

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 février 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Berthoud et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Christophe Oberson, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1954, de nationalité espagnole, entré en Suisse le 10 juin 2010, titulaire d'un permis C et père de trois enfants nés respectivement en 1993, 1995 et 2001, a déposé une demande de prestations AI (assurance-invalidité) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 15 juin 2015, invoquant des problèmes au pouce gauche, au coude droit, au dos (hernie discale) ainsi qu'à une fesse et précisant, s'agissant de l'atteinte au pouce gauche, que la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) avait refusé de prendre en charge son cas. L'assuré a également indiqué qu'il travaillait depuis le 10 janvier 2011 en tant qu'agent de production auprès de l'entreprise O. _____ SA, active dans la fabrication et pose de fenêtres, et qu'il était en incapacité de travail à 100% à compter du 15 janvier 2015.

b) Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a demandé la production du dossier de l'assuré auprès de la CNA. Il en ressort que celui-ci a été victime d'un accident de travail le 20 novembre 2012 au niveau du pouce gauche en déposant une charge de 100 kg environ.

Le 31 janvier 2013, l'assuré a, en raison de douleurs, consulté un médecin de l'Hôpital T. _____ qui l'a mis en arrêt de travail durant deux jours. Le cas a alors été annoncé à la CNA. Dans le certificat médical LAA, il est fait mention d'une entorse du pouce gauche. Par courrier du 22 mars 2013, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance sans préjudice d'un droit futur.

En date du 25 août 2014, le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a rempli un formulaire, intitulé « Certificat médical LAA pour rechute », précisant qu'il s'agissait d'une rechute de l'accident ayant eu lieu en 2012 qui avait été négligé quant à sa prise en charge médicale et diagnostiquant une rhizarthrose avec subluxation de la base du premier métacarpien (pouce

gauche), tout en mentionnant une incapacité de travail à 100% depuis le 8 juillet 2014.

Par décision du 27 novembre 2014, se fondant sur une appréciation médicale du 17 novembre 2014, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance, considérant que les examens d'imagerie médicale n'avaient pas mis en évidence des lésions de nature structurelle, évocatrices d'un évènement accidentel, mais une atteinte (rhizarthrose) de nature dégénérative, les troubles provoqués par l'accident (entorse) du 20 novembre 2012 ayant rendu symptomatique une maladie articulaire préexistante qui était asymptomatique jusque-là.

c) Dans un rapport du 16 février 2015 faisant suite à une échographie du coude droit, de la fesse droite et de la hanche droite de l'assuré, le Dr O._____, spécialiste en radiologie du Centre H._____, (ci-après : Centre H._____), a constaté une formation calcifiée intra-articulaire mesurant 1.5 cm d'épaisseur et 11 mm de hauteur et suspecté une tendinite et une bursite dans la hanche.

Le même jour, le Dr W._____ a adressé un rapport à l'assurance-maladie N._____, dans lequel il retenait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de bursite à la hanche droite, d'épicondylite au coude droit et de dépression nerveuse, précisant que la capacité de travail du patient était nulle dans son activité habituelle (menuisier).

Dans un rapport du 20 février 2015 établi à la suite d'une IRM du bassin de l'assuré effectuée le même jour, le médecin précité a conclu à une coxarthrose bilatérale débutante plus marquée du côté droit, à des modifications arthrosiques au niveau des articulations sacro-iliaques, plus marquées du côté gauche et à un léger œdème au niveau des insertions tendineuses sur la face latérale externe du grand trochanter du côté droit, qui se rehaussait légèrement après injonction intraveineuse de Gadolinium et qui faisait suspecter une tendinite avec insertionite. Le Dr W._____ a également diagnostiqué une scoliose lombaire à convexité

gauche, avec des discopathies étagées particulièrement marquées en L4-L5, où l'on notait des modifications oedémateuses au niveau des plateaux vertébraux, une protrusion discale avec saillie discale intra-foraminale ostéophyttaire plus marquée à droite, responsable d'un rétrécissement du canal radiculaire droit ainsi qu'une hernie sous-ligamentaire intra-foraminale droite L2-L3.

Le 20 février 2015 également, le Dr O. _____ a confirmé, à la suite d'une IRM du coude droit de l'assuré effectué le même jour, la présence d'un corps libre intra-articulaire de nature osseuse, mesurant environ 2 cm de largeur pour environ 17 mm de hauteur et 15 mm d'épaisseur, situé en avant de la palette humérale, en position intra-articulaire, entouré par une quantité modérée d'épanchement intra-articulaire ainsi que de modifications arthrosiques intéressant l'articulation du coude (articulations huméro-ulnaire, huméro-radiale et radio-ulnaire).

Une IRM du poignet droit de l'assuré a été effectuée le 27 mai 2015. Dans un rapport consécutif à cet examen, établi le 1^{er} juin 2015 par le Dr U. _____, spécialiste en radiologie du Centre X. _____ (ci-après : Centre X. _____), il est fait mention d'une rhizarthrose décompensée, de signes d'arthrose radio-carpienne modérée, d'une dégénérescence du TFCC (structure fibrocartilagineuse biconcave d'une forme triangulaire qui se situe entre la berge ulnaire du radius distal et la tête ulnaire du poignet) ainsi que d'une ténosynovite des tendons extenseurs radiaux du carpe.

Dans un rapport du 17 juin 2015, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main au sein de la Clinique chirurgicale Z. _____, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'arthrose modérée au coude droit et a précisé que l'assuré avait été opéré le 29 mai 2015 en raison d'une volumineuse souris intra-articulaire existant depuis mars 2015, date de la première manifestation symptomatique significative, et que le pronostic était favorable quant aux suites de l'opération mais réservé en ce qui concernait l'arthrose à moyen/long terme. Il ressort du protocole

opératoire établi le 29 mai 2015 par le Dr D._____ que le patient avait été informé que l'extirpation du corps libre intra-articulaire devrait le mettre à l'abri de blocages ultérieurs inopinés, voire diminuerait les risques de présenter des douleurs, alors que l'arthrose elle-même resterait évidemment inchangée avec ce que cela impliquerait en termes de pronostic.

Par courrier du 30 juin 2015 adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr D._____ a indiqué que l'évolution post-opératoire du coude droit n'impressionnait pas par sa rapidité mais qu'elle lui semblait suivre son cours assez normalement. Il a précisé qu'il espérait avoir bien aidé l'assuré avec l'extirpation de la volumineuse souris articulaire mais qu'il fallait bien réaliser qu'il ne s'agissait pas d'un coude neuf et qu'il y avait une arthrose globale modérée mais bien réelle. S'agissant du poignet gauche, le Dr D._____ a mentionné que le status était typique d'une arthrose trapézo-métacarpienne, ajoutant que cette arthrose était déjà connue depuis plus de deux ans et demi et qu'elle avait été décompensée à l'occasion d'un traumatisme. Ce spécialiste a encore indiqué que l'assuré était candidat à une arthroplastie, dont l'indication reposait essentiellement sur la symptomatologie douloureuse et la tolérance du patient.

Il était mentionné dans la fiche d'examen du dossier de l'assuré établie le 1^{er} juillet 2015 que celui-ci souffrait d'arthrose au pouce gauche, d'une hernie discale L2-L3 côté droit, d'une scoliose lombaire à convexité gauche avec des discopathies étagées en L4-L5 et de lombalgie irradiant la fesse droite, avec la précision qu'il était limité pour ce qui était du port de charges, ayant de la peine à soulever le bras et des douleurs au coude droit.

Dans un rapport du 16 juillet 2015, l'employeur de l'assuré a indiqué qu'il était difficilement envisageable de trouver un poste adapté dans la production, compte tenu des problèmes de santé indiqués par le collaborateur.

d) Au terme de la phase d'intervention précoce, l'OAI a conclu le 15 septembre 2015 qu'aucune mesure n'était possible, dès lors que la situation médicale de l'assuré n'était pas stabilisée et que l'instruction médicale devait par conséquent se poursuivre.

e) Le 17 septembre 2015, l'assuré a subi une opération du pouce gauche consistant en une résection du trapèze et stabilisation de la base métacarpienne par suture invaginante de la capsule articulaire (arthroplastie). Dans le protocole opératoire du même jour, le Dr D. _____ mentionnait que l'évolution était favorable après l'extirpation de la volumineuse souris articulaire du coude droit fin mai 2015 mais qu'il restait l'arthrose globale du coude de même que le problème lombaire et les douleurs à l'épaule. Il précisait également que le patient jugeait intolérables les douleurs trapézo-métacarpiennes gauches, en présence d'une arthrose marquée.

Par courrier du 8 octobre 2015 adressé à l'OAI, le Dr D. _____ a indiqué que les questions professionnelles n'étaient pas au premier plan, dès lors que le patient était encore en pleine convalescence à la suite de son opération du 17 septembre 2015, mais qu'il existait une limitation fonctionnelle dans l'usage du membre supérieur droit qui ne permettrait probablement plus au patient de reprendre une activité manuelle lourde.

Le 15 octobre 2015, l'assuré a consulté, sur demande de son assurance perte de gain, le Dr M. _____, médecin-conseil membre du Groupe K. _____, dont fait partie l'assurance-maladie N. _____. Ce médecin a conclu que l'incapacité de travail de trois mois à la suite de l'opération effectuée le 17 septembre 2015, soit jusqu'au 17 décembre 2015, était justifiée.

Dans un rapport du 9 novembre 2015, le Dr W. _____ a posé les diagnostics de hernie discale L4-L5, arthrose du pouce et arthrite du coude droit.

Le Dr D._____, quant à lui, a mentionné dans un rapport du 7 décembre 2015 que l'évolution était lentement favorable s'agissant de la base du pouce gauche opéré et que l'on pouvait espérer qu'à terme, les douleurs de nature mécanique encore présentes s'amendent, tout en anticipant une diminution finale de la force de serrage dans la pince pollici-digitale et, à un moindre degré, dans la prise à pleine main. Il a également relevé que le patient ne serait plus en mesure de reprendre une activité manuelle lourde (problème de rachis, d'épaule droite douloureuse, de coude droit arthrosique, accessoirement diminution mentionnée de la force de la main gauche). Il a encore précisé que les plaintes du patient semblaient crédibles mais que celui-ci semblait avoir atteint une certaine limite et qu'une forme de réorientation professionnelle dans l'entreprise qui l'employait semblait être la meilleure solution, pour autant qu'un poste de travail adapté puisse être aménagé.

En date du 18 décembre 2015, une IRM lombaire a été effectuée par le Dr O._____. Dans son rapport du même jour, ce médecin a constaté une importante dégénérescence disco-vertébrale au niveau L4-L5, avec pincement discal et modifications oedémateuses modérées au niveau des plateaux vertébraux adjacents et surtout une protrusion discale avec une saillie discale intra-foraminale bilatérale nettement plus marquée du côté droit, responsable d'un rétrécissement des canaux radiculaires des deux côtés, plus marqué du côté droit. Le Dr O._____ a également mentionné une arthrose interfaccettaire postérieure, avec hypertrophie modérée des ligaments jaunes, nettement plus marquée du côté droit et a constaté une dégénérescence ainsi qu'un pincement et protrusion discale aux niveaux L1-L2, L2-L3 et L3-L4. Il a conclu à l'existence d'une hernie discale intra-foraminale gauche L3-L4 ainsi qu'à une dégénérescence disco-vertébrale sévère L4-L5, associées à une arthrose postérieure.

Dans un rapport du 29 janvier 2016 rempli à l'attention de l'assurance-maladie N._____, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'arthrose au coude droit et de rhizarthrose au poignet gauche existant depuis mars 2015 et a évoqué le

problème du rachis et de l'épaule dont il ne s'était pas occupé mais qui, selon lui, pouvait avoir une influence sur la capacité de travail du patient. Il a mentionné que l'évolution après les deux opérations subies par l'assuré au niveau du coude droit et du poignet gauche était favorable, tout en précisant que le patient présentait des limitations dans ses capacités fonctionnelles manuelles et dans le port de charges de nature composites (rachis, épaule et coude droits, pouce gauche).

Dans un rapport du 9 février 2016, établi à la suite d'une radiographie par rayons X de l'épaule droite de l'assuré, le Dr O. _____ a conclu à l'existence d'une tuméfaction hétérogène marquée du tendon du sous-scapulaire et de son insertion sur le trochin, avec un épanchement dans la gaine synoviale du long chef du biceps et suspicion d'une luxation du long chef du biceps. Ce médecin a également précisé que des arguments existaient en faveur d'une légère tendinite au niveau du sus-épineux, avec bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2016 adressé à N. _____, le Dr W. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de hernies discales (au nombre de deux), de rhizarthrose à droite, de corps étranger dans le coude droit et de fracture du scaphoïde, précisant que l'évolution était très lente et que l'incapacité de travail de l'assuré était totale tant dans la profession de menuisier que dans une activité adaptée.

En date du 18 mai 2016, l'assuré a subi une infiltration par injection intra-articulaire au niveau des lombaires, réalisée par le Dr Q. _____, spécialiste en anesthésiologie et soins intensifs.

Le 27 juin 2016, le Dr D. _____ a répondu de la manière suivante aux questions qui lui ont été soumises par l'OAI :

« **1.** Evolution favorable après arthrotomie du coude droit et extirpation de volumineuses souris articulaires, après arthroplastie pour rhizarthrose du pouce gauche. Favorable dans le sens où il n'y a pas eu de complication, sans pour autant que le patient soit asymptomatique. Au niveau du coude droit en particulier, la mobilité

reste variablement douloureuse avec des amplitudes limitées à 0-25-130. Au niveau du pouce gauche, pas de douleurs à l'usage quotidien maintenant, mais force tout de même diminuée, au key-pinch à 3 kg (5 à droite). Pour rappel à droite, le patient souffre également de son épaule. Les douleurs résiduelles diverses que présente le patient tendent à être météo-dépendantes.

[...]

3. Incapacité de travail de 100% depuis le 29.05.2015, avec reprise à 50% le 1^{er} mars 2016. Tout cela sur la base uniquement de la prise en compte du coude droit et du pouce gauche. La reprise à 50% est médico-théorique, puisque le patient est mis au bénéfice d'une incapacité complète pour ses problèmes d'épaule droite mais surtout de rachis (anamnestiquement hernies lombaires multiples, douleurs qui tendent à résister aux traitements institués).

4. Dans une activité adaptée tout le monde est capable de travailler avec un rendement normal ou qui s'en approche. »

Dans un rapport radiologique établi le 14 juillet 2016 à la suite d'une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré, le Dr A. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à une arthropathie inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire, à une bursite sous-acromio- deltoïdienne, à une tendinopathie du sus-épineux sans signe de rupture ainsi qu'à une tendinopathie bicipitale lors de l'engagement de la gouttière. Il a proposé une infiltration sous guidage échographique, compte tenu de l'absence de déchirure tendineuse et de la présence d'une pathologie inflammatoire bursale et acromio-claviculaire.

Dans ses rapports des 18 juillet, 20 septembre et 25 octobre 2016, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a mentionné que l'assuré était venu en consultation en raison de douleurs à l'épaule droite, qu'il avait constaté une difficulté à lever le bras, tout en précisant qu'il convenait de poursuivre l'auto-rééducation et la rééducation ainsi que la prise d'anti-inflammatoires et prévoir éventuellement une infiltration gléno-humérale droite. Dans son dernier rapport, ce médecin a constaté que l'arthrose acromio-calviculaire droite ainsi que la tendinopathie du biceps et du sus-épineux allaient beaucoup mieux, les douleurs ayant diminué et l'assuré étant désormais en mesure de se coiffer. Il a ainsi préconisé la fin du traitement.

f) L'assuré a entre-temps été licencié avec effet au 21 octobre 2016, en raison de ses problèmes de santé, n'étant plus à même d'exercer l'activité de menuisier.

Dans un avis médical du 28 octobre 2016, le Dr G._____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a conclu à une incapacité de travail de l'assuré à 100% depuis le 15 janvier 2015 dans son activité habituelle et à une capacité de travail pleine et entière dès le 1^{er} mars 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 10 kg, possibilité d'alterner les positions assises et debout, pas de port de charges en position de porte-à-faux, pas de travaux nécessitant des manipulations lourdes avec le membre supérieur gauche, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal.

Le 31 octobre 2016, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible. Au titre du revenu sans invalidité, il a retenu celui perçu par l'assuré en 2015 dans son activité de menuisier selon le rapport employeur du 16 juillet 2015, indexé à 2016, soit, un montant de 66'912 fr., et comme revenu avec invalidité celui tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014 (TA 1), indexé à 2016, niveau de compétence 1, soit un montant de 65'478 fr. 63, sur lequel il a admis un abattement de 15 % en raison de l'âge (travaux lourds) et des limitations fonctionnelles de l'assuré, soit un revenu avec invalidité de 56'937 fr. 94. En comparant les revenus avec et sans invalidité, l'OAI a conclu que le taux d'invalidité de l'assuré s'élevait à 14.91%.

Par projet de décision du 1^{er} novembre 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, soit du 1^{er} janvier au 31 mai 2016, dès lors qu'il avait présenté un degré d'invalidité de 100% à l'échéance du délai de carence, le 15 janvier 2016, lui ouvrant un tel droit mais que celui-ci était toutefois limité au 31 mai 2016, échéance du délai de trois mois après l'amélioration du 1^{er} mars 2016, compte tenu de son degré d'invalidité inférieur à 40%.

Par courrier du 14 novembre 2016, l'assuré a contesté le projet de décision précité, en reprochant en substance à l'OAI de s'être fondé uniquement sur le rapport du Dr D. _____ sans tenir compte des avis de ses médecins traitants.

Par attestation médicale du 5 janvier 2017, le Dr W. _____ a listé les pathologies suivantes :

- « - Hernie discale L4-L5 invalidantes
- Coxarthrose bilatérale
- D-S-H à droite
- Fracture du coude droite compliqué par une pseudarthrose
- Rhizarthrose d'origine iatrogène du pouce
- P.S.H (Périarthrite scapulo-humérale) »

Ce médecin a conclu que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit et ceci de manière définitive.

Par décision du 9 février 2017, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 31 mai 2016 pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Vous avez présenté une incapacité de travail totale du 15 janvier 2015 (début du délai d'attente d'une année) au 28 février 2016, puis à 50%.

Des investigations médicales entreprises, il ressort que votre activité habituelle d'agent de production est désormais contre-indiquée par vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg - possibilité d'alternance des positions assis/debout - pas de travaux nécessitant des manipulations lourdes avec le membre supérieur gauche - pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale).

Toutefois, dans une activité adaptée (activités industrielles légères comme : petit-montage-assemblage - finition de pièces - contrôle ou surveillance d'un processus de production), votre capacité de travail est entière, et ce, dès le mois de mars 2016.

Sans problèmes de santé, vous auriez continué d'exercer votre activité habituelle pour un salaire (en 2016) de CHF 66'912.00.

L'exercice d'une activité médicalement adaptée vous permettrait de prétendre en théorie à un revenu de l'ordre de CHF 56'938.00 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 66'912.00

avec invalidité CHF 56'938.00

La perte de gain s'élève à CHF 9'974.00 = un degré d'invalidité de 15%

Cela étant, à l'échéance du délai de carence, le 15 janvier 2016, votre préjudice - et, partant, votre degré d'invalidité est de 100%, ce qui vous ouvre le droit à une rente entière, jusqu'au 31 mai 2016 : la rente s'éteint en effet trois mois après l'amélioration du 1^{er} mars 2016, dès lors que votre préjudice est inférieur à 40%.

Si la capacité de travail ou de gain d'un assuré s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée ou supprimée en fonction de cette amélioration. La modification interviendra dès qu'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 (art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)). »

Par attestation médicale du 3 mars 2017, le Dr B._____ a mentionné que l'assuré était en arrêt de travail, que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle et ce, pour une durée indéterminée, aucune activité n'étant adaptée en raison de différentes pathologies.

B. Par acte du 6 mars 2017, l'assuré a recouru contre la décision du 9 février 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO), en concluant principalement à son annulation, le droit à une rente entière d'invalidité lui étant reconnu à partir du 1^{er} juin 2016 et, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants et à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée, les frais et dépens étant mis dans tous les cas à la charge de l'OAI. Le recourant reproche en substance à l'intimé de s'être fondé uniquement sur le rapport du Dr D._____, qui ne tiendrait compte que de certaines de ses atteintes à la santé, sans requérir des appréciations complémentaires, notamment du Dr B._____, lesquelles en l'occurrence rejoignent celles du Dr W._____, pour déterminer sa capacité de travail.

Par réponse du 21 avril 2017, l'OAI, se fondant sur un avis médical du 11 avril 2017 du Dr G._____, du SMR, a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il ressort de l'avis précité que tant une coxarthrose bilatérale débutante, évoquée d'ailleurs uniquement dans le rapport du Dr O._____, qu'une hernie discale L4-L5 ne sont pas synonymes d'incapacité de travail complète pour toute activité. Le Dr G._____ relève par ailleurs qu'aucun rapport au dossier ne mentionne d'élément clinique déficitaire qui aurait une influence sur la capacité de travail. En particulier, de l'avis de ce médecin, les limitations fonctionnelles mentionnées dans l'avis médical du SMR du 28 octobre 2016 sont parfaitement compatibles avec les nouvelles atteintes décrites par le Dr O._____ puisqu'il y était précisé « pas de port de charges lourdes supérieures à 10kg, possibilité d'alterner les positions assise et debout, pas de port de charges en position de porte-à-faux, pas de travaux nécessitant des manipulations lourdes avec le membre supérieur gauche et pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal ». Dans sa réponse, l'OAI indique également que le Dr W._____ ferait l'objet d'une enquête pour polypragmasie, ce qui expliquerait ses prises de position très tranchées. Il relève en outre que tant les rapports de ce médecin que ceux du Dr B._____ se bornent à poser des diagnostics sans expliquer si et dans quelle mesure ceux-ci restreindraient la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, de sorte que leur force probante serait limitée.

Par réplique du 16 mai 2017, le recourant soutient que, contrairement à ce que prétend le Dr G._____, il est clairement établi par les différentes appréciations médicales données par les Drs O._____, D._____ et B._____ qu'il souffre d'une coxarthrose bilatérale. Il fait également valoir qu'il incomberait au Dr G._____ de procéder à un examen approfondi pour déterminer si la hernie discale L4-L5 a des conséquences sur sa capacité de travail. En bref, le recourant estime qu'au vu des rapports médicaux contradictoires figurant au dossier, il y a lieu de procéder à une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer l'impact de ses atteintes physiques sur sa capacité de travail.

Il déclare par ailleurs être stupéfait d'apprendre qu'une enquête pénale est ouverte contre le Dr W._____ et estime que ce fait ne remet aucunement en doute les qualités médicales de ce médecin dont les rapports sont à prendre en compte dans l'appréciation de son cas.

A l'appui de sa réplique, le recourant a notamment produit :

- un certificat médical du 7 mars 2017 du Dr Q._____, précisant qu'il était suivi en raison de douleurs lombaires chroniques et qu'il pouvait reprendre une activité professionnelle dans un domaine adapté à ses possibilités physiques avec les restrictions suivantes (sic) :

- « - Port de charge limité à 5kg maximum
- Position assise continue limité à 1 heure
- Position statique limité à 1heure
- Changement de position fréquente souhaitable
- Porte-à-faux à éviter
- Rotation bassin-épaules à éviter »,

- un certificat médical du 5 mai 2017 du Dr B._____, attestant qu'il était suivi pour une tendinopathie du biceps, une lésion partielle du sus-épineux, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire depuis une année, proscrivant toute activité sollicitant le membre supérieur droit et précisant qu'il était évident que le port de charges, même au-delà d'1 kg, était impossible à effectuer,

- un certificat médical non daté du Dr V._____, médecin généraliste, (signé par le Dr L._____, également médecin généraliste) du [...] SA, listant une série d'atteintes et précisant que toutes ces atteintes contribuaient à une mauvaise humeur fréquente ainsi qu'à une exaspération trop facilement déclenchée entraînant des difficultés dans la communication qui rendaient la recherche de travail plus difficile encore. Ce médecin énumère également les restrictions dans une activité professionnelle, à savoir :

- « - Pas de charge au-delà de 5KG occasionnellement.
- Changement fréquent de position possible.
- Position assise maximum 1Heure en continu.
- Position debout continue 1Heure au maximum.

- Pas de travail en porte à faux.
- Eviter les rotations du tronc.
- Pas de mouvement ou force avec membre inférieur droit, ni mouvement répétitif
- Pas de charge ou de force ni de mouvement répétitif du membre supérieur droit. »

- un certificat de travail daté du 30 novembre 2016 établi par O. _____ SA, son ancien employeur, produit dans le but de démontrer sa motivation sur le plan professionnel.

Par duplique du 27 juin 2017, l'intimé a attiré l'attention sur le fait qu'une instruction pénale avait été ouverte contre le Dr W. _____ pour escroquerie par métier, faux dans les titres et faux certificat médical qualifié, selon courrier du 20 avril 2017 du Ministère public central et qu'il y avait donc lieu d'examiner les rapports médicaux que ce médecin avait établis avec circonspection. L'OAI a également mentionné que les pièces produites avec la réplique n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan médical susceptible de modifier son appréciation du cas d'espèce, tout en relevant certaines anomalies (absence de date, signature par un autre médecin) dans ces pièces.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

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 131 V 164, ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur le droit du recourant de continuer à bénéficier d'une rente entière au-delà du 31 mai 2016.

Pour la période précédant le mois de juin 2016, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas le flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} janvier 2016.

3. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_763/2013 du 12 février 2014 consid. 2 et les références citées).

En vertu de l'art. 17 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, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

b) Aux termes de l'art. 88 a al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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

b) 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

c) Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il convient en effet de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

6. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 26 juin 2016 du Dr D._____ pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ce médecin mentionne en effet une évolution favorable après arthrotomie du coude droit et extirpation de volumineuses souris articulaires, après arthroplasties pour rhizarthrose du pouce gauche. Il estime ainsi que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée, tout en précisant qu'il ne se prononce que par rapport aux pathologies qu'il a traitées (coude droit et pouce gauche). Le recourant présente en outre des douleurs au niveau de l'épaule droite et des lombalgies sur hernies discales anciennes selon le Dr G._____ du SMR. Or pour ce médecin, ces atteintes font que dans son activité habituelle, la capacité de travail est nulle et, partant, plus exigible dans la mesure où cette activité requiert le port de charges supérieures à 10 kg. Il estime en revanche que dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant, la capacité de travail est entière. Le Dr G._____ s'est également prononcé par rapport à la coxarthrose bilatérale débutante dont souffre le recourant dans un avis du 11 avril 2017. Ce médecin relève qu'une telle atteinte ne peut être source d'incapacité de travail complète pour toute activité et qu'il est nécessaire

d'être en possession d'un rapport clinique décrivant la symptomatologie et les limitations que pourraient entraîner une telle atteinte somatique. Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, aucun rapport médical figurant au dossier ou produit en cours d'instance n'est suffisamment motivé pour retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. En particulier, comme le relève le Dr G._____, le recourant n'a pas consulté de médecin rhumatologue ou autres spécialiste par rapport à cette problématique. De même, le Dr G._____ relève, s'agissant de la hernie discale L4-L5, que celle-ci a déjà été mentionnée par le Dr W._____ dans son rapport du 9 novembre 2015 sans toutefois que celui-ci n'évoque d'élément clinique déficitaire sur le plan moteur ou sensitif qui aurait une influence sur la capacité de travail du recourant. C'est le lieu également de relever que le Dr W._____, médecin traitant du recourant, se borne à lister des atteintes et à prétendre que celles-ci empêcheraient le recourant d'exercer une quelconque activité, sans procéder à une analyse détaillée de l'impact de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant (cf. en particulier les rapports du 20 février 2015 et 1^{er} mars 2016, ainsi que l'attestation médicale du 5 janvier 2017). Il en va de même des avis du DrB._____ (cf. en particulier rapports de consultation des 18 juillet, 20 septembre, 25 octobre 2016 ainsi que l'attestation médicale du 3 mars 2017) et du Dr V._____. Force est ainsi de constater que les atteintes à la santé dont se prévaut le recourant étaient déjà connues au moment où l'OAI a rendu sa décision et que cet office n'a pas retenu d'incapacité de travail, à juste titre, dès lors qu'aucune pièce médicale suffisamment probante au regard des critères jurisprudentiels ne figurait au dossier. Le Dr D._____ en revanche a répondu à des questions précises posées par l'OAI quant à la capacité de travail du recourant et aux limitations fonctionnelles ayant une influence sur celle-ci. Partant, l'intimé s'est fondé à bon escient sur le rapport de ce spécialiste. On relèvera encore que le Dr Q._____ mentionne, dans un certificat médical du 7 mars 2017 produit par le recourant lui-même, que celui-ci pouvait reprendre une activité professionnelle dans un domaine adapté à ses possibilités physiques et rejoint ainsi l'avis du Dr D._____.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'état de santé du recourant s'étant ainsi considérablement amélioré.

7. Dès lors que le recourant ne présentait plus d'atteinte incapacitante dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2016, l'OAI a conséquemment supprimé la rente d'invalidité au 31 mai 2016 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

En procédant ainsi, l'office a omis de tenir compte des circonstances particulières du cas d'espèce.

a) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

b) La jurisprudence a toutefois reconnu que 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 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 s. et les références).

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 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 p. 461 s. ; voir aussi Jacques-André Schneider, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in : Grenzfälle in der Sozialversicherung, Zurich 2015, p. 5). Au demeurant, la limite d'âge au-delà de laquelle une mise en valeur est exclue n'a, à ce jour, pas été fixée par le Tribunal fédéral (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

c) Cette jurisprudence est applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui a perdu son emploi, ou qui doit en changer, en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré. Il s'agit alors de prendre en considération le fait que l'âge peut constituer un facteur excluant un tel reclassement professionnel. Il en va différemment lorsqu'un assuré a présenté une première demande de prestations et que l'administration l'a rejetée au motif qu'il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d'une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. En cas de nouvelle demande, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée *in*

ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 (cf. TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s., avec les références). Il appartient donc à l'assurance de vérifier, par expertise si nécessaire, si la péjoration de l'état de santé alléguée entraîne véritablement une diminution de la capacité résiduelle de travail et de gain de nature à modifier le droit aux prestations. L'âge avancé pourra entrer en considération – le moment déterminant étant alors celui de la naissance éventuelle du droit à la rente – pour autant qu'il ne constitue pas le facteur essentiel d'exclusion de l'assuré du marché du travail, par rapport aux atteintes à la santé. Demeurent réservés les cas dans lesquels l'assuré a retrouvé un emploi adapté après le premier refus de rente, dont la poursuite est mise en cause par la péjoration de son état de santé. Dans ces cas, les principes développés à l'ATF 138 V 457 restent applicables si un changement de profession s'avère finalement nécessaire, comme lorsqu'une première demande de prestations est examinée.

d) En l'occurrence, le recourant, né le [...] 1954, était âgé de 62 ans et 6 mois lorsque le Dr D._____ s'est prononcé en juin 2016 sur sa capacité de travail, jugée entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2016. Or il faut admettre qu'à cet âge, un reclassement professionnel est particulièrement compliqué, ce d'autant plus que le recourant a travaillé de 2011 à 2015 en tant que menuisier dans la même entreprise, active dans la fabrication et pose de fenêtres, domaine qui est désormais exclu compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Dans ces circonstances, si la perspective de retrouver un emploi adapté ne peut être totalement exclue, force est de constater qu'elle est purement hypothétique, même sur un marché du travail équilibré. En outre, les limitations fonctionnelles que connaît le recourant, à savoir l'absence de port de charges supérieures à 10 kg, la possibilité d'alterner les positions assise et debout, l'absence de port de charges en position de porte-à-faux, de travaux nécessitant des manipulations lourdes avec le membre supérieur gauche et de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal, constituent à n'en pas douter de sérieux obstacles vis-à-vis d'un employeur potentiel. D'ailleurs, aucune activité adaptée n'a été proposée au recourant, ce qui tend également à démontrer que les perspectives d'emploi sont clairement insuffisantes pour pouvoir tenir

pour raisonnablement exigible la réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente entière d'invalidité, dans une activité adaptée à l'état de santé.

Les circonstances exposées ci-avant justifient en l'espèce l'application de la jurisprudence concernant les assurés proche de l'âge de la retraite.

En conséquence, il y a lieu de maintenir le droit du recourant à un rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} juin 2016.

8. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision du 9 février 2017 réformée en ce sens que le recourant continuera à bénéficier d'une rente entière au-delà du 31 mai 2016.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être arrêté à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 9 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que cet office continuera à verser à R. _____ une rente entière après le 31 mai 2016.

- 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 R. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Christophe Oberson (pour R. _____),
- 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 :