

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 février 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Berberat, juge, et Mme Boesch, assesseure
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a, 28b LAI ;
25 ss, 88a, 88^{bis} al. 2 RAI**

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, marié, père de deux enfants nés en [...] et [...], a travaillé en dernier lieu en tant que gérant indépendant d'un café-restaurant. Le 14 janvier 2016, il a été victime d'un accident de la circulation routière à forte cinétique, causant un traumatisme crânien et une amnésie circonstancielle et nécessitant une hospitalisation au service de neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) du 14 au 21 janvier 2016. Dans leur rapport de sortie du 27 janvier 2016, les spécialistes de ce service ont posé le diagnostic principal de suspicion de syndrome centromédullaire nécessitant une surveillance neurologique. L'assuré a ensuite subi une intervention chirurgicale le 14 juin 2016 en raison d'une hernie cervicale C3-C4 (cf. rapport de consultation du 6 septembre 2016 du Dr C._____, spécialiste en neurochirurgie).

Le cas d'accident a été pris en charge par D._____. A l'initiative de celle-ci, qui a joint une copie de son dossier, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 13 mai 2016 annonçant une incapacité de travail depuis le 15 janvier 2016 en raison d'une hernie discale d'origine accidentelle. Le 26 juillet 2016, l'assuré a complété son dossier en fournissant notamment des décisions de taxation ainsi que des pièces comptables concernant son café-restaurant. L'OAI a par ailleurs sollicité des rapports auprès des différents médecins et spécialistes mentionnés par l'assuré dans sa demande.

Sur mandat de D._____, le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à une expertise médicale. Dans son rapport du 16 novembre 2016, ce spécialiste a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales chroniques et de status après discectomie C3-C4 et mise en place d'une cage intersomatique de ce niveau en juin 2016. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité, en précisant que l'examen neurologique peu clair pourrait justifier un avis spécialisé

dans ce domaine. Il a par ailleurs signalé l'intrication d'une possible comorbidité psychologique.

L'assuré a été hospitalisé en service psychiatrique du 5 septembre au 4 octobre 2017, à la demande de son psychiatre traitant. Le rapport de sortie établi le 22 novembre 2017 par le Service de G. _____ retenait le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.22).

La Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la W. _____, a complété un questionnaire médical de l'OAI le 25 avril 2018. Précisant avoir repris le suivi de l'assuré début avril 2018, peu après une seconde hospitalisation en service psychiatrique du 4 janvier au 13 février 2018, elle a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi que le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.22).

Suivant la suggestion du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès du centre d'expertise L. _____ Sàrl. Les Drs M. _____, spécialiste en rhumatologie, et O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont déposé leur rapport le 27 août 2019. Retenant les diagnostics de status post chirurgie de hernie discale cervicale avec mise en place d'une prothèse (M50.0), de syndrome de whiplash (S13.4), d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.22), ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis 2016 sur le plan somatique et depuis juin 2019 sur le plan psychiatrique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière sur le plan somatique depuis le 1^{er} décembre 2016, mais nulle d'un point de vue psychiatrique depuis juin 2019 en précisant qu'une

amélioration pour atteindre une capacité de travail entière pourrait être obtenue dans un délai de 9 à 12 semaines sous traitement bien conduit. Dans un complément du 29 octobre 2019, le Dr O._____ a indiqué qu'après relecture des dates d'hospitalisation, il retenait que la capacité de travail était nulle depuis septembre 2017. Il a ajouté que les dosages médicamenteux indiquaient une non-compliance et que, sous un traitement bien conduit, la capacité de travail reviendrait progressivement, à 50 % avec un rendement de 100 % dans les neuf semaines puis à 100 % avec un rendement de 100 % après trois semaines supplémentaires.

Sur la base de cette expertise, le SMR a préconisé de procéder à une nouvelle évaluation psychiatrique dans les six mois (cf. avis SMR du 12 décembre 2019).

Par décisions des 1^{er} avril 2020 et 4 février 2021, reprenant la motivation de son projet du 11 février 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017 avec obligation de se soumettre à un suivi médical.

Entretemps, l'OAI s'est fait remettre les feuilles de suivi psychiatrique remplies par ses psychothérapeutes, ainsi que les rapports médicaux suivants :

- Les réponses données le 1^{er} septembre 2020 aux questions du mandataire de l'assuré par la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue E._____, de la W._____, dont il ressort que l'assuré se présentait aux rendez-vous, que l'adhésion aux soins n'était pas toujours suffisante pour permettre une amélioration clinique significative, que les taux plasmatiques suggéraient une absence d'observance du traitement médicamenteux et que les symptômes paraissaient chroniques, de sorte que l'état clinique était stationnaire et le pronostic mauvais en raison d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

- Un questionnaire médical de l'OAI complété le 7 septembre 2021 par la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue E._____, de la W._____, exposant que l'état de santé n'avait pas évolué depuis le début du suivi. Les psychothérapeutes posaient les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactive, syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.22).

Sur la base des éléments ainsi communiqués, l'OAI a renoncé à procéder à une révision du droit à la rente le 30 septembre 2020, respectivement a maintenu la rente d'invalidité sans modification du droit le 5 octobre 2021.

B. En juin 2023, l'OAI a engagé une procédure de révision en adressant un questionnaire pour la révision de la rente à l'assuré. Celui-ci l'a complété le 12 juillet 2023.

Le Dr BB._____, spécialiste en médecine interne générale, a rempli un rapport médical pour la révision du droit à la rente le 17 juillet 2023, faisant état d'une situation médicale inchangée. Il a joint un rapport du 13 juillet 2021, proposant un bilan à l'issue de quatre séances de traitement chiropratique.

Également interrogé par l'OAI, le psychologue CC._____ a répondu le 8 août 2023 que l'état de santé physique et psychiatrique de l'assuré restait fragile et ne lui permettait pas de se projeter dans une activité professionnelle. Il a exposé que son patient, qui s'isolait en restant cloîtré chez lui avec un rythme de vie ponctué par ses rendez-vous médicaux, présentait un état de stress et d'angoisse omniprésents, un état général morose, des ruminations, une perte de motivation, une neurasthénie, un trouble dépressif chronique et des troubles du sommeil. Il évaluait la capacité de travail exigible à 5 % dans toute activité.

L'OAI s'est en outre adressé à N._____ le 13 septembre 2023, afin de demander un récapitulatif de toutes les indemnités journalières versées à l'assuré, ainsi qu'une copie d'un rapport de surveillance. N._____ a répondu qu'aucune prestation n'avait été versée à l'intéressé et a fourni un rapport d'observation du 16 avril 2023, décrivant les constats faits les 6, 10 et 12 octobre 2022, ainsi que les 25, 26 et 27 janvier, 1^{er} mars, 4, 5, 11, 12 et 13 avril 2023. Il en ressort que l'assuré a été vu à plusieurs reprises quittant son domicile et prendre le volant de sa voiture, notamment pour aller faire des achats dans des centres commerciaux, entrant et sortant à chaque fois de son véhicule sans difficulté et marchant dans la rue à rythme normal et fluide.

A la suggestion de la permanence SMR, qui a pris connaissance le 25 octobre 2023 des nouveaux rapports médicaux et des pièces fournies par N._____, l'OAI a réinterrogé le Dr BB._____. Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2023, précisant qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis son précédent rapport, il a indiqué que l'état de santé n'avait pas évolué et a joint un rapport d'IRM du rachis lombaire du 31 mai 2022 concluant en particulier que la symptomatologie clinique était en lien avec une hernie discale postéro-latérale rétro-pédiculaire et foraminale gauche L4-L5 comprimant modérément la racine L4 gauche et venant au contact de l'émergente radiculaire L5 gauche dans sa partie inférieure.

Suivant l'avis SMR du 23 novembre 2023, qui relevait des contradictions entre les status décrits par les psychothérapeutes successifs de l'assuré et l'activité ressortant des observations réalisées à l'insu de l'intéressé entre octobre 2022 et avril 2023, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire. Le mandat a été confié au centre d'expertise BJ._____, lequel a désigné les Drs KL._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et I._____, spécialiste en rhumatologie. Ces derniers ont déposé leur rapport le 24 avril 2024, composé d'une évaluation consensuelle, d'un rapport d'expertise psychiatrique, d'un rapport d'expertise rhumatologique et de résultats d'analyses biologiques. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de status après discectomie et spondylodèse C3-C4 pour une protrusion

avec possible myélopathie cervicale localisée post-traumatique et de status après lombosciatalgie gauche sur hernie discale L4-L5 gauche. Ils ont précisé qu'aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu devant le comportement de simulation manifeste de l'assuré au regard des informations de surveillance, sans toutefois remettre en cause le diagnostic initial d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques à l'origine de plusieurs hospitalisations en 2017 et 2018. Les experts ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis janvier 2016, mais entière depuis au moins octobre 2022 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites comme suit : prohibition des travaux en extension ou en rotations répétées ou soutenues du chef et en antéflexion ou rotations répétées ou soutenues du tronc, exclusion du soulèvement de charges excédant 10 kg.

Le SMR a pris connaissance de cette expertise et a conclu, dans un avis médical du 14 mai 2024, qu'il pouvait s'y rallier dans la mesure où elle était convaincante, que les experts fondaient leurs conclusions sur des données objectives et que leur appréciation de la situation était cohérente avec leurs constatations et les constatations au dossier.

Le service de réadaptation de l'OAI a procédé à une analyse du dossier et a établi un rapport final ainsi qu'un calcul du degré d'invalidité le 7 juin 2024. Il a conclu que l'assuré présentait une amélioration de sa capacité de travail depuis octobre 2022 et que celle-ci pourrait être mise en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, contrôle qualité, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), comme aide-administratif (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres). En revanche, l'assuré n'était pas subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de réadaptation. Le degré d'invalidité devait être déterminé, compte tenu de la courte durée de l'activité indépendante, en recourant aux statistiques tant pour le revenu sans

qu'avec invalidité. Pour le revenu sans invalidité, il fallait retenir le montant applicable pour un homme dans le domaine de la restauration au niveau de compétence 1 et pour le revenu avec invalidité, le montant applicable pour un homme, tous secteurs confondus au niveau de compétence 1. Deux calculs ont été établis, l'un pour l'année 2022 et l'autre pour l'année 2024. Dans les deux cas, la comparaison des revenus montrait un degré d'invalidité nul.

Le 10 juin 2024, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision prévoyant la suppression de la rente d'invalidité pour la fin du mois suivant la notification de la décision. Il a exposé que la révision d'office du droit à la rente entamée en juin 2023 avait montré qu'une pleine capacité de travail était désormais raisonnablement exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'il ne subissait plus de préjudice économique.

Sous la plume de Me David Métille, l'assuré a formulé des objections à ce projet par courriers des 26 juin et 7 octobre 2024. Il a fait valoir en substance que son état de santé n'avait pas été évalué correctement, en se fondant sur un nouveau rapport de son psychiatre traitant et en niant la valeur probante des conclusions de la Dre KL._____, estimant que l'examen de cette experte n'avait pas été exhaustif et avait été largement influencé par le rapport d'observation, auquel trop de poids avait été donné. A propos de cette surveillance, il a relevé qu'il n'avait finalement été vu sortir de son domicile qu'à six reprises sur une période de six mois et que ces quelques événements isolés ne permettaient pas de rendre compte des limitations subies au quotidien. Requérant la suspension de la procédure afin de pouvoir produire un rapport plus complet de son psychiatre traitant, il a conclu principalement à ce qu'il soit renoncé à réviser son droit à la rente. Il a joint un rapport du 18 septembre 2024, dans lequel le Dr LB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, précisant suivre l'assuré depuis mars 2022, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), et de

syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et a conclu à une incapacité de travail de 100 % en relatant que l'état psychique de son patient se dégradait progressivement depuis son accident et que l'évolution depuis le début du suivi était lente, dans un contexte psychosocial difficile.

Consulté, le SMR a conclu comme suit dans son avis du 14 novembre 2024 :

« Appréciation : Ce rapport médical décrit les mêmes éléments qui étaient déjà décrits dans le rapport établi par M. CC. _____, psychologue, le 08.08.2023 (GED RM 30.08.2023), éléments qui étaient en contradiction avec les faits observés et qui ont conduit à demander une expertise médicale. Le rapport médical du Dr LB. _____ n'apporte donc pas d'élément médical nouveau ou susceptible de modifier les conclusions de l'avis médical SMR du 14.05.2024 fondées sur une expertise convaincante. »

Par décision du 19 novembre 2024, reprenant l'argumentation de son projet, l'OAI a mis fin à la rente actuelle pour la fin du mois suivant la notification de sa décision. Dans une prise de position du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a communiqué l'avis du SMR du 14 novembre 2024 et constaté que l'assuré n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Toujours représenté par Me David Métille, B. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 9 janvier 2025. Il a conclu, principalement, à ce que la décision soit annulée et l'intimé condamné à reprendre le versement de la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2024, subsidiairement à ce qu'une expertise soit mise en œuvre sur les plans psychiatrique et rhumatologique ou que la cause soit renvoyée à l'intimé pour procéder à ladite expertise. Il s'est par ailleurs réservé la possibilité de produire toute nouvelle pièce médicale en précisant qu'il s'en remettait à justice quant à l'opportunité de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire ou dans le cadre d'un renvoi à l'intimé. Sur le fond, il a repris l'argumentation de ses objections au projet de décision.

Déférant le 13 janvier 2025 à la demande en ce sens incluse dans son recours, le Juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 janvier 2023, incluant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille, et l'a astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 3 mars 2025.

L'intimé a déposé sa réponse le 5 février 2025. Se fondant sur les analyses successives de la situation effectuées par le SMR les 14 mai et 14 novembre 2024, il a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse.

Dans sa réplique du 15 mai 2025, rappelant le contenu du rapport établi le 18 septembre 2024 par le Dr LB._____, le recourant a réitéré son argumentation et confirmé les conclusions de son recours.

Par courrier du 12 juin 2025, l'intimé a renoncé à dupliquer tout en rappelant ses conclusions.

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 compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 LPGA), 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.

2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'état de santé de l'intéressé s'est amélioré - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 4 février 2021, date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et le 19 novembre 2024, date à laquelle l'office intimé s'est prononcé sur la révision de la rente.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI, non touché par la modification précitée. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Aux termes de l'art. 88a RAI, 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. En l'occurrence, l'intimé a entamé la procédure de révision en 2023 et retenu que l'état de santé du recourant présentait une amélioration durable dès

octobre 2022. Le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 est donc applicable.

3. 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.

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).

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

4. 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au

sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

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).

5. a) En l'espèce, une rente entière d'invalidité a été octroyée au recourant dès le 1^{er} janvier 2017, par décisions des 1^{er} avril 2020 et 4

février 2021. Cette rente était assortie d'une obligation de se soumettre à un suivi médical. Il avait été retenu que l'incapacité de travail était totale dans la dernière activité exercée (restaurateur/livreur), mais qu'une capacité de travail de 100 % pourrait être mise en valeur dans une activité adaptée dans un délai de six mois avec un traitement médical bien conduit. La décision de l'intimé se fondait en particulier sur le rapport d'expertise bidisciplinaire établi le 27 août 2019 par les Drs M._____ et O._____, selon lequel la capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis décembre 2016 sur le plan somatique, mais nulle depuis septembre 2017 en raison d'une atteinte psychiatrique, situation qui pourrait s'améliorer rapidement avec un traitement adéquat.

L'intimé a renoncé à engager une procédure de révision en septembre 2020 et en octobre 2021 sur la base des rapports médicaux établis par les médecins traitants, puis a repris l'examen de la situation du recourant en juin 2023. Les divergences entre les conclusions des médecins traitants et un rapport de surveillance obtenu par N._____, ont amené l'intimé à mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire auprès des Drs KL._____ et I._____. Suivant leurs conclusions, auxquelles le SMR a dit se rallier, l'intimé a retenu dans sa décision du 19 novembre 2024 que l'état de santé du recourant s'était amélioré et qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès octobre 2022, ce qui entraînait la suppression de son droit à la rente d'invalidité.

b) Pour poser leurs conclusions, les experts du centre d'expertise BJ._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, dont une synthèse commune a été établie en vue de l'expertise (cf. ch. 2 des rapports d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné le recourant depuis son accident de janvier 2016. Les experts ont chacun examiné l'intéressé et établi un rapport portant sur leur spécialité respective comprenant, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec le recourant, incluant en particulier ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et

professionnelle, les antécédents médicaux, le traitement suivi ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3) et, d'autre part, les constatations (ch. 4), une évaluation médicale comprenant le résumé de l'évolution de l'expertisé, l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi que les diagnostics (ch. 6), une évaluation médico-assurantielle (ch. 7) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale du recourant établie après une conférence de consensus des deux experts, qui s'est tenue le 19 avril 2024 (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

c) Sur le plan somatique, le Dr I. _____ a constaté qu'il n'y avait pas eu d'évolution particulière depuis la précédente expertise, en l'absence de véritable prise en charge thérapeutique sur le plan ostéo-articulaire. Sur ce point, l'expert a relevé que le recourant déclarait suivre le même traitement depuis 2019, sans amélioration, et qu'aucune investigation particulière n'avait été menée bien qu'il se plaigne de lombalgies depuis plusieurs années. Il a également noté qu'en entretien, le recourant s'était montré évasif, hésitant à répondre, tandis que l'examen avait été perturbé par les gênes et douleurs alléguées. Ainsi, l'expert en rhumatologie a confirmé que la capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : prohibition des travaux en extension ou en rotation répétées ou soutenues du chef et en antéflexion ou rotation répétées ou soutenues du tronc, exclusion du soulèvement de charges excédant 10 kg.

Les conclusions de l'expert en rhumatologie sont claires et étayées. Pour sa part, le recourant n'a soulevé aucun grief ni fourni d'élément médical susceptible de mettre en doute ce volet de l'expertise bidisciplinaire. Il n'existe par conséquent pas d'élément susceptible de porter le doute sur l'expertise du Dr I. _____, dont la valeur probante doit être reconnue.

d) Sur le plan psychiatrique, la Dre KL._____ n'a retenu aucun diagnostic actuel, sans remettre en cause l'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques à l'origine de plusieurs hospitalisations en 2017 et 2018. En conséquence, elle a déterminé que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière dans toute activité depuis octobre 2022 à tout le moins.

Le recourant conteste la valeur probante de ce volet de l'expertise, en reprochant principalement à l'experte de ne pas avoir procédé à une évaluation exhaustive de son état de santé et d'avoir donné trop d'importance au rapport de surveillance établi par un autre assureur.

aa) S'agissant du rapport de surveillance, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il laisse entendre que l'agent mandaté par N._____ l'aurait surveillé quotidiennement durant six mois. Il tend ainsi à minimiser l'activité qui lui est attribuée, en alléguant qu'il n'aurait été vu hors de son domicile qu'à quelques reprises sur une période d'environ 180 jours. Or, le rapport indique clairement que l'observation n'a eu lieu que sur trois jours en octobre 2022 (les 6, 10 et 12), trois jours en janvier 2023 (les 25, 26 et 27), un jour en mars 2023 (le 1^{er}) et cinq jours en avril 2023 (les 5, 11, 12 et 13). L'agent a ainsi procédé par échantillonnage, avec onze journées d'observation étalées sur plusieurs mois, respectivement trois saisons, et sur différents jours ouvrables, parfois consécutifs. Sur ces onze journées, six n'ont abouti à aucune observation (les 10 octobre 2022, 25, 26 et 27 janvier, 5 et 11 avril 2023). Sur les cinq autres journées, le détective privé a pu constater que le recourant sortait de son domicile pour plusieurs heures, en conduisant lui-même ou comme passager d'un véhicule, qu'il s'est rendu notamment dans différents commerces et qu'il se mouvait avec aisance. Il ne s'agit ainsi pas de cinq observations sur une surveillance quotidienne pendant six mois, mais bien de cinq observations sur un total de onze, soit une proportion d'un peu moins de la moitié.

Cela étant, il faut admettre que cet échantillonnage est suffisamment représentatif pour permettre de retenir que, contrairement à

ce qu'il a affirmé aux experts, le recourant peut quitter son domicile sans difficultés durant plusieurs heures, qu'il peut sortir seul, conduire lui-même, faire des courses et entrer en contact avec des tiers pour des motifs divers.

bb) Concernant l'évaluation médicale de la Dre KL._____, le recourant a reproché d'abord une absence d'exhaustivité, allant jusqu'à qualifier l'examen de superficiel. Sauf à critiquer le nombre de pages de l'examen et la présentation de certains éléments sous la forme de « bullet points », il n'a cependant pas mentionné d'informations ou d'examens qui auraient été omis par l'experte. A cet égard, il apparaît que la Dre KL._____ a d'abord donné l'occasion au recourant de s'exprimer librement sur son état de santé et a pris note de ses plaintes spontanées au ch. 3.1 de son rapport. Elle a ensuite décrit l'examen approfondi au ch. 3.2, en suivant un plan structuré comprenant notamment l'affection actuelle, une anamnèse systématique abordant les principaux éléments permettant de poser un diagnostic psychiatrique (humeur, anxiété, personnalité, perceptions et fonctions supérieures), le survol des habitudes de consommation de tabac, d'alcool ou de produits stupéfiants, lequel n'a pas rendu nécessaire en l'occurrence d'examiner un éventuel syndrome de dépendance, l'anamnèse familiale et l'hérédité, les étapes importantes de son parcours de vie sur les plans personnel et professionnel, les éventuels événements marquants dans ces contextes, le déroulement d'une journée type et son organisation quotidienne, le traitement suivi actuellement et enfin la perception de l'avenir. Il apparaît ainsi que la Dre KL._____ a procédé à un examen exhaustif de la situation du recourant, qui lui a par ailleurs permis de procéder à diverses observations, exposées au ch. 4 du rapport, dont le ch. 4.3 détaille ce qu'elle retient sur les différents éléments du status psychiatrique en procédant par thèmes (pensées et discours, humeur et émotions, sphère psychotique, fonctions supérieures), sur le comportement du recourant au cours de l'examen ainsi que les résultats des éventuels examens ou tests complémentaires. Le rapport présente ensuite une évaluation médicale au terme de laquelle la Dre KL._____ a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique objectivable, en expliquant les motifs qui l'ont conduite à ce

résultat, puis une évaluation médico-assurantielle incluant l'appréciation des capacités, ressources et difficultés du recourant, puis les réponses aux questions du mandat d'expertise, relatives à l'évaluation de la capacité de travail. Il faut ainsi constater que l'experte psychiatre a procédé à un examen complet, conforme aux standards applicables en la matière. La structure suivie par la Dre KL. _____ diffère d'ailleurs très peu de celle du rapport d'expertise psychiatrique du Dr O. _____ du 27 août 2019. Au demeurant, pour autant que ces éléments puissent avoir une quelconque importance dans l'examen de la valeur probante, on peut constater que la Dre KL. _____ a eu beaucoup moins recours aux listes de type « bullet point » que le Dr O. _____, que la mise en page des deux rapports d'expertise au dossier diffère finalement très peu et que le rapport d'expertise rhumatologique commence avec la même synthèse du dossier, qui s'étend sur une douzaine de pages.

Dans un second moyen, le recourant a fait grief à l'experte d'avoir donné une trop grande importance au rapport de surveillance de N. _____. Il s'agit cependant d'un raccourci, contredit par la lecture globale du rapport. Ainsi, au cours de son examen, la Dre KL. _____ a relevé d'emblée, au ch. 3.1, que l'intéressé se disait très anxieux et nerveux à cause de ses douleurs tout en admettant que la fréquence des pics douloureux qui causent son irritabilité a diminué et sans pouvoir préciser leur fréquence, leur durée ni les facteurs déclenchants. Au ch. 3.2, l'experte a relevé des symptômes en diminution à tous les niveaux. Le recourant a décrit sa journée-type en indiquant qu'il ne sortait que rarement, pour marcher quelques minutes dans son quartier ou sous l'impulsion de son neveu ou d'un ami, qu'il n'avait aucun loisir ou hobby, qu'il ne conduisait plus, qu'il ne se rendait pas dans les supermarchés et qu'il ne participait à aucune tâche ménagère ou administrative. Enfin, il a décrit un traitement médicamenteux inchangé depuis plusieurs années, en affirmant qu'il suivait les prescriptions. L'experte a alors relevé que la description de la journée-type était en contradiction avec les sorties décrites dans le rapport de surveillance. Elle a par ailleurs fait procéder à des analyses qui « interrogent sur la réelle compliance » médicamenteuse. Elle a enfin relevé, au ch. 6.1, que l'expertisé se montrait peu précis dans

ses plaintes, de sorte que l'examen paraissait peu contributif. L'expert en rhumatologie a également noté que le recourant ne parlait pas spontanément, qu'il avait beaucoup d'hésitations et que l'examen avait été limité par les plaintes douloureuses pourtant peu cohérentes avec les imageries, ce qui rendait également l'examen peu contributif.

Il apparaît ainsi que l'experte psychiatre du BJ._____ ne s'est pas fondée uniquement sur le rapport de surveillance, mais bien sur la globalité du dossier pour arriver à la conclusion que les plaintes actuelles du recourant ne paraissaient pas authentiques au regard de l'examen clinique et du rapport de surveillance. Cela étant, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 14 mai 2024, la Dre KL._____ n'a pas remis en question le diagnostic retenu par l'expert psychiatre mandaté en 2019, mais a uniquement réfuté que ce diagnostic soit toujours d'actualité et a conclu que son examen clinique ne permettait pas de poser un quelconque diagnostic psychiatrique. Si l'on peut regretter que la Dre KL._____ n'ait pas été plus explicite dans son évaluation médicale pour mettre en parallèle ses constatations objectives et les critères applicables aux diagnostics mentionnés dans le dossier, il n'en demeure pas moins que ces diagnostics ont été retenus sur la base des plaintes du recourant, plaintes dont le caractère authentique a été nié de manière motivée par l'experte. A cela s'ajoute que les psychiatres traitants interrogés dans les suites de l'expertise du 27 août 2019 émettaient déjà des doutes quant à la compliance médicamenteuse (cf. rapport de la Dre K._____ et de la psychologue E._____ du 1^{er} septembre 2020), que la fréquence des entretiens psychothérapeutiques avait été espacée aux deux mois dès 2021, en raison de l'absence d'amélioration de l'état clinique et d'objectifs de changement (cf. rapport de la Dre P._____ du 7 septembre 2021). Par ailleurs, il faut rappeler que le Dr BB._____ a mentionné, dans ses rapports des 17 juillet et 1^{er} novembre 2023, qu'il n'avait pas revu le recourant depuis juin 2022 et n'a fourni aucun élément laissant penser à l'existence d'un suivi particulier sur le plan rhumatologique. Cette absence de suivi somatique entre manifestation en contradiction avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant posé par les psychiatres traitants, diagnostic que les experts de

2019 n'avaient déjà pas retenu, eu égard à la définition de cette atteinte découlant de la CIM-10 (cf. Valérie Le Goff-Cublier/Christian Bryois, Les troubles somatoformes : diagnostics et prises en charge, in Revue médicale Suisse n° 62 du 19 avril [...]).

En conséquence, il n'apparaît pas de lacune ou d'incohérence dans les conclusions de la Dre KL._____, qui a procédé à un examen exhaustif de l'état de santé psychique du recourant.

cc) En définitive, le recourant s'appuie essentiellement sur les rapports établis le 8 août 2023 par le psychologue CC._____ et le 18 septembre 2024 par le Dr LB._____. La Dre KL._____ a eu connaissance du premier et le second a été soumis au SMR, lequel a constaté dans son avis du 14 novembre 2024 que les éléments rapportés étaient similaires à ceux figurant dans le rapport du 8 août 2023 ayant motivé la mise en œuvre de l'expertise médicale.

Il faut admettre avec le SMR qu'à près d'une année d'intervalle, les deux rapports décrivent le même status clinique, évoquant un patient vivant quasiment reclus chez lui pour éviter les contacts extérieurs, mentionnent les mêmes diagnostics et font état d'un traitement inchangé depuis le début du suivi, à savoir des entretiens bimensuels et une médication. Cela étant, bien qu'invité à établir son rapport après la communication des résultats de l'expertise du BJ._____, le Dr LB._____ ne s'est pas positionné sur les conclusions de la Dre KL._____. Le psychiatre traitant n'a ainsi aucunement évoqué le manque d'authenticité des plaintes relevé par les experts du BJ._____, ni les résultats de la surveillance, ni même le fait que les analyses biologiques mises en œuvre par les experts tendaient à montrer une adhésion limitée au traitement médicamenteux. Enfin, il faut constater que le Dr LB._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, avec personnalité émotionnellement labile de type borderline, et de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans les motiver. Il s'est par ailleurs limité à attester d'une incapacité de travail à 100% « depuis plusieurs années »,

sans proposer d'analyse particulière sur ce point ni décrire les limitations fonctionnelles. Ce rapport n'est en conséquence pas de nature à porter le doute sur les conclusions de la Dre KL._____.

e) En conséquence, l'intimé était fondé à retenir que la capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle, mais que le recourant avait recouvré dès octobre 2022 une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique décrites par le Dr I._____.

6. S'agissant du degré d'invalidité, l'intimé a procédé à deux comparaisons des revenus avec et sans invalidité en se référant aux statistiques, pour constater l'absence de préjudice économique tant en 2022, moment où l'amélioration de l'état de santé a été constatée, qu'en 2024 nonobstant une modification des règles de calcul entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

A raison, le recourant n'a pas critiqué le principe d'un recours aux statistiques pour les deux termes de la comparaison, ni les chiffres utilisés, les deux calculs étant conformes aux dispositions légales et jurisprudentielles applicables (cf. art. 28a al. 1 LAI, 25ss RAI ; ATF 150 V 410 consid. 9 et 10 ; lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales). En particulier, compte tenu de la très courte durée de l'activité indépendante exercée par le recourant et de son niveau de formation, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé à la branche économique n° 56 (restauration), au niveau de compétence 1 du tableau TA1_skill_level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, version 2022, pour le revenu sans invalidité. De même pour le revenu avec invalidité, eu égard aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique pouvant être qualifiée de légère, l'intimé s'est référé de manière correcte au chiffre concernant le revenu moyen pour un homme, tous secteurs confondus au niveau de compétence 1, issu de la même statistique, sans abattement supplémentaire pour le revenu sans invalidité valable en 2022, respectivement avec un abattement de 10 % pour 2024.

En l'absence de préjudice économique compte tenu de l'amélioration de l'état de santé survenue dès octobre 2022, le recourant ne peut plus prétendre au versement d'une rente d'invalidité. L'intimé était par conséquent en droit d'ordonner sa suppression avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, en application de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme l'a requis le recourant, par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

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

b) 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. 1^{bis} 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.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante 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 Métille peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Me Métille a produit une liste des opérations le 26 août 2025, faisant état de 14 heures et 10 minutes consacrées à la présente procédure par lui-même et son avocat-stagiaire. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, les 7 heures et 25 minutes consacrées par l'avocat-stagiaire et Me Métille à la rédaction du recours paraissent excessives, dès lors que Me Métille représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative et que l'acte de recours reprend très largement le texte de son écriture du 7 octobre 2024 contestant le projet de décision de l'intimé. Il convient en outre de retrancher deux opérations relatives à des contacts avec un médecin et un cabinet médical qui n'ont établi aucun rapport médical figurant au dossier. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 5 heures pour Me Métille et 6 heures pour son avocat-stagiaire. Compte tenu du tarif horaire applicable et du forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours, le montant de l'indemnité de Me Métille est ainsi arrêté à 1'021 fr. 55 et celui de son avocat-stagiaire à 749 fr. 15, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un total versé à Me Métille de 1'770 fr. 70.

d) 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 novembre 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 d'office de Me David Métille, conseil de B._____, est arrêtée à 1'770 fr. 70 (mille sept cent septante francs et septante 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (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 :