

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Bonard et Mme Feusi, assesseurs
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...], en Suisse sans interruption depuis 1981, est titulaire d'un permis C. Sans formation, il travaillait en qualité d'aide-rotativiste au sein de X._____ SA (B._____ SA) depuis 1989.

Le 5 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de deux infarctus plus opérations et de trois stents. Il a indiqué être incapable de travailler à 100 % depuis le 16 mai 2014.

Dans un rapport médical du 17 février 2015, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne tritronculaire depuis 2014. Il a retenu que le pronostic était bon et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle du point de vue cardiaque, ni de restrictions physiques, mentales ou psychiques. A la page du rapport où il s'agissait d'énumérer les travaux pouvant encore être exigés de l'intéressé dans le cadre d'une activité adaptée, le spécialiste a écrit : « *pas de limitation cardiaque* ».

Selon un questionnaire pour l'employeur du 20 février 2015, l'intéressé travaillait trente-cinq heures par semaine sur cinq jours avant l'atteinte à la santé. Il percevait un salaire annuel de 85'319 fr. depuis le 1^{er} janvier 2012, qui correspondait au rendement. Sans atteinte à la santé, il aurait gagné le même salaire dans son ancienne activité.

Le dossier de l'assureur perte de gain de l'employeur a été transmis à l'OAI le 21 avril 2015. Y figuraient notamment :

- un rapport du 13 novembre 2014 au Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'intéressé, dans

lequel les Drs O._____ et F._____, respectivement médecin chef et médecin assistant au Service de chirurgie générale des [...] (A._____), ont observé que l'intéressé avait séjourné dans leur service du 9 au 18 octobre 2014 en raison d'un pneumothorax et d'une chute d'un escabeau. Ils ont posé les diagnostics d'haemo-pneumothorax à gauche et de plusieurs fractures costales à gauche. Ils ont ensuite retenu que le patient avait fait une chute d'un escabeau le 9 octobre 2014, sur malaise d'origine indéterminée avec perte de connaissance d'une durée probable de trente minutes.

- un rapport du 23 janvier 2015 du Dr P._____ au Dr C._____, posant les diagnostics de maladie coronarienne tritronculaire, de status post angioplastie et stent de la coronaire droite le 24 novembre 2014, de status post infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) inférieur en 2014, de status post double pontage aorto-coronarien mammaire interne vers l'artère interventriculaire antérieure et diagonale le 12 juin 2014 et d'ancien tabagisme. Le spécialiste y a observé que l'évolution clinique était tout à fait favorable, le patient ne signalant aucun signe ou symptôme suggérant une insuffisance cardiaque ou coronarienne trois mois post revascularisation myocardique de la coronaire droite. L'échocardiogramme avec stress pharmacologique retrouvait une séquelle à minima d'infarctus inférieur et pour le reste aucun signe d'ischémie myocardique de stress.
- un rapport du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, pneumologie et médecine intensive et médecin chef du Service de médecine à l'Hôpital de Z._____, adressé le 6 mars 2015 au Dr C._____. Le premier nommé y concluait que le patient ne présentait pas d'explication somatique à une dyspnée intermittente et atypique. La fraction d'éjection du ventricule gauche était normale, il n'y avait pas d'ischémie de stress, la spirométrie était normale et, de ce fait, excluait une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Une radiographie du thorax permettait en outre d'exclure un grand nombre de pathologies pulmonaires. Le médecin chef a ajouté avoir expliqué à l'intéressé qu'il était urgent de recommencer le travail

sous peine de sortir du circuit professionnel de manière définitive et qu'il s'agissant d'un danger important.

Par télécopie du 12 octobre 2015, le Dr C. _____ a adressé à l'OAI plusieurs documents médicaux, parmi lesquels :

- un courrier qu'il avait adressé le 22 mai 2015 au médecin-conseil de l'assurance-maladie D. _____, demandant la prise en charge d'un deuxième séjour de réhabilitation cardiologique pour l'assuré. Le Dr C. _____ y avait relevé en particulier que le Dr N. _____ ne trouvait pas d'explication somatique aux symptômes de l'intéressé, qu'une tentative de remise au travail à 25 % le 16 mars avait été un échec, que le Dr P. _____ avait effectué une nouvelle ergométrie le 1^{er} avril, doublement positive, qu'une nouvelle coronographie le 8 avril ne permettait pas d'expliquer l'ergométrie et qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pratiquée le 6 mai montrait une absence d'ischémie de stress. L'assuré était très déprimé par cet état. Dans cette situation qualifiée de bien complexe, le praticien souhaitait pouvoir proposer à nouveau au patient un séjour en réhabilitation cardiaque, en espérant le rassurer et l'aider à reprendre confiance dans ses capacités.

- un rapport adressé le 12 août 2015 au Dr C. _____, dans lequel la Dresse S. _____, spécialiste en cardiologie au Centre de réadaptation cardiovasculaire de la Clinique I. _____, a relevé que le patient avait séjourné dans son service du 2 au 22 juillet 2015 et a posé les diagnostics de reconditionnement à l'effort chez un patient porteur d'une cardiopathie ischémique, de status post double pontage aorto-coronarien le 12 juin 2014, de status post infarctus du myocarde avec élévation persistante du segment ST (STEMI) inférieur sur occlusion de l'artère coronaire en distal et sténose serrée de l'artère interventriculaire antérieure le 16 mai 2014 et de fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) 46 % à l'IRM du 6 mai 2015. Elle a en outre observé ce qui suit dans la partie « discussion et évolution » de son rapport :

"Monsieur E. _____ a participé à notre programme de réadaptation cardio-vasculaire en groupe (groupe moyen avancé) comprenant un bilan cardiaque fonctionnel, une évaluation systématique des facteurs de risque cardio-vasculaire, des activités physiques variées (entraînement dynamique en endurance, exercices isométriques, gymnastique), des séances de relaxation et d'informations sur les maladies cardio-vasculaires et les facteurs de risque associés. Cet entraînement a été bien suivi sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie.

En début de réadaptation, M. E. _____ a présenté une douleur thoracique. Sur l'hypothèse d'une origine coronarienne, un traitement par Ranexa a été mis en place. Depuis lors il n'a pas présenté de récurrence. Par contre, il décrit de temps à autre une sensation de constriction thoracique limitant l'expansion thoracique. L'ergométrie du 21.07 montre une capacité physique améliorée par rapport à celle réalisée en avril chez son cardiologue, la charge maximale atteinte étant de 125 Watts pour une fréquence cardiaque maximale de 118/'. Cet examen est électriquement négatif, cliniquement il a ressenti cette sensation de gêne respiratoire. Nous avons pu rassurer le patient sur la négativité de l'ergométrie et l'amélioration de sa capacité physique. Sa capacité physique actuelle est compatible avec la reprise d'une activité professionnelle.

[...] Il bénéficié d'un soutien psychologique à raison de plusieurs séances/semaine. L'évolution a été bonne au cours du séjour. Un traitement par Tranxillum a été débuté. Un suivi ultérieur serait nécessaire, nous vous laissons le soin de l'organiser si vous le jugez utile."

- un rapport du Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, adressé le 8 octobre 2015 au Dr C. _____, suite à un examen pratiqué le 29 septembre 2015. Le psychiatre y a retenu, du point de vue psychiatrique, l'hypothèse de crises anxieuses avec une composante neurovégétative marquée, mais mal interprétées par le patient qui les considérait comme étant une manifestation de sa pathologie cardiovasculaire. Réfractaire à cette analyse, le patient bloquait la situation en attendant de façon rigide une correction somatique de son trouble. Dans ce contexte, un travail psychologique était illusoire. Le spécialiste a ajouté qu'une reprise de travail « forcée » serait probablement rapidement mise en échec à nouveau et qu'une présentation de la situation à l'AI avec une demande pour des mesures de réentraînement au travail, malgré les symptômes, aurait été une piste envisageable. Une collaboration entre le médecin

et l'équipe AI aurait apporté plus de chance de réussite, en évitant les mécanismes de projection et de méfiance stériles.

Par communication du 10 décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible à ce moment-là, au motif que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Dans un rapport médical du 1^{er} février 2016, le Dr C. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post STEMI inférieure maladie bi-tronculaire avec pose de stent sur l'artère coronaire droite (CD) proximale le 17 mai 2014, de status après double pontage coronarien (mammaire interne à gauche vers l'artère interventriculaire antérieure et diagonale) le 12 juin 2014, d'angor typique résiduel en décembre 2014, de dyspnée d'effort résiduelle en décembre 2014 et de crises anxieuses sans composantes neurovégétatives en 2014 et sans effet sur la capacité de travail de status post haemo-pneumothorax et fractures de côtes à gauche le 9 octobre 2014. En résumant l'évolution de l'état de santé de son patient depuis mai 2014, le praticien a en particulier relevé qu'un nouvel échocardiogramme le 6 novembre 2015 chez le Dr P. _____ était bon (dysfonction systolique modeste, fraction d'éjection à 45 %, aucun signe indirect d'une hypertension artérielle (HTA) pulmonaire) et qu'un CT scan thoraco-abdominal le 9 décembre 2015 était normal. Il a en outre retenu que, mis à part une éventuelle mesure de réentraînement très progressif au travail, comme le Dr R. _____ le proposait, il était « *très pessimiste quant à toute autre tentative de reprise de son ancien travail* ». Il a indiqué que l'assuré, incapable de travailler à 100 % du 18 mai 2014 au 15 mars 2015 et à 75 % du 16 au 17 mars 2015, était incapable de travailler à 100 % depuis le 18 mars 2015. Les restrictions à l'activité exercée étaient, selon l'intéressé, une dyspnée au moindre effort et un angor typique au moindre effort. Le praticien a par ailleurs estimé que l'activité exercée n'était plus exigible, les restrictions énumérées ne pouvant pas être améliorées par des mesures médicales, et qu'il ne fallait pas s'attendre à une reprise de

l'activité professionnelle. Il a joint à son rapport médical plusieurs documents médicaux dont :

- un rapport du 6 mai 2015 du Dr Q._____, spécialiste en cardiologie, au Dr P._____, faisant suite à une IRM cardiaque de perfusion sous adénosine du même jour. En conclusion, le spécialiste a retenu un ventricule gauche (VG) légèrement dilaté, présentant une dysfonction systolique modérée avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche de 46% et une akinésie inférieure et partiellement inféro-latérale basale et moyenne, un ventricule droit (VD) de fonction systolique normale, une légère dilatation atriale gauche, une absence d'ischémie de stress et une séquelle d'infarctus inférieur basal et moyen, touchant également à la base les segments inféro-septal et inféro-latéral, sans viabilité résiduelle.
- un rapport du 6 novembre 2015 du Dr P._____, posant les diagnostics d'angor typique, de status post angioplastie et stent de l'artère coronaire droite le 25 novembre 2014, de status post NSTEMI inférieur en 2014, de status post double pontage aorto-coronarien (PAC) mammaire interne vers l'artère interventriculaire antérieure (IVA) et l'artère coronaire droite le 12 juin 2014 et d'ancien tabagisme. Le spécialiste a observé que malgré une revascularisation dont l'efficacité semblait optimale, tant par l'IRM de stress que lors de l'échocardiogramme de stress, le patient annonçait des douleurs thoraciques très invalidantes et absolument typiques. Les traitements antiangineux classiques n'avaient pas amené la moindre amélioration. Il a ajouté que le contraste entre les symptômes et les éléments objectifs l'étonnait et qu'il se demandait si d'autres systèmes auraient pu provoquer des symptômes analogues. Dans ce contexte, se discutaient des fonctions pulmonaires.

Le dossier mis à jour de l'assureur perte de gain maladie de l'employeur a été transmis à l'OAI le 11 août 2016.

Interpellé par l'OAI, le Dr P._____ a indiqué dans une réponse indexée au dossier de l'intéressé le 9 septembre 2016 que l'état de santé du patient depuis février 2015 était stationnaire, que celui-ci se plaignait de douleurs thoraciques à l'effort qui suggéraient un angor, mais que les tests objectifs ne démontraient aucune ischémie de stress.

Dans un rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 23 septembre 2016, le Dr V._____, médecin au SMR, a retenu un infarctus inférieur traité par stents et double pontage comme atteinte principale à la santé, des fractures costales 7 et 8 à gauche avec hémithorax ipsilatéral suite à une chute d'un escabeau le 9 octobre 2014 comme pathologies associées du ressort de l'AI et un tabagisme du passé comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI. Il a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % dès le 18 mai 2014 puis de 0 % dès le 17 février 2015, l'activité habituelle étant exigible à 100 % depuis cette date. Le médecin du SMR a relevé en particulier que dans son rapport du 17 février 2015, le Dr P._____ écrivait qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue cardiologique et ne retenait aucune limitation somatique, que les certificats d'incapacité de travail étaient signés par le Dr C._____ qui n'exposait pas dans ses rapports les motivations objectives lui permettant de s'écarter de l'appréciation du cardiologue dont l'avis prévalait, que le séjour de l'assuré à I._____ en juillet 2015 confirmait l'absence de limitations à l'effort d'origine cardiaque ou respiratoire et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr P._____.

Par projet de décision du 18 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. En substance il a retenu que, selon les renseignements médicaux en sa possession, le délai d'attente d'une année avait commencé à courir le 18 mai 2014 (début de l'incapacité de travail) et qu'il était en mesure de reprendre son activité professionnelle depuis le 17 février 2015. Son incapacité de travail ayant duré moins d'une année, le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

Par courrier du 18 novembre 2016, l'assuré, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité. En substance, il a fait valoir que le rapport du Dr P. _____ du 15 février 2015, sur lequel le SMR s'était fondé, était succinct et que le spécialiste n'y avait pas coché si oui ou non il était possible de s'attendre à une reprise du travail ou à une amélioration, ni même indiqué une quelconque date de retour. Par ailleurs, le fait que le Dr C. _____ soit généraliste n'enlevait aucune valeur probante à ses certificats médicaux. De plus, aucun des médecins consultés n'avait remis en doute ses plaintes. Ils n'avaient simplement pas été en mesure d'établir l'origine du mal dont il souffrait, étant précisé que toutes les pistes n'avaient pas été explorées. L'intéressé a ensuite contesté que son incapacité de travail ait duré moins d'une année. A cet égard, il a soutenu qu'il avait été continuellement au bénéfice de certificats médicaux attestant de son incapacité de travail depuis le 16 mai 2014. Le dernier certificat médical datant du 27 avril 2016, le délai d'une année était plus que dépassé. En outre s'il avait réellement pu reprendre son activité lucrative dès le 17 février 2015, il paraissait évident que l'assurance perte de gain ne lui aurait pas versé des prestations pendant la durée légale de 720 jours (il ressortait de la partie en fait des objections que l'assuré ne percevait plus d'indemnités journalières perte de gain depuis le 1^{er} mai 2016, la période de 720 jours étant arrivée à son terme). Une décision du 3 mai 2016 du Service de l'emploi, Instance juridique chômage venait parachever ce constat d'incapacité de travail totale. L'assuré a également considéré avoir fait tout ce qui était en son pouvoir pour diminuer son dommage et reprendre son activité lucrative. Enfin, il a fait valoir que l'instruction de l'OAI et son dossier étaient lacunaires, dans la mesure notamment où il manquait de nombreux certificats médicaux du Dr C. _____. L'intéressé a joint à ses objections :

- des certificats médicaux des Drs C. _____ et O. _____ attestant d'une incapacité de travail depuis le 16 mai 2014, étant précisé que le certificat médical le plus récent, daté du 27 avril 2016, déclarait une incapacité de travail débutée le 18 mars 2015 à 100 % pour une « *longue durée* ».

- une décision du 3 mai 2016 du Service de l'emploi, Instance juridique chômage, déclarant l'assuré inapte au placement à compter du 1^{er} mai 2016, au motif qu'il était totalement incapable de travailler depuis le 18 mars 2015 et avait précisé que pour le moment, il n'envisageait aucune possibilité de travail.

Dans un rapport SMR du 22 décembre 2016, le Dr V. _____ a répété l'atteinte principale, les pathologies associées du ressort de l'AI et les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI retenus dans le rapport SMR du 23 septembre 2016. Il a relevé que l'assuré avait été incapable de travailler à 100 % dès le 18 mai 2014, mais disposait d'une capacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} août 2015. Il a en outre notamment écrit ce qui suit :

"Dans son rapport du 17 février 2015, le cardiologue de l'assuré écrit qu'il n'y a pas d'incapacité de travail du point de vue cardiologique et il ne retient aucune limitation somatique. Cependant à la lecture du rapport de séjour à I. _____ de juillet 2015, on doit considérer que jusqu'à cette date l'état de santé n'était pas stabilisé durablement sous le traitement optimal exigible, des douleurs thoraciques survenant parfois dans des circonstances d'efforts extrêmes.

Depuis l'été 2015, les certificats d'incapacité d'arrêt de travail sont signés par le Dr C. _____, médecin de famille. Ses rapports n'exposent pas les motivations objectives qui lui permettraient de s'écarter de l'appréciation du cardiologue dont l'avis prévaut.

Le séjour de l'assuré à I. _____ du 2 juillet 2015 au 22 juillet 2015 confirme l'absence de limitations à l'effort d'origine cardiaque ou respiratoire (test de marche et ergométrie)."

Par décision du 15 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

[...] Selon les renseignements médicaux en notre possession, il ressort qu'il a été en incapacité de travail dès le 18 mai 2014. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Après analyse de sa situation, et sur la base des rapports médicaux en notre possession, notre médecin-conseil estime que Monsieur E. _____ est en mesure de pouvoir reprendre son activité professionnelle, et ce depuis le 1^{er} août 2015.

Le droit potentiel à une rente naît le 1^{er} mai 2015. La demande de prestations a cependant été déposée le 5 février 2015 seulement. Dès lors, la demande est tardive et la rente ne pourrait lui être allouée que six mois après son dépôt, soit dès le 1^{er} août 2015 (selon l'art. 29 al. 1 LAI). Or, à cette date, Monsieur E. _____ a recouvré une pleine capacité de travail."

B. Par acte du 22 mars 2017, E. _____, représenté par Me Elsig, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité à compter du 1^{er} août 2015 au moins, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Il a également requis la mise en place d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En substance, le recourant a répété qu'aucun médecin n'avait remis en doute ses plaintes et qu'ils n'avaient simplement pas été en mesure d'en établir l'origine. Il a également fait valoir que le Dr V. _____ du SMR passait sous silence l'événement survenu le 9 octobre 2014, ainsi que la pose de deux stents le 22 novembre 2014, et qu'il ne tenait pas compte des constatations émises par le Dr C. _____ au seul motif qu'il était son médecin-traitant. L'intéressé a ensuite soutenu à nouveau que l'instruction de l'OAI était insuffisante, dans la mesure où elle ne reflétait pas sa situation réelle, et qu'aucune expertise permettant d'établir sa situation médicale n'avait été ordonnée, avant d'alléguer qu'il avait fait et faisait tout ce qui était de son ressort pour diminuer son dommage et reprendre son activité lucrative. Enfin, le recourant a fait valoir que, si par impossible une quelconque capacité de travail dans un autre type d'activité devait lui être reconnue, il fallait examiner la question de l'exigibilité d'une reconversion professionnelle en tenant compte de son âge, proche de celui donnant droit à la rente vieillesse. Or, il apparaissait que les chances de succès de trouver un emploi étaient insignifiantes. A l'appui de son propos, le recourant a en particulier produit :

- un courrier du Dr C. _____ du 2 décembre 2016 à Me Elsig, retenant qu'aux yeux du praticien, l'intéressé n'était plus en mesure à ce moment-là d'exercer son métier d'aide-rotativiste. La problématique

de fond était que les différents examens médicaux effectués depuis 2014 ne permettaient pas d'expliquer la symptomatologie de manière objective. Le Dr C._____ a ajouté que le recourant était en attente d'un nouveau bilan pneumologique (recherche d'une éventuelle hypertension artérielle pulmonaire) qui serait organisé par le Prof. Y._____, médecin adjoint au Service de pneumologie du Centre [...] (H._____).

- un courrier du 15 mars 2017 adressé à Me Elsig, dans lequel le Dr U._____, chef de clinique à la Consultation de pneumologie du H._____, a relevé notamment qu'il avait vu le recourant en consultation le 31 janvier 2017 afin de répondre à une demande ponctuelle de son médecin traitant, étant précisé que la capacité de travail du patient n'était pas l'objet de la consultation et n'avait pas été évaluée en détail. Il a également ajouté qu'une ergospirométrie en vue d'évaluer la capacité d'effort du patient était prévue le 21 mars 2017 et lui permettrait probablement de s'exprimer sur la présence et le degré de sévérité d'une éventuelle limitation fonctionnelle respiratoire ou cardiovasculaire à l'activité exercée par le patient.

Par réponse du 8 mai 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a retenu en particulier qu'au vu des différents rapports médicaux produits par les spécialistes, notamment les Drs N._____, R._____, S._____ et P._____, il avait considéré que le dossier était suffisamment instruit et qu'il était en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé.

Dans une réplique du 29 août 2017, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a soutenu que sa situation médicale restait inchangée et qu'aucune amélioration n'avait pu être constatée. Pour le surplus, il a renvoyé à son mémoire de recours.

Par duplique du 20 septembre 2017 (date du timbre postal), l'intimé a maintenu sa position.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 et 58 LPGA ; art. 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).

En l'espèce, formé en temps utile selon les autres formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations du 5 février 2015.

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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % minimum (let. c) (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé

d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4 et 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) 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, 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ;

RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3).

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. 3 ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2, 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

L'existence de pièces médicales aboutissant à des conclusions apparemment contradictoires ne suffit en soi pas à justifier l'existence d'un doute minime quant à la pertinence d'avis de médecins employés par l'assurance (ATF 135 V 465 ; TF 9C_96/2017 du 3 août 2017 consid. 4.2.6).

5. a) En l'espèce, la décision litigieuse se fondait sur le rapport SMR du 22 décembre 2016 du Dr V._____, qui reposait lui-même principalement sur les rapports des Drs P._____ du 17 février 2015 et S._____ du 12 août 2015. Le médecin du SMR a retenu un infarctus inférieur traité par stents et double pontage comme atteinte principale à la santé, des fractures costales 7 et 8 à gauche avec hémithorax ipsilatéral suite à une chute d'un escabeau le 9 octobre 2014 comme pathologies associées du ressort de l'AI et un tabagisme du passé comme facteurs/diagnostic associés non du ressort de l'AI. Il a estimé que le recourant était incapable de travailler à 100 % du 18 mai 2014 au 31 juillet 2015, mais que dès le 1^{er} août 2015, une pleine capacité de travail

était exigible sans limitation fonctionnelle dans l'activité habituelle, à savoir aide-rotativiste.

b) A teneur du dossier, force est de constater que l'appréciation des Drs P._____ et S._____ rejoignait effectivement celle du Dr V._____, contrairement à ce que qu'a soutenu l'intéressé dans le mémoire de recours (p. 11).

Le Dr P._____ - qui considérait déjà que l'évolution clinique était tout à fait favorable dans un rapport du 23 janvier 2015 où il avait posé les diagnostics de maladie coronarienne tritronculaire, de status post angioplastie et stent de la coronaire droite, de status post infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) inférieur, de status post double pontage aorto-coronarien mammaire interne vers l'artère interventriculaire antérieure et diagonale et d'ancien tabagisme et n'avait observé aucun signe d'ischémie myocardique de stress - a posé dans son rapport du 17 février 2015 le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne tritronculaire depuis 2014. Il a exclu toute incapacité de travail dans l'activité habituelle du point de vue cardiaque, ainsi que toute limitations cardiaques (points 1.6, 1.8 et 1.9 et p. 4). Que le spécialiste ne se soit pas déterminé en détail sur la date de reprise possible de l'activité ou le taux d'activité exigible comme l'a relevé le recourant (recours p. 11) ne change rien au fait qu'il a clairement estimé que toute activité professionnelle était exigible sans restriction. Dans son rapport ultérieur (6 novembre 2015), le Dr P._____ ne s'est pas prononcé expressément sur la capacité de travail de l'intéressé. Il n'a toutefois fait état d'aucun élément permettant de considérer que son appréciation de la capacité de travail avait changé. En effet, après avoir ajouté le diagnostic d'angor typique à ceux posés le 23 janvier 2015, sans préciser leur effet sur la capacité de travail, il a rapporté que son patient se plaignait de douleurs thoraciques à l'effort, tout en soulignant que les examens pratiqués ne démontraient aucune ischémie de stress et que l'efficacité de la revascularisation pratiquée lui semblait optimale d'un point de vue objectif. Il s'est en outre déclaré étonné par le contraste entre les symptômes et les éléments objectifs. Finalement, le 9 septembre 2016, le Dr P._____ a confirmé que l'état de santé de l'intéressé était

stationnaire depuis février 2015 et que les tests objectifs ne démontraient aucune ischémie de stress. Il y a dès lors lieu de considérer que pour ce spécialiste, le recourant disposait toujours à ce moment-là d'une pleine capacité de travail d'un point de vue cardiaque.

La Dresse S. _____ a posé les diagnostics de reconditionnement à l'effort chez un patient porteur d'une cardiopathie ischémique, de status post double pontage aorto-coronarien, de status post infarctus du myocarde avec élévation persistante du segment ST (STEMI) inférieur sur occlusion de l'artère coronaire en distal et sténose serrée de l'artère interventriculaire antérieure et de fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) 46 % à l'IRM du 6 mai 2015 (rapport du 12 août 2015 p. 1). Elle a observé que le programme de réadaptation cardio-vasculaire en groupe avait été bien suivi par l'intéressé, sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie, que la capacité physique de ce dernier s'était améliorée et que l'ergométrie pratiquée le 21 juillet 2015 était négative (rapport du 12 août 2015 p. 2). Elle en a conclu que la capacité physique du recourant était compatible avec la reprise d'une activité professionnelle, sans faire état de limitations fonctionnelles ni émettre aucune réserve quant au type d'activité exigible. Il faut ainsi retenir, avec le Dr V. _____, que l'intéressé était apte, selon elle, à reprendre son activité habituelle d'aide-rotativiste dès août 2015 au plus tard.

c) Aucun autre document médical figurant au dossier ne permet de s'écarter des conclusions du médecin du SMR et des Drs P. _____ et S. _____.

Les Drs C. _____ et R. _____ ont tous deux estimé que l'intéressé n'était plus apte à exercer son activité habituelle et que seule des mesures de réentraînement progressif au travail auraient été envisageables, bien qu'ils aient reconnu que les différents examens médicaux effectués ne permettaient pas d'expliquer la symptomatologie de manière objective (courrier du 22 mai 2015, rapport médical du 1^{er} février 2016 et courrier du 2 décembre 2016 du Dr C. _____ ; rapport du

8 octobre 2015 du Dr R.______). Pour le surplus, le Dr C.______ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post STEMI inférieure maladie bi-tronculaire avec pose de stent sur l'artère coronaire droite proximale, de status après double pontage coronarien, d'angor typique résiduel, de dyspnée d'effort résiduelle et de crises anxieuses sans composantes neurovégétatives et sans effet sur la capacité de travail de status post haemo-pneumothorax et fractures de côtes à gauche (rapport médical du 1^{er} février 2016). Il a encore observé que les restrictions à l'activité étaient une dyspnée et un angor typique au moindre effort (rapport médical du 1^{er} février 2016). Pour sa part, le Dr R.______ a au surplus retenu l'hypothèse de crises anxieuses avec une composante neurovégétative marquée comme cause du trouble dont souffrait l'intéressé (rapport du 8 octobre 2015). Il a considéré que le patient bloquait la situation en attendant de façon rigide une correction somatique de son trouble et qu'une reprise de travail « forcée » serait probablement rapidement mise en échec. Dans ce contexte, il apparaît que tant le praticien que le psychiatre se sont contentés de rapporter les plaintes de l'intéressé et d'anticiper ses réactions possibles en cas de reprise d'une activité professionnelle, sans toutefois faire état d'aucun élément médical objectif justifiant de retenir que ce dernier n'était pas apte à travailler à 100 % dans son activité habituelle. L'avis des Drs C.______ et R.______ n'est ainsi en réalité qu'une appréciation différente d'une même situation clinique. C'est pour ce motif – et non en raison du fait que le Dr C.______ était le médecin traitant du recourant comme supposé dans le recours (p. 13) – que leur appréciation ne suffit pas pour s'écarter des conclusions des Drs V.______, P.______ et S.______.

Lors d'une consultation de pneumologie le 5 mars 2015, le Dr N.______ a observé une fraction d'éjection du ventricule gauche et une spirométrie normale, ainsi que l'absence d'ischémie de stress, et a exclu une bronchopneumopathie chronique obstructive ainsi qu'un grand nombre de pathologies pulmonaires. Il en a conclu qu'il n'y avait pas d'explication somatique à la dyspnée intermittente et atypique dont se plaignait l'intéressé (rapport du 6 mars 2015). Le pneumologue a par ailleurs relevé avoir expliqué à ce dernier qu'il était urgent de

recommencer le travail. On peut dès lors en conclure que le Dr N. _____ partageait l'appréciation du SMR et des Drs P. _____ et S. _____ s'agissant de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, même s'il ne s'est pas expressément prononcé sur cette question.

Les Drs O. _____ et F. _____ ont retenu que le recourant présentait un hémopneumothorax avec plusieurs fractures costales gauches et une fracture de l'omoplate gauche lors de son arrivée aux urgences le 9 octobre 2014 (rapport du 13 novembre 2014) et ont attesté d'une incapacité de travail totale du 9 octobre au 10 novembre 2014. Ils n'ont en revanche plus pris position sur la capacité de travail du recourant au-delà de cette date. L'appréciation de ces médecins est donc également en phase avec les conclusions du Dr V. _____ du SMR qui a estimé que ces pathologies, retenues comme pathologies associées du ressort de l'AI par ce dernier, n'avait plus d'effet sur la capacité de travail du recourant.

Finalement, le Dr Q. _____, qui a adressé son rapport d'IRM cardiaque de perfusion sous adénosine du 6 mai 2015 au Dr P. _____, et le Dr U. _____, qui a vu le recourant en consultation le 31 janvier 2017 et a relevé qu'une ergospirométrie était prévue le 21 mars 2017 n'ont pas pris position sur la capacité de travail du recourant.

d) L'appréciation du Dr V. _____ du SMR reposait sur une analyse des pièces mises à disposition. Il a eu accès au dossier médical du recourant (anamnèse) et aux rapports des autres médecins appelés à se prononcer sur son cas. Il s'est en particulier fondé sur l'avis des Drs P. _____ et S. _____ qui ont procédé à l'examen clinique de l'intéressé et effectué leurs propres tests. Ces deux spécialistes avaient une connaissance approfondie du cas du recourant, puisque le Dr P. _____ l'a suivi depuis son premier infarctus en mai 2014 et la Dresse S. _____ a pu l'observer pendant son séjour à la Clinique I. _____ du 2 au 22 juillet 2015. Les conclusions du SMR sont claires et convaincantes, bien que motivée succinctement, et ne sont pas mises valablement en doute par les autres praticiens. Elles ont ainsi pleine

valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par le Dr V._____.

e) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présentait une capacité de travail à 100 % dans son activité habituelle d'aide-rotativiste à compter du 1^{er} août 2015 au plus tard.

6. Sous un autre angle, le recourant a soutenu que, dans l'hypothèse où une capacité de travail dans un autre type d'activité que son activité habituelle lui était reconnue, son âge, la formation de base suivie au [...] (école obligatoire) et le fait qu'il ne soit pas de langue maternelle française rendaient ses chances de retrouver un emploi insignifiantes (mémoire de recours p. 16).

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2, 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2, 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2, 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références). Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral

n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'espèce, comme mentionné ci-dessus (consid. 5e supra), le recourant est apte à travailler à 100 % dans son activité habituelle d'aide-rotativiste. La question de l'exigibilité d'une reconversion professionnelle dans une activité adaptée ne se pose donc pas.

A toutes fins utiles, la Cour observe néanmoins que dans tous les cas, au moment où la capacité de travail du recourant a pu être établie médicalement de manière fiable, soit lors de la délivrance des rapports des Drs P._____ et S._____ en 2015, il était tout juste âgé de 59 ans. L'intéressé se trouvait donc à près de six ans de l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse de l'AVS (art. 21 al. 1 let. b LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]) et n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. En outre, quoi qu'il en dise, le recourant n'a pas démontré que l'absence de formation supérieure ou le fait qu'il ne soit pas de langue maternelle française rendraient à eux seuls illusoire ou irréaliste ses possibilités concrètes de retrouver un emploi.

7. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 15 février 2017 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 d'E._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour E. _____),
- 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 :