

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Valérie Maurer, avocate à Lonay.

et

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

Art. 43 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, originaire du G._____, est arrivé en Suisse durant l'année 1991. Il bénéficie d'un permis C. Sans formation, l'assuré a travaillé dans la restauration dans un premier temps avant d'être employé par D._____ S.A. en qualité d'agent d'entretien depuis le 30 juillet 2001.

En 2014, l'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale pour une hernie ombilicale qui le gênait depuis un certain temps. Il n'a alors pas formulé d'autre plainte. Le médecin traitant a soupçonné une insuffisance cardiaque et a adressé son patient au Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, après l'avoir mis en incapacité de travail à 100 % depuis le 21 janvier 2014 (rapport du 21 janvier 2014 du Dr F._____).

Le Dr C._____ a confirmé le diagnostic d'insuffisance cardiaque sur la base de son examen et d'une échocardiographie effectuée le 22 janvier 2014 qui a mis en évidence un ventricule gauche dilaté avec une dysfonction ventriculaire gauche globale, importante, avec une fraction d'éjection du ventricule gauche à 30 %. Le 29 janvier 2014, une ergométrie sur bicyclette met en évidence une maladie coronarienne significative sous-jacente chez l'assuré et une faible capacité fonctionnelle (rapport du 29 janvier 2014 du Dr C._____).

Le cas a été pris en charge dès le 11 février 2014 par B._____ SA (ci-après : la B._____ SA), assureur perte de gain en cas de maladie de D._____ S.A..

Le 19 février 2014, l'assuré a bénéficié d'une cure de la hernie ombilicale pratiquée par le Dr E._____, spécialiste en chirurgie, avec évolution favorable.

Une coronarographie, effectuée le 27 mars 2014 auprès du Service de cardiologie du Centre hospitalier H. _____ (ci-après : le Centre hospitalier H. _____), a confirmé une insuffisance cardiaque d'étiologie indéterminée avec fraction d'éjection du ventricule gauche à 30 % et une dysfonction systolique dudit ventricule gauche importante. L'examen a aussi montré une maladie coronarienne bitronculaire avec des sténoses sur les artères coronaires (cf. rapport de la Dresse J. _____, alors médecin-assistante, du 28 mars 2014).

En raison de l'incapacité de travail prolongée de l'assuré et en date du 23 avril 2014, la B. _____ SA a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce de l'AI.

Dans un rapport du 25 avril 2014 adressé au Dr C. _____, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique et en chirurgie vasculaire au Service de chirurgie cardiaque du Centre hospitalier H. _____, a exposé que l'assuré souffrait d'une maladie coronarienne et qu'une intervention à cœur ouvert visant la revascularisation de son myocarde était planifiée pour le mois de mai 2014. L'assuré a bénéficié d'un mono-pontage aortocoronarien avec dérivation de l'artère mammaire interne gauche sur l'artère interventriculaire antérieure, pratiqué le 22 mai 2014 par le Dr K. _____ (rapport du 14 juillet 2014 du Dr C. _____ adressé au Dr F. _____). Dans le rapport précité, le cardiologue traitant a constaté une évolution favorable de l'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique du ventricule gauche modérée multifactorielle, après un traitement médicamenteux et chirurgical approprié. Il a indiqué avoir simplifié le traitement médicamenteux, proposant un nouveau bilan biologique large, incluant le facteur natriurétique de type B, afin d'optimiser le traitement de l'insuffisance cardiaque en fonction, et envisageant une angioplastie percutanée complémentaire.

Dans l'intervalle, dans son rapport initial du 15 mai 2014, l'OAI a relevé une plainte concernant le traitement antihypertenseur instauré

récemment par le cardiologue qui provoquait des effets secondaires qui angoissaient l'assuré.

Le 2 juin 2014, l'assuré a remis à l'OAI une demande de prestations, indiquant que l'atteinte à la santé concernait une hernie ombilicale et un pontage des artères.

Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 25 juin 2014, le Dr F._____ a fait état d'une insuffisance cardiaque qui empêchait l'assuré de reprendre une activité professionnelle, et ceci pendant plusieurs mois, mentionnant que l'état de santé de l'intéressé n'était pas stabilisé.

Par un rapport médical du 31 juillet 2014 adressé à l'OAI, le Dr C._____ a exposé une bonne évolution globale et un bon pronostic s'agissant des affections dont souffrait l'assuré. Il a évoqué des restrictions physiques sur l'activité professionnelle exercée jusqu'à ce jour en raison de dyspnée d'effort. Le cardiologue traitant s'est interrogé sur une possibilité de reprise de l'activité à plein temps, d'une possible adaptation de celle-ci, retenant un rendement réduit. Il s'est également interrogé sur une reprise de l'activité à un taux de 50 % à la fin de l'été 2014.

Par avis du 1^{er} octobre 2014, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré que l'évolution n'était pas encore assez favorable pour permettre une reprise du travail. Il a préconisé d'examiner les exigences physiques de l'activité de l'assuré auprès de D._____ S.A. et de réinterpeller les Drs F._____ et C._____ au mois de janvier 2015.

Dans un rapport du 24 octobre 2014 adressé au médecin-conseil de la B._____ SA, le Dr K._____ a fait état d'une évolution clinique favorable, avec disparition de l'angine de poitrine. Il a évoqué alors une reprise du travail à 100 % pour autant que l'activité ne soit pas

associée à un travail particulièrement lourd sur le plan physique, comme déplacer des poids de plus de 30 kg.

Dans un rapport du 24 décembre 2014 adressé au Dr F._____, le Dr C._____ a exposé que l'assuré présentait une évolution globale favorable depuis son intervention, avec toujours des douleurs rétrosternales mécaniques séquellaires aggravées ces derniers temps suite à des efforts de toux et une dyspnée d'effort de stade II-III. Il a précisé qu'en raison d'une hypertension artérielle nocturne, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil avait été recherché sans succès et qu'une nouvelle hernie abdominale était apparue suite à des efforts de toux.

Par courrier recommandé du 29 décembre 2014, D._____ S.A. a résilié le contrat de travail de l'assuré le 31 mars 2015 « *suite à l'expertise du médecin conseil de la B._____ SA.* »

Par avis médical SMR du 26 mars 2015, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale au SMR a mentionné que le Dr C._____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré et que la survenance d'une nouvelle hernie justifiait un nouveau rapport médical des Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale (nouveau médecin généraliste depuis la fin de l'année 2014), N._____, spécialiste en chirurgie, et C._____. En outre, il a requis une description du poste de travail et de se procurer une copie du « *rapport d'expertise du médecin conseil de la B._____ SA.* »

Par courrier du 4 juin 2015, la B._____ SA a indiqué avoir mis un terme à ses prestations au 31 mars 2015.

Interpellé par l'OAI, le Dr C._____ a indiqué dans un rapport du 14 avril 2015 que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était « *nulle selon le patient.* » Il a postulé que la capacité de travail était de « *100 % idéalement* » dans une activité adaptée évitant le « *port de*

charges lourdes et l'activité physique intense. » Son patient suivait un traitement « *médicamenteux avec compliance semblant bonne.* »

Dans un rapport adressé le 17 juin 2015 au Dr M._____, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, a notamment écrit ce qui suit :

« **Anamnèse** : Son histoire semble avoir débuté en début 2014 par la découverte d'une hernie ombilicale qui a été corrigée chirurgicalement. On a trouvé ensuite une insuffisance coronarienne et il a subi des pontages coronariens en mai 2014.

Depuis, rien ne va plus. Il présente une dyspnée à l'effort parfois avec l'impression de manquer d'air, il ne dort pas et se sent en permanence ballonné même si les selles semblent être quotidiennes et relativement normales. Il n'a jamais observé de rectorragie. Il passe beaucoup de gaz, ce qui soulage les ballonnements. Il a pris 1 ou 2 kg durant ce laps de temps.

[...]

Examen clinique : Etat général conservé. L'abdomen est un peu globuleux et un peu sensible dans les 2 fosses iliaques, sans masse palpable ni organomégalie.

[...]

Conclusion : - **Coloscopie normale, examen limité techniquement**

[...]

Discussion : Je retiens essentiellement une impression de ballonnement avec beaucoup de gaz et des difficultés respiratoires pour lesquelles un examen pneumologique n'a pas montré de constatation objective. Ceci laisse penser qu'il avale probablement passablement d'air, ce qui pourrait bien expliquer son ballonnement. Une malabsorption paraît bien improbable avec un patient qui a tout de même pris 2 kg malgré ses symptômes. Il faut bien sûr s'assurer qu'il n'y ait pas d'ascite. Il m'a dit que vous veniez de lui faire un CT-scan de l'abdomen. S'il s'agissait d'un CT-scan purement thoracique, il faut alors compléter actuellement par des coupes sur l'abdomen.

Il est assez clairement déprimé. Il en a marre de cette situation qu'il ne comprend pas. Il a l'impression également que personne ne le comprend et il y probablement un état dépressif réactionnel sous-jacent qui complique et probablement empire la symptomatologie actuelle.

Ceci doit être tenu en compte dans le traitement.

[...] »

Dans un rapport du 23 juin 2015 adressé à l'OAI, le Dr M._____ a fait état d'une insuffisance cardiaque. Il a mentionné que l'activité de l'assuré ne pouvait plus être exercée, voire à 20-30 % avec

difficulté. Il a également indiqué que le rendement était réduit et qu'il conviendrait de réévaluer la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle.

Dans un rapport du 9 juillet 2015, le Dr C. _____ a évoqué une situation sur le plan cardiaque « tout à fait favorable », le récent IRM cardiaque démontrant une fonction systolique du ventricule gauche restaurée, sans trouble segmentaire, et l'absence d'ischémie myocardique significative. Afin de tenter d'améliorer la dyspnée et la tension artérielle de l'assuré, le Dr C. _____ a préconisé une adaptation de la médication.

Dans un rapport du 30 octobre 2015, le Dr E. _____ a exposé que l'assuré avait dernièrement bénéficié d'une cure de la hernie cicatricielle sous le prolongement abdominal d'une ancienne cicatrice d'ostéotomie. Il a précisé que, si l'évolution était favorable s'agissant de l'affection pariétale abdominale, l'activité préalable de nettoyeur ne pouvait pas être reprise en présence d'une situation complexe qui n'était pas directement en relation avec la chirurgie pariétale abdominale effectuée, mais essentiellement avec la situation cardiopulmonaire.

Suite à un accident, l'assuré a subi le 31 décembre 2016 une réduction fermée de la luxation antérieure de l'épaule gauche à l'Hôpital X. _____ (protocole opératoire du 31 décembre 2016 du Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie, et de la Dresse Z. _____, cheffe de clinique adjointe).

Dans un rapport du 15 juin 2018, le Dr C. _____ a confirmé une bonne évolution, mettant en garde contre une surcharge pondérale et un diabète de type II.

Dans un avis médical SMR du 3 février 2017, le Dr O. _____ a requis de plus amples renseignements auprès du Dr M. _____ s'agissant de l'insuffisance cardiaque diagnostiquée dans son rapport du 23 juin 2015, ce fait n'apparaissant pas dans le rapport médical du Dr C. _____ du 14 avril 2015.

Il ressort du dossier qu'une épreuve d'effort cardio-pulmonaire auprès du Centre hospitalier H._____ a dû être interrompue le 27 juin 2017 en raison d'une hypertension diastolique. Le Centre hospitalier H._____ a indiqué dans son rapport du même jour que l'assuré présentait une dyspnée inappropriée et inexpliquée pour l'effort fourni qui ne s'expliquait pas par l'hypertension artérielle diastolique.

Dans un rapport médical du 21 juillet 2017, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, a posé le diagnostic de rétention alimentaire gastrique, débutant un traitement par motilium. Il a en outre diagnostiqué une gastrite par *helicobacter pylori*.

Dans un avis médical SMR du 28 septembre 2017, le Dr O._____ a exposé ce qui suit :

« Le Dr. M._____ se dispense de répondre à nos questions [...] Il nous fait parvenir une série de documents que nous discutons comme suit :

° L'insuffisance cardiaque diastolique (RM Dr. C._____ 14.7.2014 GED 16.2.2015) pourrait justifier le sentiment de dyspnée importante. L'absence de réponse à nos questions de la part du Dr. M._____ ne permet pas de confirmer plus cette hypothèse dans le temps, mais le médecin a estimé devoir aller plus loin et a prolongé l'IT à 100 % jusqu'au 4.9.2017. Nous validons l'avis du Dr. I._____ [recte : Dr K._____] du 24.10.2014 justifiant une reprise à 100, avec un port de charge inférieur à 30 Kg ; évaluation partagée par le Dr. C._____ (lettre GED 14.4.2015).

° Le 26.6.2017, un test d'effort pneumologique a été effectué au Centre hospitalier H._____. La clinique subjective est bien une dyspnée de stade II-III[...] qui témoigne d'une pathologie à priori importante, avec toux non-productive occasionnelle, sans douleur retro-sternale, palpitation, malaise ni syncope. La spirométrie avant l'effort est normale, il existe une TAH élevée avant l'effort, systolique et diastolique. Le test est interrompu après 3'30 à la puissance de 43 watts (26 % de la VP[...] en raison d'une hypertension diastolique au pic de l'effort (221/123 mm Hg). Il n'y a pas d'épuisement de la réserve ventilatoire, L'équivalent respiratoire pour le CO2 est normal au seuil anaérobie. Il n'y a pas de désaturation avec une SPO2 à 98 % au pic de cet effort minime. Le VO2 pic à 13.9 ml/min/kg pour 52 % d'une VP correspond à une capacité d'effort modérément diminuée. La

conclusion est une dyspnée inappropriée et inexplicée pour l'effort fourni.

Si le test a dû être interrompu en raison d'une élévation de la tension artérielle, déjà non contrôlée avant le test et justifier une adaptation de traitement, il permet cependant les remarques suivantes :

- Une VO₂ max de 14,7 mg/min/kg représente un travail modéré d'une personne déambulant[...]. Cela correspond à une activité de nettoyeur, ou d'une personne portant des plateaux, des plats ou fonctionnant dans une station-service pouvant changer des pneus etc. La valeur de 13.9 est donc compatible avec une activité de nettoyeur.

- La valeur de VO₂ max de 28 se situe plutôt dans l'évaluation d'un travail lourd, avec élévation et port de charges. Elle correspond à peu près au poste de travail décrit avec port de charge fréquent de 25 Kg.

La dyspnée « inappropriée et inexplicée pour l'effort fourni », même avec hypertension artérielle pose le problème d'une hyperventilation « dite volontaire ». En effet, une vraie dyspnée d'origine cardiaque ou respiratoire se serait accompagnée d'une baisse de la P_{O2} et d'une hausse de la P_{CO2}, ce qui n'est pas apparent dans le cas précis, ces deux variables restant normales.

Nous concluons qu'il n'y a pas sur base d'éléments convainquants pour admettre une pathologie cardiaque ou pneumologique incapacitante, l'hypertension artérielle étant susceptible d'être traitée par ajustement de la thérapeutique pharmacologique, l'éventualité de majoration de symptômes physiques pour des raisons de prise en compte de l'incapacité de travail étant possible. Néanmoins, dans une activité avec port de charge jusqu'à 10 Kg, la capacité de travail est entière.

Nous laissons au service administratif le soin d'apprécier la valeur des certificats médicaux jusqu'au 4.9.2017, étant entendu que la position du médecin traitant est difficile dans ce type d'appréciation asséculo-logique. Dans cette optique, nous validons l'IT de 100 % jusqu'à un mois après le 27.6.2017, le temps d'adapter le traitement médicamenteux anti-hypertensif. [...].

En conclusion, nous ne pouvons prolonger la validité d'une IT au-delà du 27.7.2017 dans une activité adaptée

° Diagnostic : cardiopathie ischémique

° Pathologie du ressort de l'AI : hernie ombilicale opérée (Dr. E. _____ lettre 9.6.2015), status après mise en place d'un pontage sur l'artère mammaire interne. Insuffisance cardiaque diastolique.

[...]

° Début de l'IT : février 2014

° Évolution de l'IT : février 2014 à actuellement 100 %

° Capacité de travail :

- Activité habituelle de nettoyeur de fin de chantier portant des charges de 25 Kg : 0 %

- Activité adaptée : 100 %

° Limitations fonctionnelles : pas de port de charge de plus de 10 Kg, pas de travail en atmosphère non tempérée, en particulier dans un chantier.

° Début de la réadaptation : 22.5.2015 soit une année après l'intervention cardiaque

[...]

Mesures médicales exigibles : non

Remarques : tant le changement de médecin que le retard apporté aux examens ne sont pas de bon augure pour une réinsertion.

[...] »

Le 6 novembre 2017, le Dr M._____ a indiqué à l'OAI avoir prolongé l'arrêt de travail à la date précitée. Il a produit un rapport du 28 septembre 2017 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie précisant qu'il s'agissait désormais de rechercher une ischémie myocardique.

Dans un rapport médical du 5 octobre 2017, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a estimé que le ventricule gauche présentait une taille encore normale avec une légère hypertrophie concentrique, et une fonction systolique globale légèrement diminuée (fraction d'éjection du ventricule gauche de 50 %), sur hypokinésie diffuse. Le ventricule droit était de taille normale, non hypertrophié, avec une fonction systolique globale normale. Le Dr W._____ n'a pas décelé de valvulopathie significative, de shunt significatif, d'argument en faveur d'une ischémie myocardique à l'effort ou de nécrose myocardique. Ses constatations étaient compatibles avec une cardiomyopathie dilatée débutante.

Par projet de décision du 9 février 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 août 2015, considérant qu'il était à même d'exercer, à plein temps, dès le 22 mai 2015, une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charge de plus de 10 kg et pas de travail en atmosphère non tempérée, en particulier dans un chantier. Fondé sur un calcul du salaire exigible et du degré d'invalidité du

5 février 2018, l'OAI a considéré que l'assuré ne présentait pas de préjudice économique.

Par courrier du 3 mars 2018, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné réclamant la mise en œuvre d'une expertise.

Par courrier du 3 mars 2018, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics suivants : hypertension artérielle majorée par l'effort même de faible intensité, artériopathie avec athéromatose diffuse, ancienne consommation à risque d'alcool sevrée depuis 2014, hépatomégalie avec stéatose hépatique et lithiase vésiculaire, hépatopathie enzymatique, importants troubles de la vidange gastrique avec gastrite avec présence d'helicobacter pylori, status post chirurgie de l'épaule gauche, status post cure de hernie ombilicale, status post cure d'éventration, obésité (BMI 30), tabagisme actif, lombalgies chroniques avec discopathie au niveau des vertèbres L3-L4, L4-L5 et LS-S1 et état anxio-dépressif réactionnel (avec repli sur soi et perte de confiance en soi, majoré par l'état de santé somatique et la perte de rôle social et d'activité professionnelle). Le Dr R._____ a exposé que l'hypertension sévère et instable présentée par son patient, l'insuffisance ventriculaire gauche, induisant une dyspnée d'effort sévère, ont un impact particulièrement important sur sa capacité de travail, y compris dans une profession adaptée.

Ces nouveaux éléments ont été soumis au SMR pour prise de position. Dans un avis médical du 10 mars 2018, le Dr O._____ a pris position comme il suit :

« Nous avons pris acte du courrier du Dr. R._____ daté du 3.3.2018. Aucun élément ne constitue un fait nouveau sur le plan médical, la nécessité d'une expertise prônée n'étant pas à considérer en raison de l'instruction suffisante du cas, bien étayée par l'avis des spécialistes et des divers tests déjà effectués. On se reportera notamment à notre avis conclusif du 28.9.2017, ayant pris en compte les variations de tension artérielles bien mises en évidence par l'examen du 26.6.2017 et dont la conclusion est une dyspnée inappropriée et inexplicée par l'effort fourni. Le prononcé de rente limitée dans le temps a pu décevoir l'assuré dont le Dr. R._____, annonce maintenant un « état anxiodépressif

réactionnel », jamais évoqué auparavant, et ne faisant l'objet d'aucun traitement psychopharmacologique. Un état dépressif réactionnel à la décision de l'office est susceptible de s'amender avec le temps, et paraît peu sévère vu l'absence de traitement. Au cas où il persisterait et devrait être traité, il pourrait faire l'objet d'une seconde demande.

En conclusion il n'existe pas actuellement de fait nouveau susceptible de représenter une IT durable dans une activité adaptée. »

Par décision du 20 septembre 2018 et motivation séparée du 29 mars 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 février 2018.

B. **a)** Par acte du 3 octobre 2018, A. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par avis du 8 octobre 2018, la juge instructrice a indiqué au recourant que son acte du 3 octobre 2018 ne contenait à première vue pas de moyens et de conclusions. Elle lui a imparti un délai de dix jours pour compléter l'acte précité et produire la décision attaquée.

Dans l'intervalle et par courrier du 3 octobre 2018, reçu le 19 octobre 2018 au greffe du Tribunal cantonal, le Dr R. _____ a indiqué suivre son patient depuis le mois de mai 2017. Il a notamment exposé ce qui suit s'agissant des diagnostics retenus et de la capacité de travail :

- « ° maladie coronarienne bitronculaire avec cardiopathie ischémique,
- ° cardiopathie hypertensive avec HVG concentrique et dilatation de l'oreillette gauche,
- ° facteurs de risque cardiovasculaires cumulatifs HTA, tabagisme sévère à 26 UPA, dyslipidémie,
- ° obésité avec un BMI à 32.
- ° artériopathie des membres inférieurs,
- ° asthme bronchique,
- ° hernie de la ligne blanche sur cicatrice de sternotomie et hernie ombilicale,
- ° lombalgies chroniques avec discopathie L4-L5 et L5-S1,
- ° cervico-brachialgies bilatérales,
- ° déconditionnement musculaire global,
- ° état anxiodépressif chronique avec épisodes sévères

Ces pathologies étaient toutes présentes lorsque j'ai consulté ce patient pour la première fois en mai 2017, imposant également un suivi par des confrères spécialistes notamment sur le plan cardiovasculaire.

Parmi les différents symptômes régulièrement retrouvés on note :

- ° Une dyspnée d'effort apparaissant pour une montée d'un demi-étage ou une marche de 100 m environ, des précordialgies d'effort,
- ° une claudication intermittente des membres inférieurs limitant le périmètre de marche à une centaine de mètres,
- ° des bronchites récurrentes avec dyspnée basale et survenue d'épisodes aigus saisonniers de type crise d'asthme allergique,
- ° un ballonnement abdominal douloureux avec troubles du transit,
- ° des épisodes aigus de type lombosciatiques compliquant des lombalgies chroniques, des cervicobrachialgies avec limitation douloureuse bilatérale de l'abduction,
- ° des troubles anxieux avec troubles du sommeil et symptomatologie dépressive récurrente marquée par une perte de l'estime de soi, une tristesse, une culpabilisation, une apathie.

Depuis 18 mois que je le suis très régulièrement, malgré une compliance de bonne qualité, les différents symptômes se sont aggravés, la capacité de travail du patient s'est incontestablement péjorée rendant impossible l'exercice d'une activité professionnelle physiquement contraignante.

Ainsi le patient ne peut rester dans une position identique de manière prolongée, plus de 15 à 20 minutes, ne peut lever les bras au-dessus de la tête, ne peut se pencher en avant, ou sur les côtés, ne peut effectuer des rotations du torse, ne peut s'accroupir ou travailler à genoux, ne peut soulever porter plus de 5 kg, ne peut monter sur une échelle ou un échafaudage.

Par ailleurs ses capacités de résistance, de concentration et d'adaptation sont très limitées.

Ces différentes limitations, mais également l'âge du patient, le contexte socioculturel, le fait qu'il n'ait pas suivi une formation initiale, rendent par ailleurs très problématique l'accompagnement du patient vers une profession adaptée. »

Par mémoire du 24 octobre 2018, le recourant, assisté par Me Valérie Maurer, a complété l'acte du 3 octobre 2018. Il a liminairement requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au prononcé d'une rente non limitée dans le temps depuis le 1^{er} janvier 2015. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à son renvoi à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

b) Par réponse du 21 janvier 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. Il produit un nouvel avis SMR daté du 18 janvier 2019 concluant à l'absence de nouveaux éléments.

c) Par réplique et duplique des 12 et 28 février 2019, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives.

d) Les arguments des parties seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a et 95 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2015.

3. Il y a lieu d'examiner la question du droit à la rente.

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

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

c) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique

(1^{re} phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (2^e phrase).

4. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA.

b) Aux termes 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

c) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce

changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, l'assuré ne supporte ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves (TF 9C_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_398/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3.1 ; 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne suffisent pas pour justifier une diminution de la capacité de travail. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit ainsi être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C_7 2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2).

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

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). En outre, 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 *de lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1).

6. a) Le recourant soutient que l'instruction serait incomplète et que l'office intimé n'aurait retenu qu'un avis parmi d'autres. Pour l'intéressé, si le mono-pontage aortocoronarien a permis de réduire les risques cardiaques, il n'a pas pour autant réglé le problème, le recourant souffrant toujours d'une importante dyspnée à l'effort et de douleurs mécaniques séquellaires. Les arrêts de travail délivrés par ses médecins démontreraient en outre que sa capacité de travail objective n'était pas recouvrée à la date arrêtée par l'intimé. Il soutient que l'évolution cardiologique n'est pas aussi favorable que ce que le Dr C._____ a pu laisser entendre. Selon le recourant, les avis médicaux du SMR seraient contradictoires. Il considère qu'en présence d'avis médicaux divergents, une expertise est nécessaire.

Pour l'intimé, le recourant n'amène, au stade du recours, aucun nouvel élément médical résultant d'examens cliniques objectifs montrant une aggravation significative de son état de santé. A l'instar de l'ensemble des médecins intervenus dans la présente cause, l'office intimé reconnaît que l'activité habituelle du recourant n'est plus possible en raison de ses limitations fonctionnelles. Il estime en revanche qu'une activité adaptée est exigible à plein temps.

b) Sur les plans cardiologique et pulmonaire, les avis médicaux du SMR sont contradictoires. Le 3 février 2017, le Dr O._____ a demandé des précisions après les premiers diagnostics considérant des contradictions entre les Drs K._____, C._____ et M._____. Dans son avis médical SMR du 28 septembre 2017, le Dr O._____ déclare valider l'avis du Dr K._____ du 24 octobre 2014 (le médecin en question

confondant le médecin conseil de la B._____ SA et le chirurgien traitant du Centre hospitalier H._____). Néanmoins, force est de constater que le Dr K._____ ne s'exprime que sur les limitations fonctionnelles et n'a pas prévu de date de reprise, sauf à exciper de son rapport que la reprise à plein temps était immédiatement exigible. Au cours de l'année 2014, seul le Dr C._____, dans son rapport 31 juillet 2014, s'est livré à une estimation de la capacité de travail sous une forme purement interrogative. Dans son rapport du 14 avril 2015, le même cardiologue a postulé que la capacité de travail était de « 100 % *idéalement* » dans une activité adaptée sans préciser ce qu'il entendait par « *idéalement*. » Le dernier arrêt de travail émanant du Dr C._____ a échu le 20 février 2015, ce qui rend peu vraisemblable une reprise à plein temps au mois d'octobre 2014. En définitive, le Dr O._____ déclare valider l'incapacité totale de travail dans une activité adaptée de 100 % jusqu'à un mois après le 27 juin 2017 (lendemain du test d'effort pneumologique).

En retenant la date du 22 mai 2015, soit une année après l'intervention au Centre hospitalier H._____, l'OAI ne se fonde sur aucun élément objectif au dossier. Cette date correspond au début de la réadaptation fixée par le Dr O._____ dans son rapport du 28 septembre 2017, mais ne coïncide pas avec la date de la fin de l'incapacité de travail. On ignore ainsi à partir de quelle date le recourant était capable de travailler dans une activité adaptée et à quel taux si on considère que cette capacité était acquise avant le 27 juillet 2017. Cette date, décisive mais non étayée par des éléments objectifs, ne peut pas être retenue, particulièrement en présence de contradiction entre les médecins traitants, le médecin du SMR et la décision attaquée.

En outre, le Dr O._____ justifie son avis par une évaluation du test d'effort pratiqué au Centre hospitalier H._____ le 26 juin 2017. A ce propos, il convient préalablement de rappeler que ce médecin n'est ni spécialiste en pneumologie ni en cardiologie et qu'un tel test d'effort ne reflète pas forcément la capacité de travail du recourant. A cet égard, il aurait convenu de réinterpeller les cardiologues traitants s'agissant de ce test d'effort. Cet avis ne présente guère de valeur probante au sens de la

jurisprudence puisqu'il intervient dans le cadre d'une anamnèse médicale certes inquiétante, mais surtout partielle, qu'il n'est pas complété par un examen clinique du recourant et que les plaintes de ce dernier n'ont pas été prises en compte. Dans le cadre d'un cas complexe, il apparaît difficile d'envisager une hyperventilation « dite volontaire », soit une majoration des symptômes sans avoir examiné le recourant alors que le test en question a été pratiqué dans un centre médical de pointe et pourrait aussi cas échéant résulter d'autres causes, ce que seul un ou plusieurs spécialistes pourront établir. Ces questions relevant d'une approche nécessairement multidisciplinaire, elles nécessitent l'interpellation des médecins spécialistes traitants et un nouvel IRM cardiaque, voire la mise en œuvre d'une expertise sur les plans cardiologiques et pulmonaire.

De surcroît, l'intimé n'a pas examiné les effets secondaires du traitement antihypertenseur sur le plan somatique bien qu'ayant connaissance de ce traitement (rapport initial de l'OAI du 15 mai 2014), étant rappelé que le recourant a notamment reçu du Lisinopril (rapports du Dr C. _____ du 31 juillet 2014 et du Dr R. _____ du 3 mars 2018), médicament pouvant notamment engendrer des toux et des troubles digestifs.

On ignore également tout de la capacité de travail du recourant avant l'opération en relation avec la hernie abdominale apparue suite à des efforts de toux (cf. rapport des Drs C. _____ du 24 décembre 2014 et E. _____ du 30 octobre 2015), question qui n'est pas sans incidence sur la décision à rendre dans la mesure où elle est susceptible de prolonger de quelques mois l'incapacité de travail du recourant. L'instruction devra aussi être complétée sur ce point.

Puis, la problématique gastroentérologique n'a pas été examinée par l'intimé. Les spécialistes consultés par le recourant font état d'une problématique de rétention alimentaire gastrique qui pourrait s'avérer gênante dans un certain nombre de professions. Ils ne se sont toutefois pas prononcés sur la capacité de travail ou d'éventuelles

limitations fonctionnelles à cet égard, de sorte que l'OAI devra interpeller les spécialistes consultés par le recourant à cet égard.

A cela s'ajoute que la problématique rhumatologique (lombalgies chroniques, cervico-brachialgies), présentée par le Dr R._____ et qui est incontestablement du ressort de l'assurance-invalidité et qui n'a pas davantage été examinée, ni les limitations fonctionnelles que ce médecin a exposées dans son courrier du 3 octobre 2018, qui laissent suggérer une aggravation depuis le mois de mai 2017.

c) Sur le plan psychique, l'intimé ne peut pas davantage être suivi s'agissant de l'état anxiodépressif annoncé par le Dr R._____. En effet, dans son rapport adressé le 17 juin 2015 au Dr M._____, le Dr P._____ a exposé que le recourant était « assez clairement déprimé. » Il a relevé un probable état dépressif réactionnel sous-jacent qui compliquait et empirait probablement la symptomatologie actuelle. Il a également échappé au SMR que suivant le rapport initial du 15 mai 2014, l'OAI avait relevé que l'assuré souffrait d'effets secondaires du traitement antihypertenseur instauré par le cardiologue sous la forme d'angoisses. Or, l'assuré a reçu du Candesartan (rapport du Centre hospitalier H._____ du 28 mars 2014) puis du Lisinopril (rapports du Dr C._____ du 31 juillet 2014 et du Dr R._____ du 3 mars 2018), médicaments qui peuvent provoquer des troubles de l'humeur, de la dépression ou des troubles du sommeil. Que ce soit en 2014 ou en 2015, il est douteux que l'état dépressif réactionnel ait déjà été corrélé à la problématique assécurologique, notamment lorsque le Dr P._____ pose ses constats. Pour sa part, le Dr R._____ décrit des troubles du sommeil, une perte de l'estime de soi, une tristesse, une culpabilisation et une apathie qui laisse aussi planer un doute sur l'état de santé psychique du recourant. Sans avis d'expert, il n'est pas possible de dire si les troubles psychiques sont des effets secondaires du traitement antihypertenseur, une pathologie autre, propre au patient, ou liés à une problématique assécurologique. En outre, l'absence de médication ou de traitement psychiatrique ne démontre pas l'absence ou le peu de gravité de l'atteinte comme l'affirme le SMR, étant rappelé qu'un tel traitement peut se révéler exigible et que

le fait de ne pas l'entreprendre peut être sanctionné (cf. art. 21 al. 4 LPGA). Dans ces circonstances, une expertise psychiatrique doit être mise en œuvre pour établir l'état de santé psychique du recourant, la capacité de travail sous cet angle et cas échéant l'exigibilité d'un traitement psychiatrique.

d) Il conviendra également d'examiner soigneusement l'interaction globale des diagnostics somatiques, voire d'une éventuelle atteinte à la santé psychique. Dans ces circonstances, l'expertise pluridisciplinaire à mettre en œuvre comprendra nécessairement un volet de médecine interne générale et éventuellement d'autres experts si les médecins traitants spécialistes ne fournissent pas suffisamment d'éléments pour se déterminer dans les divers domaines d'atteintes du recourant.

e) En définitive, le motif tiré d'une instruction incomplète doit être admis.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative. *A contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé, lacunaire, laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation opérée dans la décision du 20 septembre 2018 tant sur le plan somatique que sur le plan

psychique. Le dossier ne permet pas à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction médicale sur le plan somatique et psychique, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

L'intimé devra réexaminer sur la base d'une expertise complète le principe et la durée d'une éventuelle incapacité de travail en tenant compte de l'état de santé du recourant dans son ensemble et déterminer avec précision les éventuelles limitations fonctionnelles qui affectent le recourant.

Il s'agira pour cela de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, *a priori* et à tout le moins en médecine interne générale et en psychiatrie, toute autre spécialité que l'OAI ou les experts désignés jugeraient nécessaire étant réservée (notamment sur les problématiques cardiologiques, pneumologiques, gastroentérologique et rhumatologique), dès lors qu'il n'est pas exclu qu'une interpellation des médecins traitants dans les domaines de spécialisation puissent apporter suffisamment d'éléments à l'expert pour se prononcer.

8. La cause étant renvoyée à l'intimé, il est prématuré d'examiner le degré d'invalidité pour la période postérieure au 22 mai 2015 encore litigieuse.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée, annulée. La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter

les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Valérie Maurer (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :