COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2018

Composition : M. MÉTRAL, président

Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Berthoud, assesseur

Greffière : Mme Raetz

*****

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 17 et 43 al. 1 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, a été engagé dès le 1er janvier 2004 en tant que responsable de service auprès de la R._____ à 100 %.

Le 26 octobre 2014, l'assuré a subi un infarctus du myocarde STEMI sur maladie coronarienne tritronculaire, avec décompensation cardiaque globale, et a été hospitalisé au K._____ dès cette date. Le 5 décembre 2014, il a bénéficié d'un double pontage aorto-coronarien. Il a été transféré le 29 décembre 2014 à l'Hôpital W._____, où il a effectué une réadaptation cardiaque jusqu'au 18 janvier 2015, date de son retour à domicile. L'évolution était favorable sur le plan fonctionnel (cf. rapport du 9 mars 2015 des doctoresses N._____ et F._____, médecins au Service de réadaptation de l'Hôpital W._____).

Dans le cadre de l'atteinte cardiaque, l'assuré a développé une insuffisance rénale terminale d'origine multifactorielle ayant nécessité une hémodialyse à raison de trois fois par semaine au K._____ (cf. rapport précité et rapport du 25 février 2015 de la doctoresse O._____, spécialiste en cardiologie). Il était en outre atteint d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade III avec trouble de la diffusion sévère (cf. rapports susmentionnés).

Dans le rapport du 25 février 2015 précité, la doctoresse O._____ a indiqué que le patient ne rapportait actuellement aucune plainte d'ordre cardiovasculaire. Il reprenait doucement sa vie. Il présentait une insuffisance cardiaque légère, d'origine ischémique. La spécialiste ne voyait pas de contre-indication majeure au passage d'une hémodialyse à une dialyse péritonéale.

Le 23 mars 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 30 mars 2015 à l'OAI, la doctoresse O._____ a posé le diagnostic d'insuffisance cardiaque modérée d'origine ischémique depuis octobre 2014. Le patient ne pouvait effectuer de travaux lourds en raison d'une dyspnée et de fatigue. Le rendement était réduit du fait de l'insuffisance cardiaque et d'une insuffisance rénale terminale avec hémodialyse. A la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, elle a noté « ? ».

Dans un rapport du 14 juin 2015 à l'OAI, le docteur B._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a renvoyé au rapport du 9 mars 2015 précité s'agissant des diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ajoutant celui, sans répercussion sur ladite capacité, d'hypertension artérielle essentielle. L'incapacité de travail était totale depuis le 20 octobre 2014 et de durée indéterminée. Vu la gravité des affections présentées et les contraintes du traitement, le patient ne pouvait reprendre le travail.

Le 29 juillet 2015, la doctoresse Z._____, médecin assistante au Service de néphrologie du K._____, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'insuffisance rénale terminale sous dialyse péritonéale quotidienne, de cardiopathie ischémique rythmique hypertensive, de BPCO, d'anémie d'origine mixte, d'hypertension artérielle, ainsi que de péritonite bactérienne en juillet 2015. Le pronostic était sombre, sans espoir de récupération sur le plan rénal. L'assuré avait besoin d'une suppléance rénale à vie, sauf en cas de transplantation. La situation était précaire sur le plan cardiovasculaire et le patient n'était donc pas encore inscrit sur la liste d'attente de transplantation. L'incapacité de travail était totale depuis le 31 octobre 2014 et de durée indéterminée. En raison de dialyses quotidiennes occasionnant une asthénie et une difficulté de concentration, le rendement était pour le moment quasiment nul.

Le 6 août 2015, l'employeur a résilié les rapports de travail pour le 30 novembre 2015.

Par avis médical du 3 février 2016, le docteur G._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a estimé que l'insuffisance rénale justifiait une incapacité de travail de l'ordre de 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. L'infarctus du myocarde STEMI n'avait pas laissé de séquelles susceptibles d'influencer la capacité de travail. Il convenait de demander au néphrologue les empêchements somatiques actuels qui entraveraient l'exercice de l'activité d'employé de banque à 50 %.

En réponse aux questions de l'OAI, le 9 mars 2016, le docteur D._____, médecin assistant au Service de néphrologie du K._____, a retenu comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail une insuffisance rénale terminale d'origine multifactorielle, actuellement en dialyse péritonéale. L'état du patient était stable. Du point de vue rénal, l'incapacité de travail était de 75 % dès le 1er avril 2016 en raison du temps nécessaire pour effectuer les préparations à la dialyse. Dans trois à cinq mois, cette incapacité pourrait être diminuée à 50 %.

Dans un rapport à l'OAI du 12 août 2016, le docteur B._____ a expliqué que la contrainte des dialyses, d'abord au K._____, puis à domicile, rendait une reprise du travail improbable, d'autant plus avec l'asthénie concomitante. Depuis le dernier rapport médical, le patient avait subi des phlébectomies. La capacité de travail était nulle dans toute activité dès le 20 octobre 2014. Il a joint un rapport du 12 juillet 2016 de la doctoresse J._____, médecin assistante à la consultation d'angiologie du K._____, retenant une insuffisance veineuse ayant nécessité le 29 juillet 2016 des phlébectomies étagées des deux mollets.

En réponse aux questions de l'OAI, le 19 août 2016, les docteurs C._____, néphrologue, et Y._____, médecin assistante au K._____, ont retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une insuffisance rénale terminale d'origine

multifactorielle, une cardiopathie ischémique, un état dépressif réactionnel, ainsi qu'une hypertension artérielle. Depuis le dernier rapport médical de mars 2016, l'état de santé était stable. En raison de la maladie rénale et de son traitement, la capacité de travail était estimée à 50 % depuis le 1er juillet 2016 dans une activité adaptée, soit diurne, sans port de charge, sans endurance et sans résistance. Ils ont précisé que la capacité de travail effective de l'assuré devrait tenir compte de ses autres comorbidités.

Dans un rapport SMR du 6 septembre 2016, le docteur G._____ a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé une insuffisance rénale terminale nécessitant une dialyse péritonéale en attente d'une greffe, et comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité une maladie coronarienne des trois vaisseaux traitée par double pontage le 5 décembre 2014 et une BPCO. L'incapacité de travail était totale dès le 20 octobre 2014 et de 50 % à compter du 1er juillet 2016. Au titre des limitations fonctionnelles figuraient de la fatigue et de la fatigabilité, ainsi qu'une exclusion du travail de nuit. Le docteur G._____ a expliqué que le cardiologue de l'intéressé ne retenait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. La dialyse péritonéale décrite dans le rapport du 9 mars 2016 était compatible avec une activité d'employé de banque à 50 %, ce qui était attesté par le rapport du 19 août 2016 du K._____, dont il n'y avait pas de raison de s'écarter.

Par projet de décision du 21 septembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2015, puis une demi-rente depuis le 1er octobre 2016. Il a expliqué que l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail du 20 octobre 2014 au 30 juin 2016, puis de 50 % à compter du 1er juillet 2016. La rente était diminuée trois mois après l'amélioration constatée à cette date.

Le 5 décembre 2016, l'assuré, désormais représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, s'est opposé à ce projet de décision, soutenant qu'il ne ressortait d'aucun document au

dossier que le cardiologue n'avait pas retenu d'incapacité de travail. Il a conclu à une incapacité totale de travail en se référant aux documents annexés, soit :

- un rapport de polysomnographie du 5 août 2016 du docteur Q._____, neurologue, concluant à un sommeil de courte durée et la présence de très longs réveils persomniaques ;

- un rapport du 22 novembre 2016 de la doctoresse O._____ adressé au conseil de l'assuré, relevant que l'évolution sur le plan cardiaque avait été lentement favorable. La situation générale était assez complexe en regard des pathologies polymorbides présentées. Dans le cadre d'une cardiopathie ischémique associée à une cardiopathie hypertrophique, à une bronchite chronique de stade III, à une insuffisance rénale terminale avec dialyse péritonéale et hypertension sévère au repos et à l'effort, et ce malgré une bonne hygiène de vie et un traitement médical maximal, la situation restait assez fragile. L'association de ces différentes pathologies en présence d'une dialyse péritonéale limitait la capacité de travail du patient avec une fatigabilité importante, une incapacité à porter des charges lourdes, à se mobiliser rapidement, à effectuer une activité uniquement en position debout, à travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, ainsi qu'à monter ou descendre les escaliers trop souvent. La fatigabilité en relation avec les pathologies et le traitement pouvait entraîner des difficultés de concentration. Il semblait actuellement précipité de proposer une reprise de travail au vu des différentes pathologies ;

- un rapport du 22 novembre 2016 adressé par le docteur B._____ au conseil de l'assuré, expliquant que l'insuffisance rénale était très contraignante et épuisante de par la dialyse quotidienne. Les affections cardiaque et pulmonaire rajoutaient une fatigabilité exagérée. Ces trois atteintes concourraient ensemble à une incapacité totale de travail.

Par avis médical du 14 décembre 2016, le docteur G._____ a énoncé que ces trois pièces médicales ne rapportaient aucune modification notable de l'atteinte rénale et/ou de son traitement depuis le rapport du 19 août 2016 des docteurs C._____ et Y._____, de sorte qu'il maintenait les conclusions du rapport SMR du 6 septembre 2016.

Le 16 décembre 2016, l'OAI a informé l'assuré que sa contestation n'amenait pas d'élément susceptible de modifier sa position. Les rapports transmis ne rapportaient aucune modification notable de l'atteinte rénale et/ou de son traitement depuis août 2016 et l'activité professionnelle exercée était adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

Par décision du 8 mars 2017, confirmant son projet, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à compter du 1er octobre 2015, puis une demi-rente dès le 1er octobre 2016.

B. Par acte du 4 avril 2017, S._____, toujours représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er octobre 2015, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a contesté avoir présenté une capacité de travail de 50 % dès le 1er juillet 2016. Contrairement à l'avis du docteur G._____, aucun document au dossier n'établissait que la cardiologue n'avait pas retenu d'incapacité de travail. En revanche, dans son rapport du 22 novembre 2016, celle-ci avait bel et bien énoncé une incapacité de travail en raison des problèmes cardiaques et en lien avec les autres atteintes à la santé. Dans un rapport du même jour, le docteur B._____ avait attesté une incapacité totale de travail. Quant aux médecins du Service de néphrologie du K._____, ils avaient fixé la capacité de travail à 50 % sans tenir compte des comorbidités.

Dans sa réponse du 29 mai 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a expliqué que dans son

rapport du 30 mars 2015, la doctoresse O._____ avait noté que le recourant ne pouvait exercer de travail lourd, mais n'avait pas attesté d'incapacité de travail. En outre, en réponse aux questions du conseil de l'intéressé, le 22 novembre 2016, elle avait énuméré des limitations fonctionnelles qui étaient respectées dans l'activité habituelle.

E n d r o i t :

1. **a)** 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le présent litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à partir du 1er octobre 2016, singulièrement sur l'estimation de sa capacité de travail dès cette date. L'intéressé ne conteste pas l'octroi d'une rente entière du 1er octobre 2015 au 30

septembre 2016, mais la diminution de celle-ci à une demi-rente dès le 1er octobre 2016.

3. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré 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 invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, 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 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

d) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGA). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

4. En l'espèce, l'intimé a retenu une incapacité totale de travail du 20 octobre 2014 au 30 juin 2016 et a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2015 au 30 septembre 2016. Ceci n'est pas critiquable au vu des documents médicaux figurant au dossier, ni contesté par l'intéressé. Ce dernier soutient en revanche ne pas avoir présenté une capacité de travail de 50 % dès le 1er juillet 2016, tel que retenu par l'OAI, qui lui a alloué de ce fait une demi-rente dès le 1er octobre 2016.

Pour déterminer la capacité de travail de l'assuré, l'intimé s'est essentiellement fondé sur l'avis du 19 août 2016 des néphrologues du K._____, fixant une capacité de travail de 50 % dès le 1er juillet 2016, ainsi que sur le rapport SMR du 6 septembre 2016 du docteur G._____, d'après lequel le cardiologue de l'intéressé ne retenait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Toutefois, cette dernière affirmation ne saurait être suivie. En effet, même si dans son rapport du 30 mars 2015, la doctoresse O._____ n'a pas complété la rubrique relative à l'incapacité

de travail, on ne peut en déduire qu'elle reconnaissait au recourant une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle. Elle a expliqué qu'il ne pouvait effectuer de travaux lourds en raison d'une dyspnée et de fatigue et que le rendement était réduit du fait de l'insuffisance cardiaque et de l'insuffisance rénale terminale avec hémodialyse. En outre, à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, elle a noté « ? ». Quoi qu'il en soit, dans son courrier du 22 novembre 2016, cette spécialiste a clairement fait état d'une limitation de la capacité de travail de l'assuré, précisant qu'il présentait des limitations fonctionnelles contre-indiquant les activités physiquement lourdes, ainsi qu'une fatigabilité importante pouvant entraîner des difficultés de concentration. Ces symptômes sont susceptibles d'entraver la capacité de rendement de l'assuré dans son activité professionnelle, même exercée à 50 % en raison des contraintes liées à la dialyse quotidienne. Une diminution de rendement avait d'ailleurs déjà été relevée par la doctoresse O._____ dans son rapport du 30 mars 2015. Le point de savoir dans quelle mesure la fatigabilité et la baisse de rendement sont déjà incluses dans l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les néphrologues le 19 août 2016 n'est pas clair. En particulier, ces derniers ont souligné que la capacité de travail de 50 % concernait la maladie rénale et son traitement, et que la capacité effective devait tenir compte des autres comorbidités dont était atteint l'assuré. Ce point doit donc être précisé de manière interdisciplinaire. En tous les cas, la doctoresse O._____ a retenu qu'au vu des différentes pathologies présentées, une reprise du travail était prématurée. L'intimé ne pouvait l'ignorer et constater, sans autre examen, que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité lucrative habituelle, même si celle-ci était adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la doctoresse O._____.

La situation médicale de l'intéressé n'était donc pas suffisamment établie pour pouvoir apprécier sa capacité de travail dès le 1er juillet 2016. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire,

conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l’art. 43 al. 1 LPGA –, pour qu’il en complète l’instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l’art. 44 LPGA, comprenant à tout le moins un examen par un cardiologue et un néphrologue, à charge pour ces spécialistes de coordonner leurs appréciations respectives de la capacité résiduelle de travail de l’assuré dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Il appartiendra ensuite à l’intimé, sur la base de cette expertise, de rendre une nouvelle décision.

5. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée en tant qu’elle porte sur le droit à une rente pour la période postérieure au 30 septembre 2016, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations postérieurement à cette date. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'occurrence, il se justifie d'allouer une indemnité de 1'800 fr. à titre de dépens, débours et TVA compris, portée à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 8 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle porte sur le droit à une rente pour la période postérieure au 30 septembre 2016, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations postérieurement à cette date. Elle est confirmée pour le surplus.

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 S._____ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président : La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour S._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :