

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2017

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 16, 17 LPGA, 28, 29 LAI, 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, maçon de profession, a déposé le 1^{er} mai 2013 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué avoir eu deux accidents, les 18 décembre 2009 et 22 novembre 2012. Il a précisé avoir travaillé auprès de l'entreprise [...] de 2007 à 2010, à 100% puis à temps partiel, ainsi que pour l'entreprise K. _____ de 2011 à 2013, d'abord à 100% puis à 50%.

b) Le dossier de l'assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), a dès lors été produit. Il en ressort que le 18 décembre 2009, l'assuré a chuté sur une plaque de glace et s'est réceptionné sur l'épaule gauche, alors qu'il travaillait au dépôt. Il n'a consulté un médecin que le 22 février 2010. Dans son rapport médical du 1^{er} mai 2010 à la CNA, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une tendinopathie du muscle sus-épineux et une déchirure profonde du versant articulaire et déchirure longitudinale du tendon du sous-épineux. Il a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 16 mars 2010, précisant que la reprise du travail devrait être examinée par la Dresse H. _____, spécialiste en rhumatologie, à laquelle il avait adressé l'intéressé.

Dans son rapport du 4 mai 2010 à la CNA, la Dresse H. _____ a indiqué que l'évolution n'était pas favorable, malgré une infiltration sous-acromiale le 30 mars 2010. Une tentative de reprise du travail le 19 avril 2010 s'était soldée par un échec. Dès lors une prise en charge en physiothérapie et par des médicaments a été effectuée et le patient a été adressé au Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La Dresse H. _____ a de plus attesté la poursuite de l'incapacité de travail.

Par rapport du 1^{er} juin 2010 à la CNA, le Dr J._____ a exposé que la physiothérapie et deux infiltrations de corticostéroïdes n'avaient soulagé le patient que passagèrement. Il convenait néanmoins de continuer le traitement de physiothérapie associée à de l'antalgie et si les symptômes persistaient, une intervention chirurgicale devrait être envisagée. En l'état actuel, le Dr J._____ estimait que l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité de maçon mais que par la suite, une activité à temps partiel pourrait être envisagée.

Dans un nouveau rapport médical du 30 juin 2010 à la CNA, la Dresse H._____ a indiqué que l'évolution était non favorable et stationnaire, posant le diagnostic de conflit sous-acromial et capsulite rétractile en voie de résolution suite à une rupture incomplète du sus-épineux. La Dresse H._____ a précisé ne pas savoir pour l'instant si un dommage permanent était à craindre. Par certificats médicaux successifs des 30 juin et 30 juillet 2010, elle a attesté la poursuite de l'incapacité jusqu'à fin août 2010.

Le Dr J._____ a revu l'assuré le 1^{er} septembre 2010 et constaté que la capsulite rétractile semblait céder du terrain, les amplitudes de l'épaule étant légèrement meilleures que celles observées en juin et les douleurs ayant régressé, le patient reconnaissant lui-même un très net progrès. Selon le Dr J._____, il paraissait donc concevable que l'assuré reprenne le travail au moins à temps partiel, ce dont il laissait juge la Dresse H._____ lors du contrôle prévu le 6 septembre suivant (rapport du 1^{er} septembre 2010 du Dr J._____ à la Dresse H._____).

Cette dernière a attesté que l'assuré pouvait reprendre son travail à 50% dès le 6 septembre 2010, puis à 100% dès le 18 octobre 2010 (cf. certificats médicaux successifs des 6 et 21 septembre 2010). Dans un rapport médical du 24 septembre 2010 à la CNA, la Dresse H._____ a exposé que l'évolution était lentement favorable, aussi bien au niveau des douleurs que du point de vue fonctionnel.

Par certificat médical du 25 octobre 2010, la Dresse H. _____ a attesté que le travail pouvait être repris à 70% du 26 octobre à fin novembre 2010. Dans un rapport médical du 17 novembre 2010 à la CNA, elle a de plus indiqué que l'évolution était très lente, mais favorable, et que la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoire continuaient.

L'entreprise [...] étant entrée en liquidation le 1^{er} novembre 2010, l'assuré a été engagé en tant que chef de chantier à 100% par l'entreprise D. _____, à [...], dès le 1^{er} décembre 2010 (cf. contrat de travail du 18 novembre 2010), qu'il a quittée un mois plus tard pour rejoindre K. _____ dès le 1^{er} janvier 2011. K. _____ (ci-après également : l'employeur) était informée de la diminution de la capacité de travail de 30% de l'assuré.

Dans un rapport médical du 14 février 2011 à la CNA, la Dresse H. _____ a indiqué que l'évolution était stationnaire, qu'il y avait une « très très lente amélioration », et que selon elle, la situation s'était chronifiée. L'assuré continuait la physiothérapie et travaillait à 100%, avec un rendement de 70%. Elle a encore attesté par certificat médical du 7 mars 2011 que la diminution de rendement de 30% se prolongeait jusqu'à mi-avril 2011.

Par rapport du 4 avril 2011 à la CNA, le Dr J. _____ a indiqué que l'examen clinique ne montrait pas de changement notable par rapport au dernier bilan, les arcs douloureux et les signes de conflit persistant et qu'à terme une intervention chirurgicale serait nécessaire. L'activité de chef d'équipe à 70% paraissait bien adaptée, car elle permettait à l'assuré d'éviter les travaux les plus pénibles. Dans un nouveau rapport du 22 septembre 2011, le Dr J. _____ a indiqué à la CNA que la capacité de travail de 70% était maintenue. Dans un nouveau certificat médical du 30 septembre 2011, la Dresse H. _____ a attesté la poursuite de la capacité de travail de 70% jusqu'à fin novembre 2011.

L'assuré a finalement décidé de se faire opérer de l'épaule gauche (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 17 novembre 2011

avec la CNA). L'opération de « réinsertion d'une lésion subtotale du sus-épineux et acromioplastie de l'épaule gauche » a été réalisée le 16 décembre 2011 par le Dr J._____ (cf. protocole opératoire du 16 décembre 2011).

Dès l'opération, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail totale jusqu'à mi-avril 2012 et a effectué de la rééducation par l'intermédiaire de 2 à 3 séances de physiothérapie par semaine (cf. procès-verbaux d'entretien téléphonique entre la CNA et l'assuré des 27 janvier et 26 avril 2012). Il a repris le travail à 50% le 14 mai 2012 (certificat médical du Dr J._____ du 23 avril 2012).

Par rapport médical du 24 mai 2012 complété à la demande de la CNA, le Dr J._____ a précisé qu'il y avait une lente amélioration (abduction et antépulsion active et passive atteignant 140°, signes de conflits en retrait, manque de tonus musculaire), que l'assuré poursuivait la physiothérapie et qu'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, l'épaule de l'assuré étant plus fragile.

Il ressort d'un entretien du 31 mai 2012 entre M. K._____, la CNA et l'assuré dans les locaux de l'entreprise, que la capacité de travail de 50% était « mise en valeur sur l'horaire complet, 5 jours par semaine, mais avec un rendement réduit », l'intéressé ne devant pas réaliser de tâches physiquement lourdes. Lors d'un nouvel entretien du 21 juin 2012, il a été relevé que le Dr J._____ avait constaté une aggravation de la symptomatologie douloureuse et un retard dans la guérison de l'épaule. Fâché d'entendre que son patient effectuait des travaux physiques sur les chantiers, le Dr J._____ avait établi un certificat médical avec mention d'une capacité de travail de 50% sur la demi-journée avec des travaux plus légers.

Au contrôle du 17 juillet 2012, le Dr J._____ a noté une évolution favorable (abduction et antépulsion active et passive se stabilisant à 140°, signes de conflits très faibles, manque encore de tonus musculaire) et confirmé la capacité de travail de 50% pour l'instant.

Par certificat médical du 26 septembre 2012, le Dr J. _____ a indiqué que l'assuré pouvait reprendre le travail à 75% dès le 5 novembre 2012. Au contrôle du même jour, le Dr J. _____ a noté une diminution des douleurs, un repos confortable et une abduction et une antépulsion active et passive de 130 à 140° (rapport à la CNA du 1^{er} octobre 2012).

Le 22 novembre 2012, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel, en ce sens qu'il a glissé sur un chantier et s'est réceptionné avec choc direct sur l'épaule droite. La capacité de travail a dès lors été ramenée à 50%. Dans son rapport à la CNA du 17 décembre 2012, le Dr J. _____ a de plus précisé que la reprise à 75% avait été mal tolérée, les douleurs de l'épaule gauche ayant augmenté, l'épaule droite se décompensant également et les deux épaules présentant des signes de conflits. Le 22 janvier 2013, ce médecin a attesté la poursuite de l'incapacité de travail de 50% pendant encore deux mois environ. Dans son rapport du 12 février 2013 complété à la demande de la CNA, le Dr J. _____ a diagnostiqué une contusion ou lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, précisant que l'atteinte bilatérale rendait plus difficile la rééducation et l'adaptation professionnelle.

L'assuré a été examiné par le Dr B. _____, médecin-conseil de la CNA le 19 avril 2013. Dans son rapport du même jour au Dr J. _____, le Dr B. _____ a indiqué avoir relevé une probable rupture du tendon du long chef du biceps du côté gauche, qui serait apparue courant 2012. Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 5 avril 2013, que le Dr J. _____ n'avait pas encore vue, montrait une rupture assez étendue de la coiffe des rotateurs et une lésion de type SLAP. Selon le médecin-conseil, l'assuré ne pouvait plus travailler comme maçon et il convenait qu'il s'annonce à l'AI.

Dans le rapport d'arthro-IRM susmentionné, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a posé les conclusions suivantes :

« Examen grevé d'importants artefacts démontrant cependant une déchirure transfixiante de la portion antérieure du tendon du muscle sus-épineux, se prolongeant par une déchirure de la face articulaire de ce tendon sur toute son épaisseur, s'associant à une déchirure partielle des fibres supérieures des tendons des muscles sous-scapulaires et sous-épineux.

Déchirure labrale débutant par une lésion de type SLAP, se prolongeant le long de la convexité antérieure. Os acromial et remaniement osseux de part et d'autre de l'articulation acromio-claviculaire ».

Dans un rapport du 15 avril 2013 à l'avocat de l'assuré, Me Carré, le Dr J._____ a indiqué que la capacité de travail de 50% paraissait pour l'instant parfaitement adéquate et qu'il était peu probable qu'à l'avenir une reprise plus complète puisse être envisagée chez ce travailleur de force, et ce même si une intervention chirurgicale de l'épaule droite était réalisée. Il a considéré que l'évolution de l'épaule gauche était stabilisée et que même si l'épaule droite avait une certaine capacité de récupération, cela n'entraînerait pas une amélioration significative de sa capacité de travail.

c) Par rapport médical à l'OAI du 30 mai 2013, le Dr J._____ a rappelé les diagnostics de rupture du sus-épineux de l'épaule gauche et rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, que l'évolution de l'épaule gauche était difficile avec d'importantes douleurs à gauche et une limitation d'amplitude, la situation étant légèrement plus favorable à droite. Il a estimé que l'exercice de l'activité habituelle à 50% était bien adaptée et ne saurait être augmentée par la suite.

Par courrier du 23 août 2013, l'OAI a convoqué l'assuré à un entretien d'intervention précoce le 30 août 2013.

L'assuré s'est fait opérer de l'épaule droite le 20 septembre 2013 (réinsertion de la rupture subtotale du sus-épineux, de la partie haute du sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie de l'épaule droite, cf. rapport médical à l'OAI du Dr J._____ du 4 décembre 2013). Il a été mis en arrêt de travail à 100% dès

le 3 septembre 2013, pour environ 4 mois (cf. entretiens téléphoniques entre l'OAI et l'assuré des 23 septembre et 11 octobre 2013).

Par communication du 18 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, sa situation médicale n'étant pas stabilisée.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr J._____ a indiqué par rapport du 4 décembre 2013 que la situation de l'épaule gauche était inchangée et qu'il y avait une lente amélioration des douleurs au niveau de l'épaule droite fraîchement opérée (l'abduction et l'antépulsion active atteignant 100°). Vu l'atteinte bilatérale, la capacité de travail de l'assuré était nulle et probablement définitive comme maçon. Tout au plus pourrait-il s'occuper de travaux tels que des rangements au dépôt, du nettoyage de matériel ou de la gestion de stocks.

Par avis médical du 20 février 2014, le Dr W._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a considéré que la situation de l'épaule gauche était stabilisée. En revanche, il était trop tôt pour se prononcer sur l'exigibilité, la deuxième opération concernant l'épaule droite ayant eu lieu le 20 septembre 2013 et l'évolution pouvant prendre jusqu'à une année. Il conviendrait de questionner le Dr J._____ sur l'évolution en avril 2014 ainsi que la CNA.

d) A la demande de l'OAI, la CNA a dès lors de nouveau produit son dossier concernant l'assuré. Il en ressort qu'il a été examiné par le Dr B._____ le 9 avril 2014. Dans son rapport du 10 avril 2014, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il était clair que l'assuré ne pourrait plus retravailler sur un chantier et lui a proposé d'effectuer un séjour à la Clinique S._____ (ci-après : la S._____), centré sur l'évaluation professionnelle afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée.

L'assuré a dès lors séjourné à la S._____ du 3 juin au 9 juillet 2014. Dans leur rapport du 7 août 2014, le Dr A._____, spécialiste en

médecine physique et réadaptation et la Dresse P._____, médecin-assistante, ont notamment relevé ce qui suit au titre de l'appréciation du cas :

« À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : dans un premier plan la limitation fonctionnelle qu'engendre les vives douleurs de l'épaule. M. N._____ décrit un manque de force et de mobilité qui le limite pour les activités quotidiennes. Il ne peut pas porter de petites charges de 6 kg. Il ne peut pas lever les bras au-dessus du plan des épaules. L'habillage et le déshabillage du haut du corps sont douloureux. Le patient décrit également des décharges électriques, des fourmillements, picotements, des sensations d'engourdissements surtout liés à de mauvaises positions sur les membres supérieurs. M. N._____ est conscient qu'il ne pourra pas reprendre son ancien métier de manoeuvre dans la construction, mais souhaiterait retravailler dans une discipline plus légère. A la demande le moral reste conservé.

(...)

Sur le plan orthopédique : Déchirure partielle du supra-épineux droit, une déchirure partielle possible du sous-scapulaire à droite. Arthropathie acromio-claviculaire droite. Rupture de la partie profonde des 3/4 supérieurs du tendon du sous-scapulaire. Importante amyotrophie et involution graisseuse de grade IV des deux tiers supérieurs du muscle sous-scapulaire. Déchirure partielle du supra-épineux gauche.

Sur le plan psychiatrique : aucun.

Sur le plan neurologique : aucun.

Autre : nihil.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Toutefois, des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient ont été identifiés. Le patient est à tel point centré sur la douleur, qu'il a été difficile de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- physiothérapie
- mini-ECF
- ateliers professionnels
- autre : avis psychosomatique.

Concernant l'antalgie, le programme TENS en électrothérapie, par Compex sur les grands dorsaux a permis de diminuer les douleurs musculaires.

L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient est ponctuel, participe bien aux thérapies, mais

est à tel point concentré sur les douleurs qu'il a été difficile de mettre en place un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : travail au-dessus du plan des épaules ddc [nb : des deux côtés], mouvements répétitifs des membres supérieurs ddc, ports de charges en porte-à-faux ddc, ports de charges lourdes ddc.

La situation est stabilisée du point de vue médical. Nous ne proposons pas de physiothérapie à la sortie. Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable en ce qui concerne les facteurs médicaux retenus après l'accident, mais reste incertain en raison des facteurs non médicaux : patient centré sur la douleur, âge.

Même si, aux ateliers professionnels, le patient démontre de la volonté dans les activités et s'il dit avoir conservé un bon moral et vouloir travailler à un poste adapté, les aspects favorisants ne peuvent pas être clairement objectivés, à ce stade. En effet, le patient est centré sur les douleurs et peu endurant dans les activités. D'autre part, le patient ne maîtrise pas le français et n'a pas de formation ».

Les Drs A. _____ et P. _____ ont attesté une incapacité de travail de 100% du 3 juin au 10 septembre 2014, date de son prochain rendez-vous chez le Dr J. _____ et précisé qu'il était « à prévoir une probable incapacité de travail de longue durée dans cette activité professionnelle ».

Lors de son séjour à la S. _____, l'assuré été examiné par le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 20 juin 2014. Ce médecin a apprécié la situation de la manière suivante :

« En conclusion, Monsieur N. _____ présente un status post-réparation de la coiffe des rotateurs bilatérale. A gauche, l'évolution a été favorable dans un premier temps avec réapparition de la douleur depuis environ 1 an. A droite, on est à 9 mois d'une réparation de la coiffe des rotateurs dont l'évolution est difficile. Le bilan radiologique effectué confirme l'absence de véritable lésion transfixiante importante aussi bien à droite qu'à gauche à l'ultrason. Confirmation de ce status par une IRM à gauche. En fait il persiste des douleurs dans les suites d'une révision chirurgicale chez un patient de 55 ans. Vu l'absence de lésion transfixiante, vu la qualité des tendons de ces deux coiffes des rotateurs, je pense qu'il faut être des plus prudent quant à une nouvelle révision chirurgicale. Pour moi, vu l'absence de lésion transfixiante, pas d'indication à proposer une nouvelle sanction.

Poursuite de la physiothérapie dans l'idée de renforcer les abaisseurs de l'épaule et les stabilisateurs de l'omoplate. Poursuite d'une balnéothérapie que le patient semble mal supporter en raison de problèmes de tolérance à l'iode ».

Il ressort en outre ce qui suit du rapport du Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et de R._____, maître socio-professionnel, relatif au séjour de l'assuré aux ateliers professionnels de la S._____. (du 16 juin au 9 juillet 2014) :

« Conclusions et propositions :

Analyse du potentiel observé aux ateliers :

En atelier, le patient signale des douleurs à l'épaule droite et à l'épaule gauche dans toutes les activités. Son rendement est faible et la continuité d'une activité est limitée en termes d'endurance (gestes répétitifs).

Les mouvements au-dessus du plan des épaules ne sont pas réalisés.

Le potentiel actuel nous paraît relativement restreint et difficilement transférable dans une activité avec des sollicitations des membres supérieurs, un rendement et une constance professionnelle.

Proposition d'aides à la réinsertion :

A ce stade, nous estimons qu'une activité de type occupationnel, respectant ses limitations et sans rendement serait une alternative à une aide à la réinsertion et favorisant également le contact social.

Les douleurs ayant été souvent mises en avant par le patient, il nous paraît utile de poursuivre ou de maintenir un cadre thérapeutique ».

Le 12 novembre 2014, l'assuré a été revu par le Dr B._____ pour un examen médical final. Il a apprécié la situation de la manière suivante notamment, dans son rapport du même jour :

« Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas beaucoup de changement. Il souffre toujours des 2 épaules. Il ne peut pas faire de mouvements en hauteur. Lorsqu'il doit porter quelque chose, il se fatigue vite.

Objectivement, les épaules ne paraissent pas enraidies mais elles sont très douloureuses à la mobilisation dès qu'on essaie de dépasser l'horizontale. Les signes du conflit sont ininterprétables. Le lobe est tenu à G [nb : gauche] comme à D [nb : droite] mais la mise sous tension du sus-épineux est bilatéralement douloureuse. La force en rotation externe est conservée ddc. Le sous-scapulaire est difficile à tester. A G, on retrouve un status après rupture du tendon du LCB [nb : long chef du biceps]. La mobilité active est limitée, inchangée. Passivement les amplitudes articulaires sont améliorables mais le patient ne se laisse pas examiner. Il conserve manifestement beaucoup de force au-dessous de la ligne des épaules.

L'échographie de l'épaule D du 04.06.2014 a montré une déchirure partielle du sus-épineux et une possible déchirure partielle du sous-

scapulaire et l'arthro-IRM de l'épaule G du 16.06.2014 a révélé une rupture de la partie profonde des 3/4 supérieurs du sous-scapulaire, une importante amyotrophie et une involution graisseuse des 2/3 du muscle correspondant, tandis que le sus-épineux a paru continu.

Il y a donc une certaine concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale même si le handicap affiché, chez un patient toujours très dolent et expressif, est un peu hors normes.

Du point de vue thérapeutique, il est probable qu'il faut en rester là.

C'était en tout cas l'avis du Dr [...] lorsqu'il a vu le patient.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la [...].

Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail est entière.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 10% peut être retenu pour chaque épaule, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à une omarthrose de gravité moyenne.

La bilatéralité des lésions justifie une augmentation de 2,5%.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 22,5% ».

e) Dans un avis du 1^{er} décembre 2014, le Dr [...], médecin au SMR, a relevé que même si l'arrière-plan professionnel et l'attitude de l'assuré face à ses souffrances étaient de mauvais aloi, des mesures de réadaptation professionnelle devaient être tentées, car le status biomécanique des épaules était objectivement compatible avec une activité professionnelle respectueuse des très sévères limitations fonctionnelles de l'assuré, les facteurs de mauvais pronostics sortant du cadre strictement biomédical. Il a de plus rappelé que l'incapacité de travail avait évolué de la manière suivante : 100% dès le 18 décembre 2009, 25% dès le 5 novembre 2012, 50% dès le 22 novembre 2012 et 100% dès le 20 septembre 2013, précisant que l'assuré était apte à la réadaptation dès sa sortie de la S._____. Le Dr C._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : travail très léger, pas de soulèvement et de port de charges de plus de 5 kg, pas de sollicitation des épaules supérieure à 60° en flexion et/ou en abduction.

Lors d'un entretien au service de réadaptation de l'AI le 11 juin 2015, l'assuré a déclaré ne pas être d'accord avec ces conclusions, expliquant n'avoir à son avis pas de capacité de travail dans une activité adaptée, en raison de ses douleurs. L'OAI a, quant à lui, indiqué qu'il n'y

avait pas de mesure permettant de réduire son préjudice économique, mais proposait une aide au placement.

Par communication du 22 juin 2015, l'OAI a dès lors octroyé à l'assuré une aide au placement.

Par projet de décision du 15 juillet 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} novembre 2013, soit six mois après le dépôt de la demande, jusqu'au 31 octobre 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. L'OAI s'est fondé notamment sur les motifs suivants :

« - Monsieur N._____ exerçait l'activité de maçon/chef d'équipe.

- Pour des raisons de santé il a présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 18.12.2009. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

- A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 18.12.2010, sa capacité de travail était toujours restreinte et le droit à la rente était théoriquement ouvert.

- Cependant, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Il a déposé sa demande de prestations le 01.05.2013, la rente pourra donc être octroyée au plus tôt dès le 01.11.2013.

- A cette date, son incapacité de travail était toujours de 100% dans toute activité et le droit à la rente entière AI est ouvert.

- Toutefois, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois.

- Ainsi, selon les pièces médicales portées au dossier, nous constatons que Monsieur N._____ présente à nouveau une capacité de travail de 100% dès le 09.07.2014 (date de fin de séjour à la S.____), dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : travail très léger, pas de soulèvement et de charges de plus de 5 kg, pas de sollicitation des épaules de plus de 60°, pas de flexion et/ou abduction.

- Par contre, dans son activité habituelle de maçon, son incapacité de travail est totale et définitive.

(...)

- Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 59'542.57.

- Par conséquent, pour déterminer la perte économique que subit M. N._____ N._____, il convient de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé en tant que maçon à 100 %, soit CHF 85'216.27 (salaire de 2011 indexé à 2014), avec le revenu auquel il pourrait prétendre dans une activité adaptée (exemple : agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de

conditionnement de matériel léger, mise sous plis, assemblages de composants électroniques/informatiques), soit CHF 59'542.57.

Comparaison des revenus pour l'année 2014 :

sans invalidité CHF 85'216.27

avec invalidité CHF 59'542.57

La perte de gain s'élève à CHF 25'673.70 = un degré d'invalidité de 30.13 %.

- Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre plus de droit à une rente d'invalidité.

- Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique) (RCC 1978, 65 ; 1970, 162).

- Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à sa portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

- Son dossier a été examiné par notre Service de réadaptation et selon leur rapport final, aucune mesure ne serait susceptible de réduire son préjudice économique.

- Toutefois une aide au placement peut lui être accordée, vous avez reçu une communication à ce sujet en date du 22.06.2015 ».

Le 27 août 2015, l'assuré, par son avocat, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision. Il a contesté en substance avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès sa sortie de la S._____, en se fondant sur les conclusions du rapport du Dr T._____ et de R._____, maître socio-professionnels, des ateliers professionnels de la S._____, et sur un rapport du Dr J._____ à son conseil du 22 mai 2014, qu'il produit et sur lequel il prend appui pour alléguer que la situation n'était pas stabilisée, le médecin étant par ailleurs « extrêmement restrictif, même en cas d'activité adaptée ». Dans ce rapport, le Dr J._____ explique que la situation n'était pas encore stabilisée s'agissant de l'épaule droite et que l'incapacité de travail serait évaluée à la sortie de la S._____, précisant que quoi qu'il en soit, une éventuelle capacité de travail ne saurait être exercée dans le métier de maçon, seule une activité nettement plus légère étant envisageable.

Par avis du 9 septembre 2015, le Dr C._____ du SMR a considéré que ce dernier rapport médical n'apportait aucun élément imposant de modifier les conclusions du rapport SMR du 1^{er} décembre 2014.

Dans un courrier du 11 septembre 2015, l'OAI a maintenu sa position et fait savoir à l'assuré qu'il recevrait ultérieurement une décision confirmant son projet de décision du 15 juillet 2015.

Par décision du 6 novembre 2015 fondée sur les mêmes motifs que le projet de décision du 15 juillet 2015, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 octobre 2014.

B. Par acte du 9 décembre 2015, N._____, agissant par son avocat, Me Olivier Carré, recourt contre la décision du 6 novembre 2015, concluant à son annulation dans la mesure où elle limite les prestations d'assurance-invalidité à la période de novembre 2013 à octobre 2014 et à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité pour toute la période du 1^{er} novembre 2013, jusqu'à l'heure actuelle et à l'avenir. Prenant de nouveau appui sur le rapport du 22 mai 2014 du Dr J._____, il fait valoir que la situation n'est pas stabilisée, en particulier concernant l'épaule droite, que ses capacités résiduelles ont été « grossièrement surévaluées » par rapport à son potentiel objectif et que de nouvelles investigations paraissent nécessaires. Il indique en outre que des arthro-IRM des épaules gauche et droite ont été réalisées les 22 et 24 septembre 2015 à la demande du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il produit. Il précise que ce dernier l'a adressé au Dr X._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Prenant appui sur ces pièces, il fait valoir que la situation s'est détériorée. Enfin, il est d'avis que quand bien même il y aurait une capacité résiduelle qui resterait à évaluer concrètement, il faudrait tenir compte d'un abattement de 25%

sur le revenu d'invalidé, pour perte de rendement massif et « dans la pire des hypothèses de 20% ».

Dans le rapport du 23 septembre 2015 d'arthro-IRM de l'épaule gauche, la Dresse [...], spécialiste en radiologie, conclut en ces termes :

« Status post réparation du tendon supra-épineux avec une déchirure transfixiante de la partie distale et postérieure du tendon mais paraissant de petite taille.

Déchirure quasi transfixiante du tendon sous-scapulaire sur un tendon globalement très aminci.

Status post rupture ou ténodèse du long chef du biceps.

Chondropathie gléno-humérale débutante ».

Dans le rapport du 25 septembre 2015 d'arthro-IRM de l'épaule droite, le Dr [...], spécialiste en radiologie, pose les conclusions suivantes :

« Altération de la face bursale de plus de 50% de l'épaisseur tendineuse du tendon supra-épineux avec lésion de la face profonde articulaire du tendon infra-épineux post-réparation chirurgicale mais sans répercussion musculaire ».

Par courrier du 19 octobre 2015 au Dr X._____, le Dr Q._____ indique qu'à son avis, la déchirure du sous-scapulaire n'est probablement pas réparable et qu'il faudrait peut-être envisager un transfert tendineux, raison pour laquelle il lui adresse le patient, lui-même ne pratiquant pas ce genre d'intervention.

Dans un rapport du 28 janvier 2016, le Dr X._____ indique que l'assuré présente des douleurs aux deux épaules associées à une importante limitation fonctionnelle active persistante après réparation de la coiffe des rotateurs. A l'examen objectif, il existe une lésion partielle du sus-épineux à droite avec une tendinopathie d'accompagnement, une lésion complète du sous-scapulaire gauche avec tendinopathie d'accompagnement. Le Dr X._____ relève « une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives, possiblement en raison des douleurs intenses jouant un rôle dans cette

situation ». Il se dit par conséquent pas certain qu'une révision chirurgicale à droite ou à gauche offrirait le soulagement subjectif escompté, l'assuré étant par ailleurs actuellement opposé à une telle intervention chirurgicale.

Par réponse du 29 février 2016, l'OAI indique avoir soumis les nouveaux documents médicaux produits par le recourant au SMR et se rallier à l'avis de ce dernier. Dans son avis du 15 février 2016, le Dr C. _____ a écrit notamment ce qui suit :

« Tant les rapports d'examens radiologiques que le rapport du Professeur X. _____ confirment ce que l'on sait, c'est-à-dire que l'assuré souffre d'une lésion dégénérative significative de la coiffe des rotateurs des deux épaules. Le Prof X. _____ relève l'absence d'amyotrophie significative cliniquement (ce qui signifie qu'il y a une « utilisation » active régulière, même modeste, des épaules) et une discordance entre les limitations fonctionnelles et les lésions objectives ; il met cela en relation avec les douleurs intenses. Cette dernière supposition n'est cependant pas cohérente avec la médication antalgique annoncée, qui est plus que modeste. Quant à la mobilité active des épaules décrite par le Prof X. _____ (flexion et abduction qui ne dépassent pas 90°) et par le Dr Q. _____ (flexion active 95°) elle est supérieure à l'amplitude en-deçà de laquelle une activité professionnelle a été reconnue comme exigible ($\leq 60^\circ$ de flexion et/ou d'abduction).

En conclusion, les nouveaux documents médicaux fournis récemment par l'assuré et son avocat ne fournissent aucun argument qui devrait conduire à s'écarter des conclusions du Rapport d'examen SMR du 01.12.2014 et des décisions qui en ont découlé ».

Avec sa réplique du 22 avril 2016, le recourant fait valoir qu'il est intolérant aux médicaments antalgiques, s'appuyant sur un rapport du Dr L. _____ du 26 mars 2016 adressé à son avocat, qu'il produit. Dans ce rapport, le Dr L. _____ indique que son patient lui a signalé à plusieurs reprises ne pas prendre de médicaments puis, le 7 décembre 2015, qu'il prenait 1 à 3 comprimés de [...] par semaine. Le Dr L. _____ précise qu'il est possible d'adresser l'assuré à un service d'antalgie, mais qu'il n'est pas sûr que cela améliorerait la fonctionnalité des épaules, certains tendons musculaires étant déchirés.

Par duplique du 12 mai 2016, l'OAI maintient ses conclusions, se ralliant en outre aux observations du Dr C. _____ dans un nouvel avis du 9 mai 2016, selon lequel le rapport du Dr L. _____ susmentionné

n'apporte pas d'arguments médicaux de nature à contredire l'appréciation médicale retenue, soit l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée très légère. Dans cet avis, le Dr C. _____ relève que le paracétamol est unanimement reconnu comme inoffensif au niveau de la muqueuse gastrique et s'étonne que rien n'ait été entrepris pour lutter contre les douleurs de l'assuré alors qu'il existe toute une gamme d'antalgiques pour lutter contre les douleurs importantes, peu ou pas dangereux pour la muqueuse oesogastrique. Il s'étonne également qu'il n'ait pas été recouru à l'antalgie interventionnelle, alors que la douleur semblait être la principale plainte de l'assuré.

Avec une écriture du 20 juin 2016, le recourant produit un nouveau rapport du 28 mai 2016 du Dr L. _____ à son avocat. Le Dr L. _____ y indique que l'assuré lui avait signalé avoir parfois des douleurs au repos et qu'il avait mal lorsqu'il utilisait ses épaules. Il y avait également une impotence fonctionnelle des épaules, l'assuré ne pouvant les élever au-dessus de l'horizontale. S'agissant de l'étonnement du Dr C. _____ quant à la prise d'antalgique, il précise que vu que l'assuré était suivi par un chirurgien orthopédique jusqu'à il y a quelques mois, il l'avait laissé gérer la situation, y compris antalgique, tout en relevant que le chirurgien orthopédique n'avait pas adressé l'assuré à un service d'antalgie. Le Dr L. _____ a rappelé que l'assuré lui avait signalé avoir eu des épigastralgies et des troubles digestifs lors de prise de [...], de sorte qu'il avait prescrit un générique produisant aussi de tels symptômes, quoique moins fort. Le recourant explique encore avoir consulté la Dresse [...], médecin auprès du Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], et que celle-ci a été « effrayée de l'ampleur des inflammations présentes sur les deux épaules, au point de renoncer à procéder immédiatement à des infiltrations antalgiques au profit d'un traitement par des patchs et par des impulsions électriques, pendant un mois, avant de refaire le point de la situation concernant la possibilité de procéder à des infiltrations ». Le recourant conclut finalement à la mise en œuvre d'une expertise, argumentant qu'il existe de très forts indices d'une atteinte lourde et très invalidante, en présence d'avis médicaux très divergents et dans une situation médicale non encore stabilisée.

Dans une écriture du 14 juillet 2016, l'OAI conclut au rejet du recours, renvoyant à un nouvel avis du 11 juillet 2016 du Dr C._____. Dans cet avis, le Dr C._____ indique que le Dr L._____ n'apporte pas d'argument médical précis qui invaliderait les conclusions de l'avis SMR du 9 mai 2016. Il relève que ce n'est pas parce que le Dr X._____ a constaté, comme le Dr L._____, que l'assuré ne pouvait pas lever les épaules au-dessus de l'horizontale qu'il ne pouvait pas valoriser la mobilité articulaire résiduelle en-deçà des limites imposées par la douleur, relevant en outre que le Dr X._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Le Dr C._____ relève encore qu'il ressort du dossier CNA du 29 juin 2016 qu'elle avait écrit à Me Carré le 3 mai 2016 lui indiquant qu'elle mettrait fin au paiement des indemnités journalières le 31 mai 2016 considérant que la situation était stabilisée.

Par lettre du 7 novembre 2016, le recourant produit un lot de pièces, en particulier un courrier du 29 juin 2016 de la CNA à l'avocat de l'assuré l'informant de la reprise du versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mai 2016 ainsi qu'un rapport du 24 juin 2016 des Drs G._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, et [...], médecins à l'Hôpital [...]. Ils ont expliqué qu'à leur avis, les douleurs de l'assuré étaient d'origine musculo-squelettique sans connotation neuropathique. A l'examen, il n'y avait ni signe inflammatoire, ni déficit neurologique, moteur ou sensitif. Les médecins étaient dès lors d'avis que les symptômes étaient très peu spécifiques. Ils ont encore précisé avoir prescrit des patchs et un stimulateur électrique transcutané permettant parfois d'apaiser les douleurs. Des infiltrations pouvaient être envisagées dans un deuxième temps.

Par courrier du 22 novembre 2016, l'OAI maintient ses conclusions en se référant à un avis SMR du Dr C._____ du 17 novembre 2016. Ce dernier se reportait en particulier à trois rapports médicaux des Drs G._____ et [...], soit celui du 24 juin 2016 susmentionné ainsi que deux autres, des 13 juillet et 1^{er} septembre 2016 (cf. ci-dessous). Le Dr C._____ a posé les conclusions suivantes :

« Les 3 rapports du Service d'Antalgie de [...] - Hôpital [...] font apparaître la perplexité des spécialistes face au caractère imprécis, non spécifique, des douleurs annoncées par l'assuré et à la réponse aux traitements inexplicable pharmacologiquement et pharmacodynamiquement. Il y a donc une incohérence entre la réalité objective (anatomy-pathologique et pharmacologique) et les données subjectives fournies par l'assuré. Il est par ailleurs précisé qu'il n'y a pas d'arguments en faveur d'une inflammation ce qui permet - ce qui a déjà été fait dans l'avis médical du 11.07.2016 - de contester les affirmations alarmistes de Me Carré dans son écrit du 20.06.2016, page n° 3, où il affirme que la Dresse [...] du Service d'antalgie de [...] - Hôpital [...] a été "immédiatement effrayée des inflammations présentes aux deux épaules" ».

Le 12 janvier 2017, l'OAI produit à la demande de la juge instructrice, les pièces du dossier de l'assuré postérieures à la réponse du 29 février 2016. Il en ressort en particulier que la CNA annonçait dans un courrier du 29 juin 2016 à l'avocat de l'assuré, la reprise du versement des indemnités journalières dès le 31 mai 2016, en se référant à deux courriers de Me Carré des 20 mai et 20 juin 2016. Dans ces derniers, l'assuré manifestait son désaccord avec l'interruption des indemnités journalières de la CNA signifiée par le courrier du 3 mai 2016, invoquant que le traitement médical n'était pas terminé dès lors qu'un traitement anti-douleurs était en cours auprès de l'Hôpital de [...]. Le dossier de la CNA contient en outre les deux autres rapports des Drs G._____ et [...], des 13 juillet et 1^{er} septembre 2016, susmentionnés. Dans le rapport du 1^{er} septembre 2016 en particulier, ils ont répété que les douleurs étaient d'intensité modérément élevée, peu spécifiques, plutôt musculo-squelettiques que neuropathiques et aggravées par les mouvements des bras. Ils ont relevé que le traitement était difficile en raison d'intolérances médicamenteuses multiples, les infiltrations n'apportant qu'un soulagement incomplet et pendant une durée d'environ trois semaines, laquelle était difficile à expliquer dans la mesure où elle ne correspondait ni à la durée d'efficacité des anesthésiques locaux, ni à celles des corticoïdes co-administrés. Les médecins concluaient qu'ils n'avaient pas de solution interventionnelle rationnelle à proposer. Le dossier de la CNA contient finalement un avis du Dr B._____ du 8 septembre 2016, selon lequel les rapports médicaux postérieurs à l'examen médical du 12 novembre 2014 n'en modifient pas les conclusions.

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions 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 al. 1 LPGA et 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).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

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, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et 116 V 246 consid. 1a et les références citées ; TF 9C_803/2009 du 25

mars 2010 consid. 5.2 ; TFA I 266/2006 du 19 juin 2006 consid. 4.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent faire l'objet en principe d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et 117 V 287 consid. 4 ; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2 et 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

b) En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à octroyer à l'assuré une rente d'invalidité limitée dans le temps, en particulier de supprimer avec effet au 1^{er} novembre 2014, la rente entière accordée dès le 1^{er} novembre 2013. Le recourant pour sa part conteste cette suppression, en faisant valoir que la situation n'est pas stabilisée et que ses capacités résiduelles ont été « grossièrement surévaluées » par rapport à son potentiel objectif, de nouvelles investigations paraissant nécessaires à cet égard.

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 art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression (rente temporaire) correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3) et doit être examinée au regard des conditions de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d ; voir notamment : TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, TF 9C_104/2009 du 14 décembre 2012 consid. 2).

L'art. 17 LPGGA prévoit que 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 (al. 1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour

l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle 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 la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être

lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

Il n'existe 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir également TF 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 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. 3b/cc ; cf. également : TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1, TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Cela étant, un rapport médical ne saurait être écarté au seul 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. a) En l'occurrence, le recourant a eu un accident de travail le 18 décembre 2009 lors duquel il est tombé sur son épaule gauche, ce qui a causé une déchirure longitudinale du tendon du sous-épineux. Après une période d'incapacité totale de travail dès le 16 mars 2010, il a repris le travail le 1^{er} décembre 2010 à 100% avec une diminution de rendement de 30%. Il a finalement subi une intervention le 16 décembre 2011 de l'épaule gauche, date à partir de laquelle il était totalement incapable de travailler. Le recourant a ensuite repris le travail à 50% le 14 mai 2012, puis à 75% dès le 5 novembre 2012. Il a eu un nouvel accident le 22 novembre 2012, lors duquel il est tombé sur son épaule droite, ce qui a provoqué une lésion de la coiffe des rotateurs à droite.

Dès cette dernière date, le recourant a présenté une incapacité de travail de 50% en raison de l'atteinte à l'épaule droite, et également en raison de la décompensation des douleurs à l'épaule gauche à la suite de l'augmentation du taux d'activité de 50% à 75% le 5 novembre 2012 (cf. rapport du Dr J._____ à la CNA du 17 décembre 2012). L'assuré a ensuite présenté une incapacité de travail de 100% dès le 3 septembre 2013 (cf. rapport médicaux du Dr J._____ du 17 décembre 2012, du 12 février 2013 et du 4 décembre 2013 et entretien téléphonique du 23 septembre 2013 entre l'OAI et l'assuré). Il est en outre établi qu'il n'est plus capable d'exercer son activité habituelle de maçon vu ses atteintes aux deux épaules (voir les rapports concordants sur ce point du Dr B._____ du 19 avril 2013 et du 10 avril 2014, du Dr J._____ du 4 décembre 2013, des Drs A._____ et P._____ du 7 août 2014). C'est donc à juste titre que l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2013, soit six mois après le dépôt de sa rente

d'invalidité le 1^{er} mai 2013, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. également art. 29 al. 3 LAI), l'assuré satisfaisant en outre en novembre 2013 aux conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

b) Cela étant, le recourant conteste la suppression de sa rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2014, niant l'amélioration retenue par l'OAI, soit qu'il dispose, trois mois après sa sortie de la Clinique S._____, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail très léger, pas de soulèvement et de port de charges de plus de 5 kg, pas de sollicitation des épaules supérieur à 60° en flexion ou en abduction).

c) Or, en l'occurrence, les Drs A._____ et P._____ de la S._____ ont considéré, à l'issue du séjour de l'assuré dans cette clinique qui a duré plus d'un mois (du 3 juin au 9 juillet 2014), que les plaintes et limitations fonctionnelles de ce dernier s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées. Ils ont relevé toutefois que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes de l'assuré, en particulier le fait qu'il était à tel point centré sur ses douleurs qu'il avait été difficile de mettre sur pied un programme de rééducation adapté. Forts de ces constatations, ils ont considéré que la situation médicale était stabilisée, ne proposant pas de physiothérapie ou de nouvelle intervention à la sortie de la S._____ et ont défini des limitations fonctionnelles définitives d'épargne des membres supérieurs (le travail au-dessus du plan des épaules étant en particulier contre-indiqué). Les médecins de la S._____ ont finalement indiqué que le pronostic de réinsertion était favorable d'un point de vue médical, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Ainsi, les conclusions des médecins de la S._____ sont claires et dûment motivées, et prennent en compte les indications subjectives de l'assuré. Leur rapport est en outre fondé sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques de l'assuré, à l'entrée et à la sortie de la S._____, ainsi que sur un examen spécialisé réalisé par le Dr [...]. Ce dernier a relevé la persistance des douleurs, mais n'a pas estimé qu'une nouvelle intervention chirurgicale était indiquée, vu l'absence de lésion transfixiante importante à droite ou à gauche.

De plus, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du 22 mai 2014 du Dr J._____ ne permet pas de retenir que la situation n'est pas stabilisée. En effet, si ce médecin a bien indiqué que la situation n'était pas stabilisée, cet avis ne concernait que la situation de l'épaule droite, le médecin ayant expressément indiqué dans son rapport du 15 avril 2013 à Me Carré que l'évolution de l'épaule gauche était stabilisée (cf. également avis SMR du 20 février 2014). En outre le rapport du 22 mai 2014 du Dr J._____ précède le séjour de l'assuré à la S._____, ce médecin ayant expressément expliqué que la capacité de travail devrait être réévaluée la sortie de la S._____, ce qui a précisément été fait en l'occurrence par les médecins de cette clinique. On relèvera enfin que le Dr J._____ a certes exclu la reprise de l'activité de maçon - comme l'ensemble des médecins en l'espèce - mais pas l'exercice d'une capacité de travail résiduelle dans une activité nettement plus légère, ce qui n'entre pas en contradiction avec l'évaluation des médecins de la S._____. L'on ne saurait pas non plus retenir que les capacités résiduelles du recourant ont été « grossièrement évaluées » comme il le soutient dans son acte de recours, étant donné que durant son séjour à la S._____, sa capacité de travail a été non seulement évaluée par des médecins (cf. supra) et des physiothérapeutes, mais aussi en tenant compte des observations faites lors du stage aux ateliers professionnels de la S._____.

Vu ce qui précède, le rapport du 7 août 2014 des médecins de la S._____, qui n'entre pas en contradiction avec l'avis du Dr J._____, remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante.

En outre, les conclusions des médecins de la S._____ sont corroborées par celles du Dr B._____ dans son rapport d'examen final du 12 novembre 2014. Le médecin d'arrondissement de la CNA a en effet constaté une concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale, tout en relevant que le patient était plutôt démonstratif, et a conclu que ce dernier avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles indiquées par la S._____. Quant au Dr C._____, il a en substance confirmé les conclusions susmentionnées de la S._____ et du Dr B._____, dans son avis SMR du 1^{er} décembre 2014.

Par ailleurs, il convient de relever que si tant les médecins de la S._____ que le Dr C._____ dans son avis du 1^{er} décembre 2014, ont retenu un bon pronostic de réinsertion au plan strictement médical, ils ont toutefois mentionné que ce pronostic était incertain en raison de facteurs non médicaux (patient centré sur la douleur, âge, mauvaise maîtrise du français et absence de formation). Cependant, de jurisprudence constante, 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 (cf. notamment TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2, TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références).

d) Quant aux IRM des 22 et 24 septembre 2015 produites par le recourant avec son acte de recours, l'on ne voit pas en quoi elles établissent une aggravation de la situation qui influencerait sa capacité de travail résiduelle. En effet, le Dr X._____ n'a pas jugé nécessaire d'effectuer une nouvelle intervention à l'épaule gauche ou droite, relevant lui aussi une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives ressortant de ces IRM (rapport du 28 janvier 2016). De plus, comme le relève le Dr C._____ dans son avis SMR du 15 février 2016, la mobilité active des épaules décrites par les Drs Q._____ (dans son rapport du 19 octobre 2015) et X._____ (dans son rapport du 28 janvier 2016) est supérieure à l'amplitude en-deçà de laquelle l'exercice d'une activité adaptée a été reconnue comme exigible par le SMR, lequel a contre-indiqué la sollicitation des épaules supérieure à 60° en flexion et/ou en abduction (avis du 1^{er} décembre 2014).

Les rapports du Dr L. _____ des 26 mars 2016 et 28 mai 2016 adressés à l'avocat du recourant confirment certes que l'assuré présente des douleurs aux épaules. Ce médecin n'a cependant pas remis en cause la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que retenue à la S. _____ et par le Dr B. _____. Au surplus, le Dr L. _____ a exposé que son patient a finalement été adressé au service d'antalgie de l'Hôpital de [...]. Or, les rapports des Drs G. _____ et [...] (des 24 juin, 13 juillet et 1^{er} septembre 2016) de ce service ne contiennent pas d'élément qui indiquerait une surévaluation de la capacité de travail, ou éventuellement une détérioration de la situation postérieurement au recours. En effet, ces médecins ont relevé que les symptômes et douleurs du recourant étaient peu spécifiques, d'intensité modérée, sans signe inflammatoire - contrairement à ce qui était annoncé dans l'écriture de ce dernier du 20 juin 2016 - et sans déficit neurologique, moteur ou sensitif.

e) Vu ce qui précède, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante, généralement applicable en droit des assurances sociales (voir notamment TF 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2), que dès la sortie de l'assuré de la S. _____, la situation au plan médical était stabilisée s'agissant de ses atteintes aux épaules, et qu'il disposait dès lors d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme l'a constaté l'OAI dans sa décision du 6 novembre 2015.

Le fait que la CNA ait repris le versement des indemnités journalières dès le 31 mai 2016, lorsqu'elle a été informée de la mise en œuvre du traitement antalgique à l'Hôpital [...], ne saurait conduire à une autre solution. En effet, le dossier de la CNA produit par l'OAI dans la présente procédure ne contient pas d'autres documents médicaux que ceux susmentionnés, qui mettraient en doute l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

Enfin, la mise en œuvre d'un complément d'instruction au plan médical, sous la forme d'une expertise, n'apparaît pas nécessaire en l'espèce, dès lors qu'un tel complément ne serait pas de nature à modifier les conclusions qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 130 II 425 consid. 2.1, TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références).

7. S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité, le recourant critique le revenu d'invalidé retenu par l'OAI, en particulier le taux d'abattement, arguant qu'il faudrait retenir un abattement de 25% voire de 20%.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu de la personne valide) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI) (revenu d'invalidé). Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalidé.

Selon la jurisprudence, pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré qui n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui, il est possible de se fonder sur des tables statistiques, en particulier sur les données issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations

fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2).

Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG), in : Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, 3^{ème} édition, Bâle 2016, ch. 47 p. 292). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou encore la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc). La déduction doit être motivée, en ce sens que l'assuré doit pouvoir se faire une idée des motifs qui ont amené l'administration à prendre sa décision ; en particulier, cette dernière doit au moins expliquer brièvement pourquoi elle opère la réduction, et sur quels critères elle s'est basée dans le cadre de son appréciation globale (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd in fine). La question de l'étendue de l'abattement est une question relevant du pouvoir d'appréciation ; à cet égard, le pouvoir d'examen du tribunal cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la

violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) aa) En l'occurrence, dès lors que l'assuré n'a pas repris d'activité adaptée alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui, il se justifie de se fonder sur les données issues de l'ESS pour fixer son revenu d'invalidé. En effet, le salaire issu de ces données est réputé recouvrir un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, y compris des tâches physiques et manuelles simples ne sollicitant pas trop les épaules. A cet égard, trois domaines professionnels possibles et respectant les limitations fonctionnelles du recourant ont été mis en évidence par le service de réadaptation de l'OAI, à savoir agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous pli) et une activité d'assemblage de composants électroniques ou informatiques.

Ainsi, pour fixer le revenu d'invalidé, il convient de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) ressortant de l'ESS 2014 (soit pour des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, un salaire de 5'312 francs) et de l'adapter à la durée hebdomadaire du travail dans les entreprises en 2014, à savoir 41,7 heures (cf. Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel), ce qui donne un revenu mensuel d'invalidé de 5'537 fr. 76 et annuel de 66'453 fr. 12. Dans ce contexte, la déduction de 10% opérée par l'OAI sur le revenu statistique ne paraît pas suffisamment tenir compte de l'ensemble des circonstances d'espèce susceptibles de

causer un désavantage salarial au recourant. Il convient à cet égard non seulement de prendre en considération ses limitations fonctionnelles et son âge (cf. fiche REA, calcul du salaire exigible du 18 juin 2015), mais également ses connaissances limitées en français et son absence de formation professionnelle. Par conséquent un taux d'abattement de 15% apparaît plus approprié que le taux de 10% retenu par l'OAI. Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 56'485 fr. 15.

bb) Le recourant ne formule aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité de 85'216 fr. 27 retenu par l'OAI, à juste titre. Ce montant, vérifié d'office, ne prête en effet pas flanc à la critique dès lors que l'OAI l'a fixé sur la base du revenu du recourant en 2011, ressortant de son compte individuel AVS (extrait du 3 mai 2013) et l'a adapté à l'évolution des salaires nominaux en 2014 (cf. ATF 134 V 322 consid. 4 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

cc) Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité un taux d'invalidité de 33.72% ($(85'216 \text{ fr. } 27 - 56'485 \text{ fr. } 15) \times 100 / 85'216 \text{ fr. } 27$).

Ce taux est insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a donc supprimé à juste titre la rente d'invalidité allouée au recourant trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit le 1^{er} novembre 2014 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

8. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 6 novembre 2015.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi et le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, qu'il convient en l'occurrence de fixer à 400 francs et de mettre à la charge du recourant qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 6 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N._____.

- 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 Olivier Carré (pour N. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :