

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2015

Composition : M. MERZ, président
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par Me Marc Mathey-Doret, avocat,
à Genève,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 LAI ; art. 88a et 88bis RAI.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1966, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien outilleur.

Il a été engagé à plein temps par contrat de durée indéterminée en qualité de « chef scan » dès septembre 1995 par la société T._____SA.

B. Après deux épisodes anxieux passagers, survenus en 2006 et 2009, il a été victime d'attaques de panique et d'angoisses à l'automne 2012. Son médecin généraliste traitant, le Dr C._____, consulté dans ce contexte, a prescrit un arrêt de travail complet dès le 25 septembre 2012.

Les conséquences financières de cette situation ont été prises en charge par S._____SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur.

Le Dr C._____ a fait parvenir un rapport médical à ladite assurance en date du 4 décembre 2012, retenant les diagnostics d'une « anxiété généralisée (F41.1) » et de « trouble panique (F41.0) ». Il a précisé que son patient n'était plus en mesure d'assurer son travail, de se déplacer dans les magasins ou de conduire son véhicule sur l'autoroute. Il se trouvait sujet à une « envie de fuir » et à des « crises d'angoisse », dans un contexte de surcharge professionnelle, alors qu'il ne pouvait « jamais décrocher de son travail ». Craignant une chronicisation de la problématique, ce praticien a ajouté que l'assuré avait néanmoins refusé de prendre des antidépresseurs ou de consulter un psychiatre.

C. L'assuré a complété un formulaire dans le but de requérir des prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 28 février 2013 sur incitation de S._____SA, laquelle l'a fait parvenir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé)

en _____ date _____ du
11 mars 2013. Etaient mentionnés au titre d'atteintes à la santé une
« dépression » et un « burn out ».

Le Dr C. _____ a adressé un rapport médical initial à l'OAI le
21 mars 2013, reprenant les diagnostics évoqués à l'attention de
S. _____ SA. Il a indiqué au surplus que l'assuré suivait désormais une
psychothérapie au sein du cabinet du Dr B. _____, spécialiste en
psychiatrie et psychothérapie, depuis janvier 2013. En outre, il a réitéré
que l'assuré n'avait plus été en mesure de faire face aux obligations
quotidiennes du fait de ses attaques de panique et de ses crises
d'angoisse dans le contexte d'une charge professionnelle trop importante.
Il a fait part d'un bon pronostic à moyen terme, « la durée de la période de
surcharge précédant l'épuisement de septembre 2012 [expliquant] la
longueur de la récupération », tandis que l'incapacité totale de travail se
poursuivait depuis le 25 septembre 2012.

Le 26 mars 2013, l'entreprise T. _____ SA a communiqué le
rapport de l'employeur à l'attention de l'OAI, signalant notamment que
l'assuré réalisait un revenu annuel de 101'053 fr. 50 (valeur 2013) dans le
poste de « chef scan » occupé à plein temps.

A la demande de S. _____ SA, l'assuré a été expertisé par le
Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu
son rapport le 18 avril 2013 à l'issue d'un examen clinique réalisé le
15 avril 2013. Après une anamnèse et des constats cliniques détaillés, il a
considéré que l'assuré souffrait depuis septembre 2012 d'un « trouble
panique (F41.0) » affectant sa capacité de travail. Une « personnalité avec
des traits émotionnellement immatures, dépendants et évitants
accentués » demeurerait en revanche sans incidence sur cette capacité.
L'expert a conclu au recouvrement possible d'une capacité de travail
partielle, graduellement augmentée, dans l'activité habituellement
exercée, à savoir à hauteur de 30% dès le 1^{er} juin 2013, 50% dès le 15 juin
2013 et 100% dès le 1^{er} septembre 2013. Il a également précisé ce qui
suit sur questions :

« [...] 5. AVEZ-VOUS DES REMARQUES A FORMULER CONCERNANT LES INVESTIGATIONS, LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC DE L'AFFECTION ACTUELLE ?

Parmi toutes les plaintes présentées actuellement par l'assuré, on trouve de nombreux symptômes qui justifient le diagnostic d'un trouble panique dans le sens d'une anxiété épisodique paroxystique selon les définitions de la CIM-10 qui est le système officiel de classification des maladies psychiatriques pour la plupart des pays européens, y compris la Suisse. [L'assuré] décrit de nombreuses crises de panique « classiques » qui se sont manifestées depuis la fin septembre 2012 avec des symptômes végétatifs concomitants et un grand comportement d'évitement qui s'est installé depuis lors. L'assuré souligne à plusieurs reprises que tous ses symptômes se sont manifestés sans aucune explication apparente. Il évoque une situation stressante au travail avec une certaine surcharge plus ou moins chronique. Il raconte avoir toujours travaillé avec beaucoup d'investissement et d'identification, faisant de nombreuses heures supplémentaires et restant tout le temps atteignable pour ses collègues, même le weekend, afin de donner des conseils et de résoudre des problèmes si nécessaire.

C'est un fait bien connu que le pronostic de la guérison d'un trouble panique dépend essentiellement également de la structure de la personnalité prémorbide, dans le sens où une personnalité avec des mécanismes de défense bien développés et efficaces, arrive mieux et plus vite à s'adapter à une nouvelle situation et à combler ainsi les symptômes psychiques.

Considérant la personnalité de [l'assuré], ses traits de la personnalité sont difficilement explorables lors d'un seul examen psychiatrique dans le cadre de cette expertise. Cependant ce premier contact confirme déjà clairement quelques traits d'une personnalité émotionnellement plutôt immature, avec des traits dépendants et évitants accentués. L'assuré confirme avoir toujours été une personne très fixée sur sa famille, s'investissant à fond dans son travail, exerçant encore dans son atelier privé le soir. Il se marie avec sa 1^{ère} amie après qu'elle soit tombée enceinte. Depuis lors, il est très attaché à son épouse qui pour l'instant reste tout le temps à ses côtés afin de le rassurer.

Cependant ces traits de la personnalité sont loin de remplir vraiment les critères d'un vrai trouble de la personnalité selon les critères de la CIM-10. L'assuré a pu entretenir des relations professionnelles et sociales stables et épanouies durant des années. Jusqu'à présent, il n'a jamais nécessité une prise en charge psychiatrique. Pourtant ce sont aussi ces traits émotionnellement immatures, dépendants et évitants accentués qui expliquent actuellement la capacité d'adaptation affaiblie chez cette personne et par conséquent la persistance de certains symptômes anxieux. Cette symptomatologie anxieuse domine clairement l'état psychique de l'assuré dès le début. Les quelques symptômes dépressifs sont plutôt à considérer comme réactionnels et ne justifient pas le diagnostic d'un vrai épisode dépressif selon le concept de la dépression majeure dans le sens d'une vraie psychose affective.

Suite à la prise en charge psychiatrique et à la médication psychotrope, la symptomatologie anxieuse de l'assuré s'est entretemps bien améliorée. Pourtant, considérant la persistance de certains symptômes et leur intensité, une reprise du travail à plein

temps n'est pas encore possible pour l'instant. Cependant, sous condition que l'assuré poursuive sa psychothérapie, une reprise progressive à partir du 1^{er} juin est exigible débutant à 30% avec une augmentation à 50% à partir du 15 juin 2013. Par la suite, une augmentation progressive durant 2 mois semble exigible. A partir du 1^{er} septembre 2013, la capacité de travail est à nouveau à considérer comme entière. Si nécessaire, une médication anxiolytique en réserve, par exemple sous la forme de Xanax ou de Temesta, est à recommander.

Le pronostic de moyen à long terme semble favorable considérant la bonne motivation de l'assuré à reprendre le travail et l'anamnèse psychiatrique vide. Les traits accentués de sa personnalité ainsi que la forte tendance à un surinvestissement dans le travail avec de la difficulté à mettre des limites sont à considérer comme des facteurs plutôt négatifs.

6. CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'EMPLOI ACTUEL DE CHEF SCAN AUPRES DE LA SOCIETE T. _____ SA A [...] ?

Considérant ce qui précède, la symptomatologie anxieuse de l'assuré est encore d'une telle intensité qu'une reprise de travail à plein temps n'est pas possible pour l'instant. Cependant, en poursuivant la prise en charge psychiatrique et la médication, une reprise progressive du travail est exigible à partir du 1^{er} juin 2013 à 30% avec une augmentation à 50% à partir du 15 juin 2013. Une augmentation par la suite est exigible à partir du 1^{er} septembre 2013, la capacité de travail est à nouveau à considérer comme entière dans l'emploi actuel ainsi que dans toutes les autres activités correspondant à l'âge et à la formation de l'assuré.

7. DANS L'ALTERNATIVE OÙ L'INCAPACITE DE TRAVAIL SERAIT TOUT OU PARTIELLEMENT DUE AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, EN CAS DE RESILIATION DES RAPPORTS DE TRAVAIL, DANS QUEL LAPS DE TEMPS PEUT-ON CONSIDERER QU'UNE CAPACITE DE TRAVAIL PARTIELLE OU TOTALE POURRAIT A NOUVEAU ETRE RECONNUE SUR LE MARCHE DU TRAVAIL ?

L'incapacité de travail actuelle n'est que très partiellement due aux conditions de travail au poste actuel. La capacité de travail sur le marché du travail est également à considérer à 30% à partir du 1^{er} juin 2013 au plus tard avec une augmentation progressive par la suite selon le schéma précisé au-dessus. [...] »

En date du 16 mai 2013, le Dr B. _____ a adressé un rapport médical à l'OAI, retenant les diagnostics de « phobie sociale (F40.1) », « difficultés liées à l'emploi (Z56) », « troubles anxieux sévères (F41.0) » et « attaques de panique ». Il a signalé au plan moteur une grande fatigue en dépit de la possible exécution de tâches quotidiennes et d'une évolution favorable. Sur le plan social, il a fait part d'une évolution lente, favorable s'agissant de la vie quotidienne, mais réservée en lien avec la

réinsertion en milieu professionnel, laquelle devrait être réévaluée ultérieurement.

Sollicité pour avis, le Dr D._____, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a souligné le 28 juin 2013 qu'une expertise psychiatrique avait été mise en œuvre par S.____SA et en a suggéré la production d'une copie au dossier de l'OAI.

Par décision de principe du 23 juillet 2013, l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables en l'état, la situation médicale de l'assuré ne se trouvant pas encore stabilisée.

Un second rapport médical a été requis auprès du Dr B._____, lequel a été transmis à l'OAI le 14 août 2013. Ce spécialiste a mis en exergue la « persistance des diagnostics de trouble anxieux avec phobie sociale et épisodes d'anxiété paroxystique », l'assuré n'ayant pas été en mesure de reprendre son activité lucrative en juin 2013. Il a mentionné que son patient envisageait éventuellement le développement d'une activité indépendante dans la télémaintenance, dans le service après-vente informatique ou électronique ou dans la réparation de machines, voire en qualité de paysagiste, suggérant une mesure de coaching à cette fin.

Dans l'intervalle, la société T.____SA a résilié le contrat de travail la liant à l'assuré avec effet au 30 septembre 2013.

Par avis médical du 8 novembre 2013, le Dr D._____ du SMR a observé qu'un reclassement professionnel n'était pas indiqué dans le cas d'un assuré doté d'une pleine capacité de travail et suggéré une nouvelle fois de solliciter un tirage de l'expertise psychiatrique réalisée sur mandat de S.____SA.

L'OAI a envisagé de nier le droit de l'assuré à un reclassement professionnel et à une rente d'invalidité à l'issue d'un projet de décision

du

12 novembre 2013, relevant qu'il avait recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle dès juin 2013.

D. L'assuré, assisté d'un conseil en la personne de Me Marc Mathey-Doret, a contesté ledit projet de décision par écriture du 12 décembre 2013, considérant que sa capacité de travail était demeurée nulle et que son droit à une rente se trouvait de ce fait effectivement ouvert. Il a produit, à titre de justificatif un rapport d'expertise privée, établi le 28 novembre 2013, par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Ce praticien, au terme de deux entretiens avec l'assuré et de l'étude de son dossier asséculo-logique, a retenu au titre de diagnostics une « réaction dépressive prolongée (F43.21) » et une « agoraphobie avec trouble panique (F40.01) ». Il a communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] Rappelons ici qu'il s'agit dans le cas de [l'assuré] d'un probable trouble psychique réactionnel à un état d'épuisement psychique. [L'assuré] ne présentait pas de psychopathologie avant cet épisode.

Le Docteur G. _____ concluait à une incapacité de travail complète au moment où il a vu l'expertisé (soit le 15 avril 2013).

De façon compréhensible, puisqu'il constatait une amélioration de l'état psychique de l'expertisé par rapport à septembre 2012, il a proposé un retour très progressif à la place de travail, et cela six semaines plus tard (30% dès le 1^{er} juin, 50% dès le 15 juin, 100% dès le 1^{er} septembre 2013, cf. page 8, point 6 de l'expertise G. _____).

Ce retour au travail est cependant considéré comme prématuré par les thérapeutes. L'attitude du Dr G. _____ peut néanmoins se comprendre, en avril 2013, chez cet expertisé qui dispose de passablement de ressources.

Relevons que le Dr G. _____ émet de cette façon un pronostic rapidement favorable.

Dans les faits, l'état de [l'assuré] n'a pas continué à s'améliorer comme prévu, mais il a mal supporté la pression mise sur lui dès fin mars 2013 à l'annonce de l'expertise et surtout dès mi-avril, après cette expertise. Expertise qui l'oblige à un retour sur la place de travail avant qu'il ne se sente prêt à le faire.

[L'assuré] s'est senti ainsi à nouveau acculé, comme au moment de sa décompensation de septembre 2012, et il a subi une dégradation de son état psychique.

Cette aggravation est rapportée dans les documents signés par ses thérapeutes. [...]

Après cette dégradation en été 2013, la situation est actuellement à nouveau en train de s'améliorer lentement. L'état psychique de [l'assuré] reste cependant fragile et il est vulnérable à tout obstacle ou complication à sa réinsertion sociale et professionnelle.

Ainsi, s'il y a bel et bien eu aggravation en été 2013 sur le plan symptomatique, le diagnostic significatif n'a pas changé depuis septembre 2012 jusqu'à maintenant, à savoir un *Trouble panique F41.0* (ou comme nous préférons, pour rendre compte de l'impossibilité de l'expertisé à se rendre seul dans les espaces publics, une *Agoraphobie avec trouble panique F40. 01*). [...]

Rappelons que l'expert-psychiatre G._____ avait bien admis une incapacité de travail complète, le 15 avril 2013, sans qu'il ne soit question d'aggravation.

Dès lors, il s'agit plutôt d'un statu quo sur le plan de la capacité de travail dès le 1^{er} juin 2013, que d'une diminution de la capacité de travail, par rapport à la période de l'examen d'expertise le 15 avril 2013.

Conclusion :

Fondamentalement, nous sommes en accord avec l'expertise G._____ qui ne décrit pas de psychopathologie structurale chez [l'assuré].

Toutefois, nous ne retenons pas des traits de personnalité immatures, dépendants et évitants chez cette personne qui a bien fonctionné et qui a mené une vie sociale adéquate jusqu'à son effondrement en septembre 2012.

Il s'agit d'un partage des tâches dans le couple si c'est sa femme qui s'occupe de la gestion administrative de la famille et non pas d'une incapacité de sa part.

Le caractère dépendant et évitant qu'on peut constater depuis septembre 2012 est lié au trouble psychique actuel, qui est réactionnel et devrait être passager.

La psychopathologie en cours devrait donc se corriger. Souvent, les personnes touchées par un tel effondrement ne retrouvent cependant pas l'entier de leur dynamisme après cette cassure. A long terme, [l'assuré] devrait néanmoins pouvoir travailler avec un rendement de 100%.

Pour notre part, nous estimons que la capacité de travail de [l'assuré] est actuellement de 0% dans toute activité. Cette incapacité de travail complète se poursuit selon notre évaluation jusqu'au 31 décembre 2013.

Les activités et prospections que [l'assuré] effectue doivent être considérées comme des activités thérapeutiques et non pas des activités lucratives.

A notre avis, [l'assuré] a manqué une possible réintégration à son ancienne place de travail dans la mesure où il n'était pas prêt à un tel retour en été 2013.

Actuellement, il a besoin de se chercher un nouvel employeur et doit pouvoir se présenter en pleine possession de ses moyens. Un retour progressif au travail n'est plus envisageable. [L'assuré] compte s'inscrire au chômage dès le 1^{er} janvier 2014. [...] »

Le Dr D._____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr F._____ dans un avis du 8 janvier 2014, concédant dès lors que l'assuré

avait présenté une incapacité de travail totale pour toutes activités du 25 septembre 2012 au 31 décembre 2013.

Partant, l'OAI a élaboré un second projet de décision le 20 janvier 2014, annulant et remplaçant celui du 12 novembre 2013, par lequel il a prévu l'octroi d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100%, pour la période limitée s'étendant de septembre 2013 à mars 2014, compte tenu du recouvrement d'une capacité totale de travail dans toutes activités dès le 1^{er} janvier 2014.

E. Par écriture du 13 février 2014, l'assuré a derechef contesté ce projet en observant que sa capacité de travail n'était en l'état pas entière, ainsi qu'en attestaient les certificats établis par son psychiatre traitant, le Dr B._____, joints en annexe (cf. certificats des 24 janvier 2014 et 3 février 2014).

En particulier, dans une correspondance du 9 février 2014, ce praticien a communiqué son évaluation de la situation en ces termes :

« [...] Cependant, il présente toujours des symptômes invalidants et bien que le patient désire retrouver une activité professionnelle dès que possible, un absentéisme pour raison médicale est à craindre en rapport avec une exacerbation de son trouble anxieux avec épisodes d'anxiété paroxystiques lors de prestations sociales. Il souffre notamment d'une phobie sociale sévère qui lui permet de travailler à son domicile mais dès qu'il doit affronter une situation dans laquelle il est confronté à des personnes le trouble anxieux devient rapidement invalidant et il adopte un comportement de retrait et d'évitement après une ou deux heures déjà avec une forte souffrance psychologique et un état d'épuisement persistant le reste de la journée.

Dans ce contexte, il me semble nécessaire qu'il puisse bénéficier d'une mesure de réinsertion professionnelle avec exposition progressive aux relations sociales. [...] »

Le SMR, sous la plume du Dr D._____, a maintenu sa précédente appréciation par avis médical du 26 février 2014. Par courrier du 10 mars 2014, l'OAI a dès lors informé l'assuré du maintien de sa position en dépit des éléments fournis le 13 février 2014.

En date du 1^{er} juillet 2014, l'OAI a rendu sa décision, conforme au projet de décision du 20 janvier 2014 et incluant les montants des prestations sous forme de rente allouées du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014 limitativement.

F. L'assuré, assisté de son conseil, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 27 août 2014, concluant au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 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

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 limitations 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 échéants les contacts sociaux, en particulier avec des personnes pouvant le juger et cela en dépit des 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. [...] »

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 1^{er} 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 rejoignaient. 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 :

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 1^{er} 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

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 1^{er} 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

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 1^{er} juillet 2014 se prononçant sur le droit à une rente limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} 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 1^{er} 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).

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

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

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

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

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 1^{er} 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

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 1^{er} 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 1^{er} 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

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.

6.

6.1 Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} 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).

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

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, 1^{ère} phrase, LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} 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).

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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision, rendue le 1^{er} juillet 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Marc Mathey-Doret, à Genève (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :