'une atteinte psychologique. Au contraire d'ailleurs, puisqu'il semble dire implicitement, dans ses réponses du 19 juin

2015, qu'une évolution favorable de l'état de santé dépend d'un avenir professionnel.

14.

Eu égard à ce qui précède et au regard des données médicales de qualité à disposition, lesquelles rendent superflu tout examen complémentaire, c'est à juste titre que le SMR (avis des 11 février et 14 juillet 2015 [OAI VD docs 35 et 59]) et l'autorité inférieure n'ont retenu, ni sur un plan somatique, ni au niveau psychique, d'incapacité de travail pendant une année au moins, une pleine capacité de travail dans toute activité étant exigible du recourant depuis le 1^{er} novembre 2013.

15.

Selon l'art. 14a al. 1 LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celle-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Le droit aux mesures de réinsertion ne naît donc pas avant le délai de six mois prévu à l'art. 14a LAI et pour autant que l'incapacité soit de 50% au moins. Le Tribunal fédéral considère d'ailleurs que le droit de l'assuré à des mesures de réinsertion suppose une incapacité de travail de 50% au moins non seulement dans sa profession ou son domaine d'activité (art. 6 1^{ère} phrase LPGGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phrase LPGGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.4 et la référence).

Or, il s'avère en l'espèce que le recourant présente une pleine capacité de travail dans toute activité à compter du mois de novembre 2013, soit un peu plus de trois mois après l'apparition de l'atteinte ayant provoqué l'incapacité de travail. On ne saurait donc lui accorder des mesures de réinsertion. Il y a lieu de relever encore, à cet égard, que par communication du 11 août 2014 (OAI VD doc 26), l'OAI VD a informé le recourant qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour l'instant, dans l'attente des conclusions de l'expertise neurologique, que son droit à d'éventuelles autres prestations était examiné, mais que toutefois, si l'instruction du dossier devait démontrer que des mesures professionnelles étaient nécessaires, leur mise en œuvre serait examinée sans délai. Alors que la possibilité lui était donnée de demander par écrit une décision sujette à recours en cas de désaccord avec cette communication, l'intéressé n'en a pas usé. Par la suite, le rapport d'expertise du 19 janvier 2015 a conclu à une pleine capacité de

travail à compter de novembre 2013, dans toute activité, de sorte que des mesures de réadaptation professionnelle ne se sont pas avérées indispensables, comme l'a d'ailleurs noté le Dr G. _____ (OAI VD doc 31 p. 12). Car l'une des conditions générales du droit aux mesures de réadaptation, parmi lesquelles figurent les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 8 al. 3 let. a^{bis} LAI), exige que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de la personne concernée, ce qui n'est pas le cas lorsque la capacité de travail est entière dans toute activité.

16.

Au vu de tout ce qui précède, c'est dès lors à bon droit que l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations déposée par l'intéressé. Partant, le recours doit être rejeté et la décision du 14 septembre 2015 confirmée.

17.

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 400.- (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Acte judiciaire)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :