

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 juin 2025

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
M. Piguet et Mme Livet, juges  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 et 17 LPGA ; art. 8 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], originaire du [...], ayant travaillé du 1<sup>er</sup> avril 1991 au 31 juillet 2005 pour le compte de Q.\_\_\_\_\_, en dernier lieu en qualité de gérant, a déposé le 7 octobre 2005 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), signalant être en incapacité de travail depuis le 6 octobre 2004 en raison de dorsalgies présentes depuis plusieurs années qui s'étaient aggravées en 2001.

Dans un rapport du 10 janvier 2006, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, a indiqué que l'assuré avait présenté une double hernie discale traitée en 2001 par des hémilaminectomies L4-L5 et L5-S1 droites, discectomie L4-L5 pour cure de hernie discale et sténose du recessus. Malgré ces interventions, il persistait des douleurs lombaires et une lombosciatique droite. La Dre J.\_\_\_\_\_ a aussi mentionné que l'assuré était suivi par un spécialiste en psychiatrie pour un état anxio-dépressif majeur avec une tentative de suicide par ingestion de médicament et d'alcool survenue en mars 2005 dans un contexte de licenciement et de divorce. Elle était d'avis qu'au vu de l'amélioration progressive de l'état de santé physique et psychique de l'assuré, ce dernier devrait bénéficier d'une mesure professionnelle dans un travail permettant la position alternée et sans port de charges de plus de 5 kg.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2006, la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité avec traits narcissiques et abandonniques et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Elle a précisé avoir suivi l'assuré du 29 novembre 2004 au 2 mars 2005, puis du 27 juin au 13 octobre 2005, date à laquelle il avait interrompu le suivi.

Dans un rapport du 4 avril 2006, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui avait opéré l'assuré des hernies discales en 2001, a

indiqué à l'OAI qu'il ne pouvait pas se déterminer sur la capacité de travail du prénommé qu'il n'avait pas revu depuis le 18 septembre 2003.

Dans un rapport du 26 janvier 2007, la Dre J. \_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI que l'assuré était très handicapé par son problème de hernie discale et ne pouvait plus accomplir son activité habituelle de gérant, précisant qu'il était important qu'il puisse effectuer une réinsertion professionnelle.

Après avoir mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle aux I. \_\_\_\_\_ en vue de rechercher des activités adaptées à ses limitations physiques, à ses capacités, à ses compétences et intérêts (communication du 18 avril 2008), l'OAI a pris en charge les frais d'une formation dans la gestion d'entreprise auprès de U. \_\_\_\_\_ du 4 août 2008 au 31 mars 2009 (communication du 31 juillet 2008).

A la suite de l'obtention du diplôme de commerce, option gestion d'entreprise, le 27 mars 2009, l'OAI a octroyé une nouvelle mesure professionnelle sous la forme d'une prise en charge des frais de cours de management et organisation d'entreprise dispensés par P. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2009 au 31 mars 2011, cours se déroulant un soir par semaine et un samedi tous les trois à quatre mois (communication du 11 mai 2009).

En parallèle, l'assuré a effectué un stage pratique au sein du département informatique de B. \_\_\_\_\_ du 22 mars au 23 avril 2010 au taux de 80 %, puis du 24 avril au 17 juin 2010 à 50 % (communications des 24 mars 2010, 29 avril 2010, 19 mai 2010) et enfin du 2 août au 31 octobre 2010 également au taux de 50 % (communication du 19 août 2010).

Le 11 mars 2011, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assuré. Dans ce cadre, ce dernier a produit divers documents, notamment un curriculum vitae dans lequel il a mentionné avoir travaillé

du 1<sup>er</sup> septembre 2005 au 31 mars 2010 dans la vente, l'achat et l'exportation de diverses marchandises.

Dans un rapport du 30 juin 2011, le service de réadaptation de l'OAI a observé que l'assuré était arrivé au terme de sa formation et s'était présenté aux examens, mais qu'il devait encore rattraper certains cours avant d'obtenir son diplôme.

Par communication du 6 juillet 2011, l'OAI a indiqué à l'assuré que sa réadaptation professionnelle était achevée et devrait lui permettre de trouver un emploi adapté à son profil et à ses limitations fonctionnelles et lui permettre de réaliser un revenu excluant le droit à la rente.

Par courrier du 14 juillet 2011, l'assuré s'est opposé à cette communication, en faisant valoir une aggravation de son état de santé qui ne lui permettait pas d'exercer une activité à plein temps.

Dans un rapport du 18 juillet 2011, la Dre J. \_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation des douleurs au niveau lombaire et précisé que la fragilité physique et psychique de l'assuré ne lui permettait pas de travailler à plus de 50 % même dans une activité adaptée.

Par décision du 12 août 2011, l'OAI a confirmé la réussite des mesures professionnelles qui devraient permettre à l'assuré d'exercer une activité avec un revenu excluant le droit à la rente.

Par arrêt du 22 avril 2013 (n° AI 233/11 - 87/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par N. \_\_\_\_\_ à l'encontre de cette décision du 12 août 2011, a annulé ladite décision et a renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a notamment considéré que l'instruction menée sur les plans somatique et psychiatrique, qui se fondait sur des rapports médicaux anciens dont les conclusions n'étaient plus forcément à jour au vu du rapport du 18 juillet 2011 de la Dre J. \_\_\_\_\_, ne permettait pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

**B.** A la suite de cet arrêt de renvoi, l'OAI a repris l'instruction du dossier et ordonné une expertise bidisciplinaire comprenant un volet rhumatologique confié au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et un volet psychiatrique confié au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise du 25 février 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

« 4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
  - o discopathie L4-L5
  - o status post-laminectomie et cure d'hernie discale L4-L5 en 2011

- Cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
  - o discarthrose multi-étagée prédominant en C6-C7

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Status post-amygdalectomie en 1994 »

Comme limitations fonctionnelles, l'expert a retenu le port de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg ainsi que les positions immobiles assises ou debout. Il a conclu que dans l'activité habituelle de gérant, dans laquelle l'assuré était amené à remplacer les vendeurs dans le magasin, sa capacité de travail était de 70 %. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées, une reprise de travail à 100 % aurait raisonnablement pu être exigée depuis 2007.

Dans son rapport d'expertise du 9 octobre 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne et de personnalité état limite inférieur, de type abandonnique et narcissique, qui était décompensée. Il a conclu à une capacité de travail nulle depuis l'été 2011.

Dans un avis du 24 octobre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu les limitations fonctionnelles suivantes sur le plan rhumatologique : pas de port répété de charges de plus de 5 à 10 kg, pas de manipulation de charges au-dessus de l'horizontale, pas de position du tronc en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc et possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure. Concernant le volet psychiatrique, il s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ concluant à une capacité de travail nulle depuis juillet 2011 en raison de l'épisode dépressif dans un contexte de trouble de la personnalité de type narcissique et abandonnique décompensé.

Par décision du 17 avril 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption depuis le 6 octobre 2004 et que le 1<sup>er</sup> juillet 2011, à l'issue de la formation prise en charge par l'assurance-invalidité, il présentait une incapacité totale de travail et de gain.

**C.** Une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité a été ouverte le 23 février 2017.

Le 13 mars 2017, l'assuré a complété le questionnaire pour la révision de la rente en signalant que son état de santé s'était aggravé et qu'il était suivi par la Dre J.\_\_\_\_\_.

Le 7 avril 2017, l'OAI a reçu un rapport de la Police [...] du 5 avril 2017 duquel il ressort que lors d'une intervention au domicile de l'assuré le jour-même pour un mandat d'amener préfectoral, la police s'était trouvée en présence d'une personne qui avait indiqué sous-louer l'appartement de l'assuré, que ce dernier vivait au [...] et qu'il ne rentrerait pas avant le mois de juin 2017. Il ressort également de ce rapport de police que l'assuré a appelé le jour-même la police, après avoir été informé de l'intervention policière dans son logement, et qu'il a

déclaré qu'il ne pouvait pas vivre en Suisse avec la rente d'invalidité qu'il percevait, que pour cette raison il vivait au [...] et sous-louait son appartement à [...], et qu'il rentrait de temps en temps en Suisse.

Sur interpellation de l'OAI, la Dre J.\_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport du 2 juin 2017 que l'état de santé de l'assuré n'avait subi aucune modification que ce soit au niveau de l'atteinte lombaire ou de l'atteinte psychiatrique. Au titre de diagnostics, elle a mentionné un épisode dépressif majeur, une hernie discale L4-L5 droite et une sténose du recessus L5-S1 droite. Le traitement médicamenteux consistait dans la prise régulière d'AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) et de Truxal trois fois par jour. Comme limitations fonctionnelles, la Dre J.\_\_\_\_\_ a mentionné des douleurs lombaires et un état dépressif. Quant à la capacité de travail, elle a précisé qu'elle était nulle aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Questionnée par l'OAI sur les dates de consultations de l'assuré depuis le 27 novembre 2014, la prénommée a répondu le 16 octobre 2017 avoir vu l'assuré à son cabinet les 13 janvier 2014, 22 janvier 2014, 9 mai 2014, 7 décembre 2015, 13 mars 2017 et 2 juin 2017.

Selon un procès-verbal relatif à un entretien du 9 novembre 2017 entre l'OAI et l'assuré, ce dernier a été questionné sur le sujet des vacances et a déclaré qu'il se rendait fréquemment au [...], soit au moins six à sept fois par année.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 10 novembre 2017 entre l'OAI et la Dre J.\_\_\_\_\_ que celle-ci a confirmé le peu de consultations de l'assuré, précisant qu'elle ne comptabilisait pas les infiltrations opérées sur l'assuré car ce n'était pas toujours elle qui les pratiquait. Elle a ajouté que le prénommé était une personne intelligente, qui gérait bien sa médication, mais également la commande de ceux-ci. Elle établissait de temps en temps des ordonnances pour une longue période afin de lui permettre de commander ses médicaments sur internet, ce qui lui permettait d'obtenir des rabais. Elle a confirmé qu'elle traitait aussi bien les problèmes psychiques que physiques de l'assuré.

Dans une communication du service LFA de l'OAI du 7 décembre 2017, on pouvait notamment lire ce qui suit :

« [...]

Divers éléments en notre possession font état d'une possible activité dans le milieu de l'automobile menée par notre assuré. Aussi, un rapport de police fait état que son domicile, donc son centre d'intérêt, serait son pays d'origine, soit le [...]. Pour le détail, il y a lieu de se référer à l'écrit précité (cf. Rens divers assuré du 07.04.2017).

Rencontré en entretien, notre assuré conteste tout, y compris le contenu du rapport de police. Nous pouvons brièvement résumer cet état de fait de la manière suivante :

- Il réfute les déclarations des agents de police. Il ne vit pas au [...]. La sous-locataire est en fait son amie intime qui loge dans son appartement. Pour justifier le tout, des lettres explicatives, établies par lui-même et son amie, ainsi que diverses factures, ont été remises aux autorités compétentes. Son lieu de vie est [...].

- Il explique avoir, par le passé, aidé un copain à mettre en vente divers véhicules sur Internet. Son business n'a pas été florissant, contrairement à celui de son ami. Il nie toute activité dans ce domaine, tant à l'époque qu'actuellement.

- L'annonce de vente d'un bien immobilier à [...] le concerne effectivement. Il tente de se séparer de cet appartement dont il est propriétaire. Il conteste toute implication dans une activité immobilière.

- De ce fait et pour les 2 points précités, il déclare n'avoir jamais utilisé la carte de visite fabriquée par le passé (cf. LFA - Divers du 25.11.2017). Devant notre questionnement, il s'engage dans des propos nébuleux, flous, etc. jusqu'à justifier l'ancienneté de celle-ci en sortant, brièvement, une seconde de son porte-monnaie. Après nous l'avoir présentée et devant nos questions, il poursuit sur des explications qui n'amènent nulle part.

- Il assure n'être aucunement impliqué dans une gestion d'un hôtel dans son pays d'origine.

En l'état et même si certains doutes subsistent, nous ne pouvons déterminer un lieu de vie autre que celui annoncé par M. N. \_\_\_\_\_. Il en est de même au sujet des divers thèmes abordés en entretien concernant de possibles activités. De ce fait, il y a lieu d'admettre que son centre d'intérêt, que son lieu de vie est [...] et que l'intéressé reste incapable de travailler dans le marché de l'emploi actuel.

Vu ce qui précède, nous vous suggérons de poursuivre la présente révision et de la mener à son terme avec, en l'état, un maintien du droit aux prestations actuellement servies à M. N. \_\_\_\_\_. [...] »

Dans un rapport du 27 mai 2019, la Dre J. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI avoir adressé l'assuré auprès de la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en

rhumatologie, pour évaluation de la situation actuelle et de la capacité de travail exigible de l'assuré, qui présentait des douleurs lombaires basses très invalidantes, en barre, estimées entre 4 à 8 sur 10, et qui l'empêchaient d'avoir une vie quotidienne normale. L'assuré se plaignait aussi de paresthésies au niveau des quatre membres. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuée en janvier 2019 avait mis en évidence d'importantes discopathies dégénératives avec des signes d'instabilité au niveau L4-L5 associées à des décompensations congestives interfaccetaires postérieures L3-L4, L4-L5 et L5-S1 des deux côtés. Il y avait également une inflammation au niveau des ligaments ilio-sacrés des deux côtés qui pouvait participer à la composante douloureuse. Le médecin traitant a précisé que la Dre C. \_\_\_\_\_ avait proposé de réaliser des infiltrations à but thérapeutique au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et que l'assuré devait également continuer les exercices de mobilisation neuro-méningés, de tonification et d'élongation musculaire. Pour le moment, il avait bénéficié d'une seule infiltration sans amélioration notable.

Interpellée par l'OAI, la Dre C. \_\_\_\_\_ a indiqué le 20 novembre 2019 qu'elle ne pouvait pas se déterminer précisément sur la capacité de l'assuré car elle ne l'avait vu qu'à deux reprises les 24 janvier et 8 mars 2019. Elle a joint à sa réponse un rapport d'IRM du rachis et des articulations sacro-iliaques et de radiographie fonctionnelle de la colonne lombaire du 29 janvier 2019 de FI. \_\_\_\_\_. Il ressort de ce document qu'au niveau du rachis cervical, l'examen radiologique avait mis en évidence notamment une discopathie dégénérative au niveau cervical avec protrusion disco-ostéophytique pluri-étagée de C4 à D1 avec signe de micro-instabilité au niveau C6-C7 du côté droit et C7-D1 central, ainsi qu'une uncarthrose pluri-étagée avec diminution de la taille des foramens intervertébraux droits aux niveaux C4-C5 et C5-C6 et des deux côtés aux niveaux C6-C7 et C7-D1. Au niveau du rachis lombaire, il était observé une discopathie dégénérative aux niveaux L2-L3 et L3-L4, ainsi qu'une large protrusion discale circonférentielle au niveau L4-L5 associée à des décompensations congestives inter-faccetaires postérieures de L3-S1 des deux côtés.

Le 22 juin 2020, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il allait mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire.

Par courriel du 22 juillet 2020, le prénommé a signalé qu'il souhaitait partir à l'étranger pour voir sa famille du 1<sup>er</sup> août au 10 octobre 2020, en demandant à l'OAI de tenir compte de son absence pour la convocation à l'expertise médicale.

Dans le cadre de l'expertise réalisée au sein de K.\_\_\_\_\_, l'assuré a été vu le 23 octobre 2020 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le 26 novembre 2020 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et le 21 décembre 2020 par la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un courrier du 29 octobre 2020, l'assuré a écrit à l'OAI que le Dr V.\_\_\_\_\_ s'était montré très désagréable à son égard, l'ayant traité notamment de simulateur et de manipulateur. Il a ajouté qu'il était resté avec lui quarante-cinq minutes et non le temps prévu. Compte tenu de l'attitude de ce praticien, il doutait de sa neutralité et de son objectivité.

Interpellé à ce sujet par l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_ et la directrice de K.\_\_\_\_\_ ont répondu, par courrier du 27 novembre 2020, que l'examen clinique par le prénommé avait été réalisé dans les règles de l'art, en vue de définir de manière objective les éventuelles limitations fonctionnelles de l'assuré dans le cadre d'une activité professionnelle. Les discussions avaient été menées sur la base des informations du dossier médical qui avaient été confrontées aux propos de l'assuré, compte tenu des discordances qui étaient apparues à plusieurs reprises, et cela en conformité avec les dispositions mentionnées dans le questionnaire d'expertise. Ils ont ajouté que l'expert avait mis un terme à l'expertise au bout de 50 minutes, après avoir pu obtenir les réponses nécessaires pour pouvoir se pencher sur tous les éléments nécessaires à l'évaluation de l'état de santé de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles et de sa

capacité de travail. Ils ont rappelé que l'entretien s'était tenu dans un contexte où le médecin avait tenu un rôle d'expert et non un rôle de thérapeute, ce qui pouvait donner un sentiment d'incompréhension chez l'expertisé.

Le 9 décembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il était d'avis que l'expertise s'était déroulée de manière conforme aux usages en la matière.

Le 18 février 2021, les experts de K. \_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport d'expertise, dans lequel ils ont retenu les diagnostics suivants :

« 1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. F60.8 Trouble narcissique de la personnalité
2. Syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives et sur dysbalance musculaire avec status après hémilaminectomie et cure de hernies discales L4-L5 et L5-S1 en 2001, présentant une radiculopathie L5-S1 droite résiduelle
3. Cervico-brachialgies récurrentes, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sur discarthrose multiétagée, prédominant en C6 et C7

1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
2. Consommation chronique tabagique, à 43 UPA
3. Myopie, connue depuis ses 25 ans, et presbytie, depuis ses 45 ans
4. Tremblements essentiels des extrémités, ce jour
5. Epigastralgie et reflux gastro-oesophagien, connus depuis 2010
6. Insomnies d'endormissements et de maintien du sommeil, connues depuis 15 ans
7. Status après amygdalectomie, en 1994
8. Ancienne consommation de boissons alcoolisées, sevrée depuis 2008 »

Sur le plan rhumatologique, ils ont conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle de gérant d'un magasin et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limités à 10 kg, éviter les activités agenouillée ou accroupie prolongées, les activités demandant une sécurité augmentée et éviter les postures forcées en porte-à-faux. Sur le plan psychiatrique, ils ont conclu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, le trouble narcissique de la personnalité étant compensé et le trouble dépressif récurrent étant en

rémission. L'assuré présentait toutefois des limitations fonctionnelles sur le plan relationnel induites par son trouble de la personnalité qui étaient incompatibles avec l'ancienne activité de gérant de magasin. En revanche, sa capacité de travail était entière depuis 2015 dans une activité adaptée à ses limitations d'ordre psychique, à savoir une activité encadrée, sans responsabilités de management, sans charge du bien-être d'autrui et ne nécessitant pas de faire appel à des ressources d'abstraction ou conceptuelles.

Dans un avis du 13 avril 2021, le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise, estimant que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que ce dernier présentait une capacité de travail totale depuis août 2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles importantes, nécessité d'un travail concret, alterner les positions assise et debout, limitation du port de charges à 10 kg, limitation des positions accroupie et agenouillée prolongées, pas de tâches de sécurité, pas de posture en porte-à-faux.

Le 7 mai 2021, l'OAI a adressé une convocation à l'assuré pour un entretien le 20 mai 2021 afin de discuter du réexamen de son droit à la rente.

Selon une note d'un entretien téléphonique du 11 mai 2021 avec la fille de l'assuré, cette dernière a contacté l'OAI afin de demander le report de l'entretien, au motif que son père était au [...] depuis deux mois environ et se trouvait alors bloqué là-bas en raison du Covid.

Dans un rapport initial RAR du 29 septembre 2021, faisant suite à un entretien avec l'assuré en date du 7 juillet 2021, une psychologue de l'OAI a indiqué que le prénommé admettait une amélioration de son état de santé, se déclarait très heureux de cette amélioration, mais essayait de négocier sa capacité de travail, estimant qu'il ne pourrait pas travailler à un taux supérieur à 30 %. La psychologue a aussi mentionné que lors de l'entretien, l'assuré avait admis travailler dans le négoce de voitures. Elle a également noté que l'assuré ne semblait

pas motivé par une réintégration professionnelle ordinaire, mais restait demandeur pour de nouvelles formations. Elle proposait une mesure d'endurance auprès de Z.\_\_\_\_\_ en vue d'une prise d'emploi dans l'économie à terme dans le cadre du processus de révision de la rente.

Par communication du 29 septembre 2021, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais d'un entraînement à l'endurance auprès de Z.\_\_\_\_\_ du 4 octobre 2021 au 14 janvier 2022. Le temps de présence prévu initialement était de 2 heures par jour et il était attendu qu'il augmente à 4 heures par jour en l'espace de trois mois.

Par courriel du 1<sup>er</sup> novembre 2021, Z.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait été mis en arrêt maladie par son médecin depuis le 29 octobre 2021 en raison de quelques signes de fragilité du dos.

Le 24 février 2022, cet organisme a adressé à l'OAI le rapport de stage de l'assuré duquel il ressort que la mesure avait pris fin le 14 janvier 2022 en attendant que les médecins de l'assuré se prononcent sur la possibilité d'une reprise de la mesure.

Dans un rapport du 25 février 2022, le Dr A.L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI suivre l'assuré depuis le 6 novembre 2021, précisant que l'état psychique du prénommé avait empiré en 2021 après le début des mesures de réinsertion professionnelle. Il a notamment relevé une diminution de la concentration, de l'attention et certains oublis, ainsi qu'une sensibilité à des situations de stress, un état de fatigabilité, une irritabilité et un énervement. Au titre de diagnostics, il a mentionné un trouble de la personnalité avec traits narcissiques et abandonniques depuis l'âge adulte et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Le traitement médicamenteux consistait dans la prise de Mirtazapine 15 mg (1 comprimé au coucher), de l'Imovane et du Temesta en réserve en cas d'anxiété. Il était d'avis que l'assuré n'était pas apte à exercer son activité habituelle, les responsabilités de gérant étant trop lourdes pour son état psychique fragile. Il a observé que l'assuré avait des

ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion professionnelle, le Dr A.L. \_\_\_\_\_ estimant toutefois qu'une mesure professionnelle n'était pas envisageable pour le moment. Dans une activité adaptée à son atteinte à la santé, l'assuré pourrait à terme exercer un emploi au taux de 20 à 30 %.

Interpellé par l'OAI, la Dre J. \_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport du 9 mars 2022 que les diagnostics actuels avec répercussion sur la capacité de travail étaient un état anxio-dépressif majeur avec parfois des idées suicidaires, ainsi que des lombalgies importantes et une lombosciatique sur hernie discale L5-S1 connue. Elle a précisé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé progressivement depuis 2020 et que le stage imposé par l'OAI n'avait fait qu'aggraver très fortement l'état anxio-dépressif de son patient. Elle était d'avis que la capacité de travail était nulle dans toute activité, en observant que les limitations fonctionnelles étaient surtout d'ordre psychologique avec une intolérance majeure au stress, des difficultés de concentration, des insomnies, une labilité émotionnelle majeure, une dépression profonde et une estime de soi effondrée.

Dans un rapport du 13 mai 2022, le Dr CA. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au R. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic d'insuffisance segmentaire L4-L5 avec discopathie et protrusion médiane, précisant que l'assuré avait subi, outre la cure de hernie discale et sténose du recessus en 2001, une injection périurale antalgique le 7 mars 2003 et deux blocs facettaires L4-L5 bilatéraux sous guidage radioscopique respectivement les 5 novembre 2021 et 11 mai 2022. Concernant l'évolution, il a fait état d'une situation clinique et radiologique inchangée. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné la position assise continue limitée à 1 heure consécutive, le changement de position le plus souvent possible, les positions en porte-à-faux et les rotations dissociées épaules/bassin qui devaient être évitées. La marche était en revanche préconisée afin de renforcer la musculature, il n'y avait pas de troubles neuropsychologiques, et la concentration, la mémorisation et la fatigabilité étaient normales pour l'âge.

Dans un avis du 12 octobre 2022, le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR a observé que la médecin traitante n'apportait aucun élément permettant de suspecter une aggravation de l'état de santé somatique de l'assuré depuis l'expertise et que le Dr CA.\_\_\_\_\_ décrivait un état peu incapacitant avec des limitations fonctionnelles cohérentes avec la capacité de travail totale dans une activité adaptée retenues dans l'expertise médicale. Concernant l'aspect psychique, il préconisait de demander des informations complémentaires au psychiatre traitant.

Dans un rapport du 16 novembre 2022, le Dr A.L.\_\_\_\_\_ et la psychologue X.\_\_\_\_\_ ont précisé que l'assuré avait sollicité un suivi au sein de leur cabinet à la suite de la péjoration de son état psychique lors de la mise en œuvre d'une mesure de réinsertion professionnelle par l'OAI en 2021. Ils ont notamment relevé que la symptomatologie liée au trouble de la personnalité était encore importante et que l'échec professionnel et familial dans le passé était une source de symptômes dépressifs, avec des idées noires sans risque suicidaire, qui étaient présents en situation de grand stress. L'assuré bénéficiait d'une prise en charge en psychothérapie d'orientation systémique en setting individuel à raison d'une à deux séances par mois avec des entretiens psychiatriques à une fréquence variable en fonction de l'état de l'assuré. Le traitement prescrit était de l'Imovane et du Temesta. Au titre de limitations fonctionnelles, ils ont mentionné une diminution de la concentration et de l'attention, certains oublis, une sensibilité à des situations de stress, un état de fatigabilité et une tendance à être irritable et à s'énerver facilement. Ils étaient d'avis qu'une mesure de réadaptation professionnelle n'était pas envisageable pour le moment.

Dans un avis du 7 décembre 2022, Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique même si une aggravation de l'état psychique de l'assuré lui paraissait douteuse.

L'OAI a ainsi confié un mandat d'expertise au Dr W.\_\_\_\_\_, qui a examiné l'assuré le 14 mars 2023 et a notamment requis des

informations complémentaires auprès du psychiatre traitant. Dans son rapport d'expertise du 6 juillet 2023, l'expert a retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent en rémission au maximum subclinique et de personnalité état limite inférieur surtout sur un mode narcissique et abandonnique non décompensé. Au terme de son analyse, il a observé que ses constatations et conclusions étaient en grande partie superposables à celles de l'experte psychiatre de K.\_\_\_\_\_. Ses observations confirmaient un amendement de la symptomatologie dépressive et la personnalité n'était plus décompensée. Il a conclu que l'assuré présentait, depuis au moins avril 2017, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à sa personnalité, à savoir éviter le contact avec la clientèle, une activité dans le domaine des soins, les responsabilités et la gestion de personnel. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport d'expertise un rapport du 17 avril 2023 du Dr B.L.\_\_\_\_\_ et de la psychologue X.\_\_\_\_\_ répondant aux questions de l'expert.

Dans un avis du 17 juillet 2023, le Dr D.\_\_\_\_\_ a adhéré au rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ et estimé que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail depuis au moins avril 2017 dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles retenues étant « éviter le contact avec la clientèle, dans le domaine des soins, des responsabilités, la gestion de personnel, pas de port de charges supérieures à 5-10 kg ainsi que des limitations pour les mouvements non ergonomiques ».

Le 18 août 2023, l'OAI a rendu un projet de refus de mesures professionnelles et de rente.

L'assuré, représenté par Me François Gillard, s'est opposé à ce projet de décision et a produit le 22 septembre 2023 un rapport du 21 septembre 2023 du Dr B.L.\_\_\_\_\_ et de la psychologue X.\_\_\_\_\_, signé uniquement par cette dernière, répondant aux questions qui leur avait été posées par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise.

Dans un projet de décision du 5 octobre 2023, annulant et remplaçant le précédent projet de décision du 18 août 2023, l'OAI a

informé l'assuré que sa rente serait supprimée pour la fin du mois suivant la notification de la décision. Il a retenu que dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente initiée le 17 février 2017, les renseignements recueillis lui avaient permis de constater une amélioration de son état de santé et une capacité de travail depuis au moins avril 2017, ce qui conduisait à la suppression de son droit à la rente.

Par courrier du 12 octobre 2023, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision et a sollicité une prolongation de délai pour formuler des objections, exposant qu'il était en train de réunir diverses données médicales complémentaires.

Le 20 novembre 2023, dans le délai prolongé par l'OAI pour compléter son opposition, l'assuré a sollicité une nouvelle prolongation de délai.

Dans un courrier du 23 novembre 2023, l'OAI a accordé un ultime délai au 5 janvier 2024 à l'assuré pour lui faire part de ses objections et fournir les éléments étayant sa position, en attirant son attention sur le fait qu'aucune nouvelle prolongation ne lui serait accordée.

Par courrier du 5 janvier 2024, l'assuré a requis une nouvelle prolongation de délai.

Par décision du 14 janvier 2024, l'OAI a confirmé à l'assuré que sa rente entière serait supprimée le 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision.

**D.** Par acte de son conseil du 14 février 2024, N.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'OAI est astreint à continuer à lui verser une rente entière pour une durée indéterminée et au constat qu'il est encore invalide à 100 % et qu'il a par conséquent toujours droit à une rente AI

complète. A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, en particulier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire devant porter sur ses problèmes de dos et sur ses troubles psychiatriques et à la tenue d'une audience au cours de laquelle il serait procédé notamment à son interrogatoire en tant que partie et possiblement à l'audition complémentaire du Dr W.\_\_\_\_\_. Sur le fond, il a fait valoir en substance qu'il souffrait toujours de lombalgies et de cervicobrachialgies, que son état de santé sur le plan somatique était stabilisé grâce notamment à l'arrêt de travail et au suivi médical, mais qu'un retour immédiat dans la vie active serait de nature à aggraver ses symptômes actuels et à entraîner de nouvelles douleurs et une péjoration de son état de santé. Il a ajouté qu'il était crucial de reconnaître et respecter ses limitations physiques et de lui fournir tout le soutien nécessaire pour maintenir sa qualité de vie et que l'intimé avait arbitrairement ignoré ou méconnu cet aspect essentiel. Sur le plan psychique, il était toujours en traitement depuis 2005 et son état de santé était très précaire, ce qui avait été nié à tort par l'intimé. Il a ajouté que l'annonce de la réévaluation de sa rente d'invalidité avait déclenché une crise majeure caractérisée par des symptômes anxio-dépressifs sévères qui pouvaient être aggravés par sa consommation d'alcool même si celle-ci était modérée. Le contraindre à reprendre un travail dans un tel contexte serait potentiellement dangereux pour sa santé et sa sécurité. Il a également contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ et a produit un rapport du 15 janvier 2024 du DO.\_\_\_\_\_ en soutenant que ce rapport invalidait les conclusions de l'expert. Il ressort de ce rapport médical que le recourant a été adressé par le Dr B.L.\_\_\_\_\_ auprès de ce centre pour une péjoration psychique sur un mode anxio-dépressif et des idées suicidaires dans un contexte de réévaluation de sa rente d'invalidité. Au cours de ce suivi, qui avait duré du 2 novembre au 14 décembre 2023, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avait été retenu. Après les trois premières semaines de traitement, la symptomatologie s'était améliorée sans indication à l'introduction d'un

traitement antidépresseur, le recourant bénéficiant d'un traitement anxiolytique de Tranxilium 5 mg introduit avant le début du suivi dans ce centre avec un bon effet thérapeutique.

Le 16 mars 2024, le recourant a produit un rapport du 4 mars 2024 du Dr CA.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics principaux d'insuffisance segmentaire L4-L5 avec protrusion et sténose foraminale bilatérale, de protrusion L3-L4 droite et d'uncarthrose cervicale de C4 à C7 surtout à droite avec protrusions discales diffuses. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné le port de charge de moins de 10 kg, la position assise et debout statique continue limitée à 1 heure consécutive, le changement de position le plus souvent possible, les positions en porte-à-faux le moins souvent possible et les rotations dissociées des épaules/bassin et les flexions/extensions répétées de la nuque devant également être limitées au maximum. La concentration, la mémorisation et la fatigabilité étaient normales pour l'âge mais il y avait de légers troubles neuropsychologiques liés à la dépression. Sous la rubrique « arrêts de travail » il a mentionné un taux de 50 % du 24 mars 2003 « à indéterminé ». Sous la rubrique « évaluation de la capacité de travail », il ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail actuelle du recourant et a précisé qu'une évaluation par le médecin conseil de l'AI serait utile.

Dans sa réponse du 23 avril 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et a produit un avis du 2 avril 2024 du Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR observant que les documents produits au stade du recours ne rendaient pas vraisemblable une aggravation nette et durable de l'état de santé du recourant depuis les expertises.

Dans sa réplique du 26 juin 2024, le recourant a maintenu sa position. Avec son écriture, il a produit les documents suivants :

- Un rapport d'IRM cervicale du 19 février 2024 du Dr PL.\_\_\_\_\_, radiologue, concluant à la présence d'une uncarthrose dégénérative C4 à C7, d'une discopathie diffuse inflammatoire en C5-C6 et d'hernies discales étagées sans myélopathie.

- Un rapport d'IRM lombaire du 21 février 2024 du prénommé confirmant une discopathie protrusive en L4-L5 comblant partiellement les deux recessus latéraux et les foramens pouvant expliquer un conflit avec les racines L4 ou l'émergence des racines L5, ainsi qu'une discopathie focale latérale droite en L3-L4 au contact de la racine L3 dans son trajet latéral.
- Un rapport du 12 juin 2024 de la Dre C.\_\_\_\_\_, mentionnant avoir examiné le recourant les 2 février et 26 mars 2024 pour une réévaluation rhumatologique face à l'acutisation du tableau douloureux. Elle a indiqué qu'un syndrome de compression du nerf médian au canal carpien avait été objectivé bilatéralement, ce qui avait conduit à une libération chirurgicale du tunnel carpien droit en mai 2023 et du tunnel carpien gauche en février 2024. Le tableau rachialgique ne s'était pas amélioré puisque le recourant annonçait une augmentation de la symptomatologie algique, tant au niveau cervical que lombaire. Sur le plan cervical, il présentait des cervicalgies basses irradiant en région dorsale ainsi que des névralgies cervico-brachialgies droites. Sur le plan lombaire, il présentait un tableau douloureux chronique persistant depuis plus de vingt ans sous forme de douleurs lombaires basses, mécaniques, s'accroissant lors des positions statiques maintenues, des relevés de chaise, de la marche sur de longues distances et des mouvements en flexion. Au titre de limitations fonctionnelles, elle a mentionné les postures statiques maintenues, les postures rachidiennes non-ergonomiques, le port de charges supérieures à 5 kg, les postures en hyperextension cervicale et en porte-à-faux, le travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, le travail avec rendement sous stress et le travail impliquant le contact avec la clientèle. Compte tenu de l'aggravation du tableau somatique et psychiatrique et d'une incapacité de travail durable depuis plusieurs années, elle se demandait comment il était possible d'imaginer que le recourant puisse recouvrer une capacité de travail de 100 % du jour au lendemain. Elle pensait qu'une reprise du travail serait contre-productive, voire dangereuse chez un patient verbalisant les symptômes d'un sévère état anxio-dépressif.

- Un rapport du 25 juin 2024 du Dr VL.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant suivre le recourant depuis le 11 mars 2024 pour un épisode dépressif moyen à sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux, narcissiques et abandonniques. Concernant la capacité de travail, il a indiqué qu'elle était nulle depuis au moins le 11 mars 2024. Il a émis un pronostic réservé au vu de la chronicité des symptômes, de la présence de douleurs continues et de la pauvreté des ressources mobilisables.

Le 22 juillet 2024, l'intimé a maintenu sa position et a produit un avis du Dr D.\_\_\_\_ du SMR du 16 juillet 2024.

### **E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, sous réserve de la conclusion tendant à la constatation que le recourant est encore invalide à 100 % et qu'il a toujours droit à une rente AI complète.

En effet, sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ne peuvent intervenir qu'à titre subsidiaire lorsque des

conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues (ATF 141 II 113 et les références citées). Or le recourant a également pris une conclusion tendant à la réforme de la décision attaquée dans le sens du maintien d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée, de sorte qu'il n'a aucun intérêt à faire constater en sus une invalidité ou un droit à la rente.

**2.** Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité dont le recourant bénéficiait depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, et en particulier sur sa capacité de travail.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). En l'espèce, l'ancien droit est applicable, la décision litigieuse ayant été rendue au terme d'une procédure de révision initiée en 2017 par l'intimé qui a conclu à une amélioration de l'état de santé du recourant depuis 2017.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**d)** Le Tribunal fédéral a considéré qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al.

2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TFA I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 déjà cité et les références).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**6. a)** Par décision du 17 avril 2015, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011 en

raison de ses troubles psychiques qui entraînaient une incapacité de travail totale dans toute activité. Dans la décision de suppression de rente du 14 janvier 2024, l'intimé s'est basé notamment sur l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ pour retenir une amélioration de l'état de santé psychique compatible avec l'exercice d'une activité adaptée depuis au moins avril 2017. Le recourant conteste avoir récupéré une pleine capacité de travail et reproche, en substance, à l'intimé d'avoir nié sa fragilité physique et psychique et le risque d'une décompensation en cas de reprise de travail.

**b)** Sur le plan somatique, les pièces du dossier ne laissent aucun doute sur le fait que la situation du recourant est superposable à celle prévalant en 2015 lors de l'octroi de la rente et que le prénommé dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans le cadre de la procédure de révision, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de K.\_\_\_\_\_, qui a confirmé l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan de la médecine interne générale, ce qui était déjà le cas en 2015. Sur le plan rhumatologique, les experts de K.\_\_\_\_\_ ont retenu un syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives et status post-laminectomie et cure d'hernie discale en 2011 ainsi que des cervico-brachialgies récurrentes sans signes radicaire irritatif ou déficitaire sur discarthrose multi-étagée prédominant à droite, qui sont des atteintes qui existaient déjà en 2015 (cf. notamment rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ du 25 février 2014). Tout comme le Dr F.\_\_\_\_\_ à l'époque, les experts de K.\_\_\_\_\_ ont conclu que ces atteintes étaient compatibles avec une capacité de travail de 70 % dans l'ancienne activité de gérant de magasin et de 100 % dans une activité adaptée, étant observé que les limitations fonctionnelles d'épargne du dos retenues par les experts de K.\_\_\_\_\_ sont en adéquation avec celles retenues en 2015 par le Dr F.\_\_\_\_\_ et le SMR (avis du 24 octobre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_). A noter que l'expert rhumatologue de K.\_\_\_\_\_ a expressément signalé que l'examen du recourant ne montrait pas de modification majeure par rapport aux conclusions faites en 2014 par le Dr F.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise, p. 65) et les autres pièces du dossier tendent à confirmer ce constat.

En particulier, le rapport du Dr CA.\_\_\_\_\_ du 13 mai 2022 confirme l'absence d'évolution clinique et radiologique et ne retient pas des limitations plus importantes que celles prises en compte par l'intimé en 2015 sur la base de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ et du SMR. La Dre J.\_\_\_\_\_ a elle aussi relevé au début de la procédure de révision en 2017 que l'atteinte lombaire du recourant n'avait subi aucune modification (cf. son rapport du 2 juillet 2017). Dans son rapport du 9 mars 2022, la médecin traitante a signalé une aggravation progressive de l'état de santé psychique du recourant, sans faire état d'éléments objectifs rendant plausible une péjoration significative de l'atteinte rhumatologique du recourant qui serait incompatible avec l'exercice d'une activité adaptée.

Les pièces médicales produites au stade du recours ne permettent pas d'apprécier la situation différemment. Le rapport du 4 mars 2024 du Dr CA.\_\_\_\_\_ confirme l'absence d'évolution clinique et ne fait pas état de limitations fonctionnelles sur le plan somatique plus importantes que celles retenues dans son rapport précédent, à l'exception du port de charges de moins de 10 kg et les flexions et extensions répétées de la nuque qui devraient être limitées. Par ailleurs, comme l'a relevé le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son avis du 16 juillet 2024, les lésions cervicales et lombaires mentionnées par le Dr CA.\_\_\_\_\_ sont superposables à celles décrites dans l'expertise de K.\_\_\_\_\_. Quant au rapport du 12 juin 2024 de la Dre C.\_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant postérieurement à la décision attaquée, il ne fait état d'aucun élément permettant de remettre en doute les conclusions de l'expertise de K.\_\_\_\_\_. S'il ressort de ce document que le recourant a subi une cure du canal carpien des deux côtés postérieurement à l'expertise de K.\_\_\_\_\_, la Dre C.\_\_\_\_\_ ne mentionne aucune limitation fonctionnelle ni incapacité de travail y relatives. Elle signale une aggravation de l'état de santé du recourant sous la forme d'une augmentation de l'intensité des douleurs dans la région cervicale et lombaire, sans toutefois apporter d'éléments objectifs permettant de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant. Tout comme le Dr CA.\_\_\_\_\_ et la Dre J.\_\_\_\_\_, elle n'explique par ailleurs pas pour quelles raisons le recourant ne pourrait pas exercer une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles et elle évoque essentiellement des éléments psychiques (vulnérabilité, détresse émotionnelle et fragilité) pour justifier son avis selon lequel une réinsertion sur le marché du travail serait contre-productive voire dangereuse pour le recourant.

En définitive, à l'instar de ce que le SMR a retenu dans son avis du 7 décembre 2022, il y a lieu de constater qu'aucun document médical ne permet de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant du point de vue somatique depuis la dernière décision de 2015 et les conclusions du rapport de K. \_\_\_\_\_ peuvent être suivies.

**c)** Sur le plan psychiatrique, l'experte psychiatre de K. \_\_\_\_\_ a conclu en février 2021 à une amélioration de l'état de santé du recourant depuis 2015. Elle était d'avis que le trouble dépressif récurrent était en rémission et n'avait plus d'incidence sur la capacité de travail du prénommé. Quant au trouble narcissique de la personnalité retenu par l'experte, qui entraînait des limitations fonctionnelles sur le plan relationnel, il était compatible avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée, à savoir un travail encadré, sans responsabilités de management ou du bien-être d'autrui et ne nécessitant pas de faire appel à des ressources d'abstraction ou conceptuelles.

Au vu des rapports médicaux des médecins traitants produits postérieurement à cette expertise, l'intimé a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr W. \_\_\_\_\_, conformément à l'avis du SMR qui préconisait cette mesure d'instruction afin d'écartier une aggravation de l'état psychologique du recourant qui lui paraissait toutefois très douteuse.

Le recourant a ainsi été examiné en mars 2023 par le Dr W. \_\_\_\_\_ qui a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical, qu'il a résumé. Il s'est également fondé sur des tests psychométriques réalisés dans le cadre de l'expertise. Il a par ailleurs questionné le psychiatre traitant sur les contradictions qu'il avait observées dans la prise en charge du recourant. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a tenu

compte des plaintes et déclarations de l'expertisé, a décrit son quotidien et dressé une anamnèse détaillée aussi bien sur le plan personnel que professionnel, social et médical. Concernant les diagnostics, il a expliqué de manière détaillée et motivée les raisons l'ayant conduit à retenir un trouble dépressif récurrent en rémission, tout au plus subclinique, qui n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. Les observations du Dr W.\_\_\_\_\_ à cet égard sont pour l'essentiel superposables à celles faites précédemment par l'experte psychiatre de K.\_\_\_\_\_. Il a également dûment expliqué pourquoi il retenait une personnalité état limite inférieur sur un mode narcissique et abandonnique qui était non décompensée. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes psychiques du recourant au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables. Il s'est prononcé sur la cohérence, relevant notamment que les symptômes et limitations fonctionnelles dont se plaignait le recourant n'étaient pas cohérents au vu de son fonctionnement personnel, social et familial depuis 2015 et des tests psychométriques qui suggéraient une tendance majeure à la dramatisation et à l'amplification des plaintes. L'expert a observé que les limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant étaient en contradiction avec ses propres constatations et celles faites précédemment par l'experte de K.\_\_\_\_\_. L'expert s'est aussi déterminé sur les ressources du recourant ainsi que sur le suivi médical, en observant à cet égard que le traitement était difficile à préciser, que le psychiatre traitant n'avait pas répondu à satisfaction à ses demandes de renseignements et qu'il y avait une discordance majeure entre le traitement médicamenteux et le diagnostic retenu par le psychiatre traitant. Il a notamment précisé que la posologie de 15 mg pour la Mirtazapine était sans efficacité pour une dépression, qui plus est une dépression majeure évoquée par le psychiatre traitant. Le recourant était par ailleurs peu clair avec son traitement, déclarant prendre de temps en temps du Remeron ou la Mirtazapine et disant être sous Temesta et Zolpidem tout en signalant qu'il aurait interrompu ces traitements. Le Dr W.\_\_\_\_\_ était d'avis que la prise en charge psychiatrique du recourant n'était pas réalisée dans les règles de l'art et s'éloignait totalement des recommandations de la Société Suisse de Psychiatrie et

psychothérapie. Il a conclu que l'état de santé psychiatrique du recourant s'était amélioré progressivement depuis 2015 et que sa capacité de travail sur le plan psychique était entière depuis au moins avril 2017 dans toute activité adaptée à sa personnalité, précisant à cet égard qu'il fallait éviter le contact avec la clientèle, le domaine des soins, la gestion de personnel ou les responsabilités. Ses conclusions sont au demeurant en adéquation avec l'appréciation de l'experte psychiatre de K.\_\_\_\_\_ qui elle aussi concluait en février 2021 à une amélioration de l'état de santé du recourant et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à la problématique de la personnalité du recourant.

Il y a lieu ensuite de constater que les rapports des médecins traitants ne sont pas de nature à mettre en doute l'appréciation de l'expert W.\_\_\_\_\_. Il ressort du dossier que le recourant n'a fait l'objet d'aucun suivi psychiatrique spécialisé entre la décision initiale d'octroi de rente du 17 avril 2015 et le début de la procédure de révision en février 2017, le prénommé ayant consulté uniquement sa médecin généraliste traitante tant pour les aspects somatique que psychique durant cette période et à seulement une reprise le 7 décembre 2015 selon les indications fournies par la Dre J.\_\_\_\_\_. Cet élément tend à confirmer l'amélioration de l'état de santé du recourant. Par la suite, il a continué à être suivi sur le plan psychique uniquement par sa médecin traitante avant d'entamer un suivi spécialisé auprès du Dr A.L.\_\_\_\_\_ le 6 novembre 2021. Ce dernier a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère et a conclu à une incapacité de travail totale sans expliciter son appréciation de manière convaincante. Par ailleurs, les rapports du psychiatre traitant comportent un certain nombre d'incohérences et contradictions qui rendent son avis contestable, comme l'a observé l'expert W.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 25 février 2022, le psychiatre traitant a mentionné que le traitement médicamenteux prescrit était de la Mirtazapine 15 mg (1 comprimé au coucher), de l'Imovane et du Temesta, ce qui ne concorde pas avec le diagnostic de trouble dépressif majeur, le Dr W.\_\_\_\_\_ ayant relevé à cet égard que la dose de 15 mg par jour du médicament Mirtazapine était une dose infrathérapeutique pour le traitement de la dépression. Interpellé par le Dr W.\_\_\_\_\_ au sujet

notamment de cette contradiction, le Dr B.L.\_\_\_\_\_ lui a adressé un rapport daté du 17 avril 2023 qu'il n'a visiblement pas pris la peine de lire avant de le signer puisqu'il a répondu à certaines questions de l'expert par la phrase « B.L.\_\_\_\_\_ tu peux m'orienter avec cette réponse ». Dans ce rapport, il a indiqué que le dosage de la Mirtazapine avait été augmenté à 30 mg en décembre 2021 sans apporter d'amélioration, alors que dans son rapport du 21 septembre 2023, il a répondu à la même question de l'expert en affirmant qu'il n'avait jamais modifié la posologie, qu'elle était toujours de 15 mg par jour et que la réponse thérapeutique avait été satisfaisante. Dans ce dernier rapport du 21 septembre 2023, il a en outre indiqué avoir vu le recourant pour la dernière fois le 18 mars 2023, ce qui est un élément supplémentaire qui infirme l'appréciation du psychiatre traitant relative à une péjoration de l'état psychique du recourant et à un épisode dépressif majeur.

Les pièces produites par le recourant au stade du recours n'apportent pas non plus des éléments de nature à faire douter des conclusions des expertises psychiatriques de K.\_\_\_\_\_ et du Dr W.\_\_\_\_\_. Il ressort du rapport du 15 janvier 2024 du DO.\_\_\_\_\_ que le recourant a consulté ce centre du 2 novembre au 14 décembre 2023 pour une péjoration psychique sur un mode anxiodépressif et idées suicidaires dans un contexte de réévaluation de sa rente d'invalidité, que sa symptomatologie s'était améliorée au cours de ce suivi sans indication à l'introduction d'un traitement antidépresseur et que le recourant avait mis fin au suivi de manière anticipée pour se rendre au [...] avec sa fille afin d'y passer les fêtes de fin d'année. Ce document, qui reflète une péjoration temporaire de l'état psychique du recourant en réaction à une réévaluation de l'assurance-invalidité, ne suffit pas à retenir une atteinte psychique durablement incapacitante (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). Quant au rapport du 25 juin 2024 du Dr VL.\_\_\_\_\_, qui se rapporte à la période postérieure à la décision attaquée du 14 janvier 2024, il doit être écarté, la Cour de céans ne pouvant tenir compte que des faits existant au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Enfin, les arguments avancés par le recourant ne sauraient suffire à mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_. Il en va ainsi notamment de sa remarque générale non prouvée selon laquelle le Dr W.\_\_\_\_\_ serait toujours optimiste et conclurait en règle générale à une pleine capacité de travail dans ses expertises, d'autant moins que rien au dossier ne laisse transparaître une prévention de l'expert.

En définitive, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui conférer pleine valeur probante. Ses conclusions sont au demeurant en adéquation avec l'appréciation de l'experte psychiatre de K.\_\_\_\_\_ qui elle aussi avait conclu à une amélioration de l'état de santé du recourant et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à la problématique de la personnalité du recourant.

**d)** En définitive, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur l'expertise précitée pour conclure que l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis avril 2017 et que le prénommé avait récupéré depuis lors une capacité de travail qui excluait le droit à la rente.

**e)** L'examen du taux d'invalidité du recourant permet en effet de constater qu'il n'atteint pas le seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente.

A cet égard, au vu de la durée de l'éloignement du recourant du marché du travail, il y a lieu de se référer aux données salariales issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) aussi bien pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité.

En effet, lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'ESS publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque

la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Sur cette base, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité du recourant à 82'981 fr. 58 en 2024 correspondant au salaire moyen touché par un homme dans le secteur du commerce de détail dans des tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (ESS 2022, Tableau TA1\_tirage\_skill\_level, ligne 47, niveau de compétence 3) après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures dans cette branche économique en 2022 (cf. Office

fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, ch. 86-88) et après indexation à 2024 (salaire mensuel de 6'445 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, indexation de 1,7 % en 2023 et de 1,2 % en 2024 ; cf. tableau T39 « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* »). Pour le revenu avec invalidité, il convient de se référer au salaire moyen touché par un homme pour des activités simples et répétitives dans les domaines des services et de la production qui était de 5'305 fr. en 2022 (ESS 2022, Tableau TA1\_tirage\_skill\_level, total hommes, niveau de compétence 1), et qui, rapporté à la durée hebdomadaire moyenne de travail en entreprise en 2024 (41,7 heures) et après indexation à 2024, aboutit au revenu avec invalidité annuel de 68'303 fr. 69 (5'305 fr. pour 40 heures x 41,7 heures + 1,7 % en 2023 et 1,2 % en 2024). Les circonstances du cas d'espèce ne justifient aucun abattement sur ce revenu.

La comparaison de ces deux revenus conduit au taux d'invalidité arrondi de 17,68 % ( $[82'981,58 - 68'303,69] / 82'981,58 \times 100$ ), arrondi à 18 % (ATF 130 V 121), qui n'ouvre pas le droit à une rente.

**7.** Dans la mesure où le recourant était âgé de 56 ans révolus à la date de la décision de suppression de rente, il convient d'examiner s'il avait besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel.

Au vu de l'amélioration de l'état de santé du recourant constatée dans le cadre de la procédure de révision de la rente, en particulier dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire de K.\_\_\_\_\_ du 18 février 2021, l'intimé lui a octroyé le 29 septembre 2021 une mesure de réinsertion professionnelle sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de Z.\_\_\_\_\_. Il ressort du bilan de stage que le recourant a démontré avoir les aptitudes pour réaliser toutes les tâches de bureautique qui lui ont été confiées, qu'il s'est bien intégré dans l'équipe et qu'il est entré en relation adéquate avec les collègues et le personnel encadrant. Cela étant, malgré les adaptations mises en place afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles physiques (poste de travail

réglable en hauteur, alternance des positions, aucun port de charges) et un taux de présence bas de 20 %, le recourant a manifesté des difficultés en lien avec les douleurs physiques et il a été mis en arrêt de travail par sa médecin traitante, ce qui a conduit à la fin prématurée de cette mesure de réinsertion professionnelle. Or, comme vu plus haut, les atteintes lombaires du recourant sont compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée depuis 2007 déjà et ne peuvent pas expliquer l'échec du stage auprès de Z.\_\_\_\_\_. Quant aux atteintes psychiques, qui avaient fondé la décision initiale d'octroi de rente de 2015, elles se sont amendées depuis lors et sont elles aussi compatibles avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juillet 2017. Dans ces circonstances, il y a lieu de constater que si le recourant n'a pas mené à terme le stage auprès de Z.\_\_\_\_\_ c'est pour des motifs étrangers à l'assurance-invalidité. L'échec de cette mesure de réentraînement au travail apparaissait du reste prévisible au vu des observations faites par l'intimé lors de l'entretien avec le recourant destiné à évaluer son potentiel de réadaptation, le prénommé n'apparaissant alors pas motivé par une réintégration professionnelle et se déclarant incapable de travailler à plus de 30 % alors qu'il savait que les experts de K.\_\_\_\_\_ avaient reconnu une amélioration de son état psychique compatible avec une reprise de travail à plein temps dans une activité adaptée (rapport initial RAR du 29 septembre 2021). La lecture des rapports d'expertise confirme que des mesures d'ordre professionnel supplémentaires seraient vouées à l'échec au vu de l'absence d'aptitude subjective de réadaptation du recourant, qui a déclaré qu'il avait plus de 80'000 fr. de dettes, essentiellement des arriérés de pensions alimentaires, et qu'il ne servirait à rien de travailler car une partie de son salaire serait saisi pour payer les institutions qui avaient avancé ces pensions (rapport d'expertise de K.\_\_\_\_\_ du 18 février 2021, p. 44 ; rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2023, p. 40).

Par surabondance, il apparaît que le recourant dispose de ressources suffisantes pour se réadapter sans aide supplémentaire de l'intimé. Il vit en Suisse depuis 1991, le français est sa deuxième langue maternelle et il a exercé différents métiers, le recourant ayant débuté en

Suisse comme vendeur avant de gravir les échelons jusqu'à devenir gérant de magasin. Dans le cadre des mesures d'ordre professionnel octroyées entre 2008 et 2010, avant l'octroi de la rente d'invalidité, il a obtenu un diplôme de commerce et réalisé un stage de six mois dans des tâches de bureau auprès du département informatique de B.\_\_\_\_\_ qui a observé que le recourant était rapide, consciencieux, précis et qu'il fournissait un travail sans erreur (cf. certificat de travail du 30 septembre 2010 de cette société). Il a également démontré avoir les aptitudes nécessaires pour effectuer toutes les tâches de bureautique confiées par Z.\_\_\_\_\_. Les difficultés en lien avec ses douleurs physiques exprimées dans le cadre de ce stage, qui ont empêché l'augmentation de son temps de présence et la poursuite de cette mesure, sont des éléments subjectifs qui sont infirmés par les conclusions des experts de K.\_\_\_\_\_ et du Dr W.\_\_\_\_\_ relatives à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Enfin, après avoir nié qu'il continuait à exercer une activité dans la vente de voitures et de marchandises d'import-export, malgré les éléments tendant à démontrer le contraire (notamment les deux cartes de visite qu'il a montrées à l'intimé lorsqu'il a été interrogé à ce sujet, les annonces sur internet et ses nombreux voyages dans son pays d'origine), il a finalement admis travailler dans le négoce de voitures (rapport initial RAR du 29 septembre 2021), ce qui confirme qu'il est en mesure de se réadapter par lui-même.

Au vu des circonstances du cas d'espèce, l'intimé n'avait pas à mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel supplémentaires.

**8.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, par l'audition du Dr W.\_\_\_\_\_ ni par l'interrogatoire du recourant qui a pu faire valoir tous ses arguments devant la Cour de céans dans le cadre d'un double échange d'écritures (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a). Sa requête d'expertise médicale et de tenue d'une audience

en vue de son interrogatoire et d'une éventuelle audition du Dr W. \_\_\_\_\_ doit dès lors être rejetée.

**9.** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me François Gillard peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 27 mars 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'736 fr. 65 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 janvier 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me François Gillard, conseil d'office de N.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'736 fr. 65 (mille sept cent trente-six francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me François Gillard (pour le recourant),
- 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 :