

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2013

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

W._____, à Oron-la-Ville, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 al. 1 et 2 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1955, ouvrier de chantier, a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité le 19 octobre 2001 en raison de maladie.

b) Sur demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), l'employeur de l'assuré, l'entreprise U._____, a rempli un questionnaire le 20 novembre 2001. L'assuré y avait travaillé en qualité de manœuvre depuis le 16 décembre 1998, pour un salaire de 27 fr. 73 de l'heure et avait effectué son dernier jour de travail effectif le 13 octobre 2000, étant en incapacité totale de travailler depuis lors.

c) Interpellé par l'OAI, le Dr P._____, médecin traitant de l'assuré depuis le 28 février 2002, a rendu un rapport médical le 4 avril 2002. Il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de "rachialgies diffuses, surtout cervicales et lombaires, sur troubles statiques, dégénératifs et canal lombaire étroit non exclu, probablement amplifiés, réalisant un tableau mixte (troubles somatiques et somatoformes)", existant depuis environ 1994. Il a également retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hyperlipidémie, de pyrosis existant depuis environ 20 ans et de status après appendicectomie existant depuis environ 1978. Il a établi l'anamnèse suivante :

"Patient macédonien, père de 4 enfants de 12,13,14 et 15 ans, arrivé en Suisse en 1976 après son service militaire en raison du manque de travail dans son pays, sans formation professionnelle particulière. Après différentes occupations (ouvrier agricole, aide de cuisine, ouvrier horticole, monteur de cantines), il travaille environ 8 ans pour une entreprise générale basée à [...]. C'est pendant cette période qu'il commence à ressentir des douleurs d'abord lombaires, puis cervico-dorsales, attribuées par lui-même à son activité avec le marteau-piqueur. Fin 1996, il est une première fois au bénéfice d'un certificat d'arrêt de travail à 100 % pendant 6-7 mois. Par la suite, au chômage partiel, il trouve différents emplois temporaires chez U._____. L'un de ces emplois consistait à participer à la démolition de locaux d'une entreprise à Vevey, activité décrite comme très éprouvante physiquement. L'arrêt de travail a alors été définitif, si l'on excepte un essai de reprise du travail pendant une

semaine en octobre 2000. Après une imagerie lombaire montrant un canal lombaire étroit relatif, son médecin-traitant de l'époque, le Dr H. _____ à [...], l'a envoyé à deux reprises au Centre [...] T. _____, en 1999 et 2001. Lors de ces deux séjours, le traitement avait permis d'améliorer les cervicalgies et les douleurs de l'épaule, mais pas les lombalgies. Le 1.5.01, le Dr F. _____ mettait surtout en avant le diagnostic de troubles somatoformes, raison pour laquelle la G. _____ a décidé d'interrompre le versement d'indemnités perte de gain au 31.12.01. Suite à la cessation d'activité du Dr H. _____, le patient est venu me consulter pour suite de traitement. Malheureusement, il ne m'a pas été possible d'obtenir le moindre renseignement ni document de la part de l'ancien médecin-traitant, si bien qu'il a été convenu avec le médecin-conseil de la G. _____ d'adresser le patient au spécialiste de la consultation du dos au Centre R. _____, le Dr J. _____, qui le verra le 23.4.02."

Concernant la thérapie et le pronostic, il a indiqué ce qui suit :

"Balnéothérapie en 1999 et 2001, AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], myorelaxants, physiothérapie. Le patient semble actuellement fixé dans son attitude de douleurs chroniques et bien décidé à ne plus retravailler comme ouvrier sur un chantier. Malheureusement, il apparaît que même au repos depuis 18 mois, il continue de présenter les mêmes plaintes."

Le Dr P. _____ a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 13 octobre 2000 et estimé qu'une autre activité pouvait être exigée de l'assuré, ne nécessitant pas d'efforts physiques démesurés, en particulier pas de port de charges.

d) Le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie au Centre R. _____ (ci-après : Centre R. _____), a rendu un rapport à l'OAI le 18 juin 2002, dans lequel il a indiqué ce qui suit :

"Il est du ressort de la psychiatrie de déterminer si l'incapacité du patient d'accepter de s'investir dans une démarche de réadaptation fait partie des atteintes à la santé mentale au sens de l'AI [assurance-invalidité]. En effet, seul élément jouant un rôle actuellement dans l'impossibilité d'une reprise de travail légère, qui serait biologiquement justifiée."

Il a joint à son rapport une lettre qu'il adressait le même jour au Dr P. _____, dont on extrait ce qui suit :

"**Diagnosics :**

Lombalgies chroniques non spécifiques persistantes.

- Troubles statiques et anamnesticquement dégénératifs rachidiens.
- Dysbalances musculaires étagées lombo-pelvo-bicrurales et distales des membres supérieurs.

Co-morbidités :

Suspicion de syndrome d'apnée du sommeil anamnestique.
Etat anxio-dépressif non-exclu.

Discussion :

Monsieur W._____, manœuvre de chantier, culturellement mal assimilé, présente des douleurs anciennes rachidiennes, mécaniques, sans substrat systématique ou spécifique. Le status est compatible avec un déconditionnement physique banal, ainsi que des dysbalances musculaires entraînant un dysfonctionnement postural et statique du rachis.

Différents traitements ont été instaurés, sans succès, en particulier lorsqu'il s'agissait de traitement actif.

J'ai essayé de raisonner Monsieur W._____ au terme de la consultation, en essayant de lui démontrer la nécessité qu'il y avait pour lui de prendre sa musculature en main et de récupérer sa condition physique au moyen d'exercices dirigés. Je me suis heurté à un refus catégorique d'admettre une origine endogène à son problème, la guérison devant, selon le patient, venir de l'extérieur.

Par acquis de conscience, compte tenu d'une suspicion d'hydrops, j'ai demandé des radiographies des genoux, à la recherche d'une pathologie rotulienne. Celle-ci serait éventuellement susceptible de justifier une incapacité de travail comme manœuvre lourd, l'incapacité d'entrer dans une démarche thérapeutique ressortissant plutôt du domaine psychiatrique.

J'ai donc expliqué à Monsieur W._____ qu'il était au minimum exigible qu'il travaille dans une activité légère, à 100 %, ceci sans délai. Sur le plan thérapeutique, l'état de Monsieur W._____ justifie une prise en charge intensive globale, qui, cependant, risque de se heurter à son refus d'admettre sa condition physique défaillante comme responsable. Je ne lui ai donc pas proposé d'entrer dans un groupe de réadaptation."

e) Egalement interrogé par l'OAI, le Dr F._____, médecin chef au Centre [...] T._____, a rendu un rapport médical le 24 juin 2002, retenant le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de rachialgies diffuses surtout lombaires sur troubles somatoformes. Selon lui, l'état de l'assuré s'aggravait et nécessitait des investigations sur le plan psychiatrique. L'activité habituelle était exigible, sans diminution de rendement.

f) Comme suggéré par le Dr F._____, l'assuré a consulté, les 21 et 28 août 2002, la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre N._____ (ci-après : N._____). Elle a établi un rapport médical à l'intention du Dr P._____ le 4 septembre 2002, dont on extrait ce qui suit :

"DISCUSSION :

Vous nous adressez M. W. _____ pour un avis psychiatrique dans un contexte de tableau douloureux chronique et de problème asséurologique.

M. W. _____ présente actuellement en tout cas depuis le début de l'année plusieurs symptômes dépressifs comprenant une humeur dépressive, une anhédonie, des sentiments de dévalorisation, une perturbation du sommeil, des difficultés à se concentrer et des ruminations. Il n'y a pas d'idées suicidaires exprimées comme telles mais des ruminations autour de l'inutilité de vivre dans cet état. Ce tableau est compatible avec une dépression majeure d'intensité moyenne.

Il présente par ailleurs depuis plusieurs années et progressivement des douleurs diffuses surtout cervicales et lombaires puis également des jambes et des épaules, rebelles au traitement. Les troubles statiques et dégénératifs sous-jacents ne permettent pas d'expliquer complètement ni l'intensité des douleurs ni l'incapacité de travailler que le patient met en avant. Compte tenu du peu d'information qu'il donne, il est difficile de savoir précisément dans quelles difficultés psychiques était le patient dans la période de l'accentuation de ses douleurs, il y a deux ans. Mais en tout cas on peut faire l'hypothèse que les périodes de chômage et surtout le licenciement ont été très mal vécus, sans pouvoir être élaborés psychiquement. Le sentiment de non-reconnaissance de ses douleurs vécu par le patient, le problème asséurologique et la situation sociale précaire contribuent à augmenter ou maintenir les douleurs. Le retentissement sur le fonctionnement social et global du patient est important, l'ensemble nous permettant de retenir un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant.

M. W. _____ est un patient d'un milieu modeste, qui a peu de capacité à mettre en mot ses émotions. Il reste actuellement très réservé sur son parcours de vie et ses relations affectives, ce qui peut être dû en partie à l'état dépressif. Mais cela est aussi certainement lié à sa personnalité, qui fait que les difficultés relationnelles ou les conflits ne peuvent être élaborés mais se manifestent par des plaintes somatiques et sont projetés à l'extérieur, résultant en difficultés avec le corps médical ou les assurances. Ainsi, le patient est actuellement marqué par un fort sentiment de préjudice à l'égard de l'assurance et de non-reconnaissance de ses difficultés, sentiments qui viennent eux-mêmes renforcer les douleurs.

Au niveau thérapeutique, je vous propose d'introduire un traitement antidépresseur sérotoninergique, par exemple la paroxétine (Deroxat) qui a une certaine composante anxiolytique, à poursuivre au moins six mois après amélioration des symptômes dépressifs. La venlafaxine (Efexor) est aussi une possibilité, sa composante noradrénergique ayant de plus un possible effet sur la douleur. Pour le reste, il est important d'une part de reconnaître l'incapacité de travail de longue durée de M. W. _____ et d'autre part de lui offrir un espace d'écoute régulier pour qu'une relation de confiance puisse peu à peu s'établir. Il existe une possibilité d'approche de groupe pour les patients qui ont des douleurs chroniques, mais M. W. _____ n'est actuellement pas intéressé et peu enclin à parler à d'autres personnes. L'approche d'un trouble douloureux chronique reste globalement difficile et peu satisfaisante."

Suite au rapport de la Dresse M._____, le Dr P._____ a établi un certificat médical le 9 septembre 2002, prolongeant l'incapacité de travail à 100 % de l'assuré pour une durée indéterminée.

B. La Dresse Z._____, spécialiste en médecine interne et le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), se sont prononcés sur le dossier médical de l'assuré dans un rapport du 3 avril 2003. Ils ont retenu que l'assuré présentait une incapacité entière de travail dans toute activité depuis le 13 septembre 2000, en raison de troubles psychiatriques avec humeur dépressive, sentiment de dévalorisation, troubles du sommeil, difficultés de concentration et ruminations. Il ne pouvait selon eux être exigé de lui qu'il se soumette à un traitement médical afin d'améliorer sa capacité de travail.

Reconnaissant à l'assuré un degré d'invalidité de 100 % depuis le 13 septembre 2000, l'OAI a octroyé à ce dernier une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2001 par deux décisions du 18 août 2003.

C. a) L'OAI a ouvert une procédure de révision en avril 2005. Il a réinterrogé le Dr P._____, lequel a rendu un rapport médical le 9 juin 2005, confirmant les diagnostics posés dans son rapport du 4 avril 2002 et une incapacité entière de travail. Ce rapport a été soumis pour appréciation à la Dresse Z._____, qui a relevé dans un avis médical du 12 août 2005 les éléments suivants :

"Sur la base d'un rapport du N._____ de septembre 2002, un rapport SMR a été rédigé en avril 2003, confirmant une incapacité de travail totale pour raison psychiatrique avec révision à deux ans. Un degré d'invalidité de 100 % a donc été reconnu à partir du 13.09.2000 et une rente versée à partir du 13.09.2001 avec révision prévue au 01.04.2005. De plus, cet assuré se plaint de douleurs diffuses mises sur le compte d'une fibromyalgie (totalgies, selon le Dr F._____) pour lesquelles, selon ce spécialiste, la prolongation d'une incapacité de travail ne se justifie pas. Le Dr J._____ s'était d'ailleurs prononcé en 2001 au sujet de ces douleurs, précisant que cet assuré était à même d'exercer une activité légère à plein temps.

A l'heure actuelle, selon le rapport médical, la situation est stationnaire. Aucun autre élément pathologique nouveau tant somatique que psychiatrique n'a été

versé au dossier. Dans ces conditions, je propose un examen bidisciplinaire rhumato-psy au SMR".

b) Une expertise rhumatologique et psychiatrique a été mise en œuvre par les Drs L._____, spécialiste en médecine physique et rééducation et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, lesquels ont rendu un rapport le 4 septembre 2006, ne retenant aucun diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Leur appréciation consensuelle du cas est la suivante :

"[...] L'examen clinique réalisé ce jour met en évidence essentiellement une attitude oppositionnelle, induisant des limitations dans toutes les mobilisations articulaires, d'origine volontaire. Aucun phénomène inflammatoire n'a pu être mis en évidence lors du statut clinique. Sur le plan neurologique, aucun déficit focal objectif n'a pu être mis en évidence. L'examen de médecine générale est dans les limites de la norme physiologique.

En conclusion : cet assuré présente des plaintes algiques, avec la notion d'un syndrome douloureux somatoforme. Le status clinique réalisé ce jour nous permet d'écarter avec certitude aussi bien le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme que celui de fibromyalgie. Nous avons certes mis en évidence des signes de non-organicité (3/5 selon Wadel et 5/18 selon Smythe), toutefois, au vu du comportement de l'assuré, de la normalité de l'examen clinique, de l'absence de prise d'antalgiques et d'une expression de la douleur uniquement sur le mode verbal, nous n'avons retenu ni le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, ni celui de fibromyalgie. L'assuré présente essentiellement une expression verbale de type algique, avec une attitude oppositionnelle et contrariante. Sur le plan strictement somatique, la normalité du status nous rassure, les documents d'investigations complémentaires mis à disposition au dossier médical mettent en évidence uniquement quelques troubles statiques et dégénératifs modérés, sans caractère invalidant.

Cet assuré présente une pleine capacité de travail sur le plan somatique. L'expression algique qu'il décrit est purement d'origine volontaire, sans aucun substrat organique sous-jacent, et me semble même à la limite de la production de symptômes fictifs.

[...] actuellement, il [l'assuré] présente un état psychique qui ne va pas au-delà d'une dysthymie : réduction de l'activité, insomnies, pleurs, perte d'intérêt pour la sexualité, parle moins que d'habitude (critère 1, 2, 5, 6 et 11 de C. vérifiés). A l'analyse des éléments potentiellement incapacitants pour l'exercice de l'activité professionnelle (énergie, volonté, concentration, mémoire, ralentissement, anxiété déstructurante), la diminution de l'énergie apportée par l'assuré et corrélée à une fatigue est due aux douleurs. La diminution de l'énergie pour des raisons psychiques est négligeable, si l'on se réfère à l'analyse du déroulement du quotidien (prises d'initiatives : sorties, télévision, rencontres d'amis et appels téléphoniques avec sa famille). La diminution de l'énergie qu'il rapporte est due à la diminution de la mobilité en relation avec les douleurs. Toujours à l'analyse du déroulement du quotidien, il n'y a pas de diminution de la volonté pour les activités qui le motivent. Nous n'avons pas objectivé de troubles de la concentration, dans la mesure où M. W._____ a compris les questions qui lui

ont été posées et qu'il a été à même d'y répondre sans hésitations ou temps de latence anormal, ceci pendant toute la durée de l'entretien (1h15). De même, nous n'avons pas objectivé de troubles formel de la mémoire à court ou à long terme. La difficulté à obtenir certaines dates concernant des événements importants de sa vie (année de son mariage, par exemple) est en relation avec le manque de collaboration de l'assuré. En effet, par ailleurs, il a été à même, sur insistence de notre part, de nous donner des renseignements très précis sur d'autres événements (service militaire par exemple). Pendant l'entretien au SMR, nous n'avons pas objectivé de ralentissement psychique. Enfin, il n'y a pas de notion d'anxiété paroxystique psychiquement destructurante. Les autres éléments (tristesse, irritabilité, tension, diminution de la vie sexuelle, troubles du sommeil, le fait que l'assuré parle moins qu'avant) ne sont pas des éléments limitatifs pour l'exercice d'une activité professionnelle.

Relevons en outre que le traitement antidépresseur n'a pas été modifié (selon ce que l'assuré nous a rapporté) et qu'il n'y a pas de suivi psychiatrique, ni actuellement ni dans le passé. Ce dernier aspect parle contre la présence d'un état grave.

M. W. _____ présente donc actuellement un état psychique non incapacitant. Or il explique que son état s'est péjoré depuis 2002. La rente a été accordée sur la base du rapport du 04.09.2002 de la Dresse M. _____, du Centre N. _____. Le diagnostic posé est celui de dépression majeure d'intensité moyenne. Ce rapport, pour poser ce diagnostic, se base sur une symptomatologie objective réduite (léger ralentissement psychomoteur, thymie nettement abaissée accompagnée de pleurs, sentiment de révolte). Mentionnons que le ralentissement psychomoteur est qualifié de léger et que l'on ne sait pas si les difficultés de concentration sont marquées ou non. En résumé, il n'est pas possible de conclure à un état psychique incapacitant au vu du nombre et de l'intensité de la symptomatologie évoquée. L'anamnèse dirigée ne permet pas de déterminer son état psychique à cette époque (discours imprécis).

Toujours dans le rapport médical AI du 04.09.2002 de la Dresse M. _____, est posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous n'avons pas retenu ce diagnostic, étant donné que les douleurs ne constituent pas en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré (critère A. non vérifié). En effet, les douleurs n'envahissent pas constamment sa vie psychique ; pendant l'entretien psychiatrique, cet aspect n'a pas envahi son discours. Nous rendons également à l'absence de traitement antalgique.

En résumé, il s'agit d'une personne qui présente une symptomatologie réduite et non limitative pour l'exercice de l'activité professionnelle, dans le présent comme dans le passé. Il n'y a pas de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Limitations fonctionnelles

Vu l'absence d'atteinte d'origine organique ou psychiatrique à caractère invalidant, aucune limitation fonctionnelle n'a été établie.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Assuré au bénéfice d'une rente entière depuis le mois de septembre 2001.

L'examen au SMR n'a pas montré un état induisant des limitations fonctionnelles entraînant une incapacité de travail durable.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan somatique, cet assuré ne présente aucune atteinte à la santé à caractère invalidant. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux a été retenu lors de l'accord de rente. Actuellement, notre examen clinique nous permet d'écartier avec certitude, aussi bien le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme que celui de fibromyalgie. De ce fait, l'assuré présente une pleine capacité de travail sur le plan somatique.

Il est toujours resté nul sur le plan psychiatrique également.

Concernant la capacité de travail exigible, cf. ce qui précède concernant le point de vue somatique.

Sur le plan strictement psychiatrique, elle est totale dans les activités exercées jusqu'à maintenant comme dans une autre activité."

c) Concernant la question de l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, le Dr V._____, du SMR, a rendu un avis médical le 23 octobre 2007, dont la teneur est la suivante :

"[...] Comme déjà mentionné dans notre rapport d'examen SMR, nous n'avons que très peu d'éléments à disposition qui permettent de juger de l'état psychique de l'époque.

Le consilium psychiatrique du N._____ datant du 04.09.2002 retient le diagnostic de dépression majeure d'intensité moyenne. En effet, comme énuméré dans la discussion de ce consilium, les critères sont réunis pour pouvoir retenir ce diagnostic.

Toutefois comme mentionné par le Dr K._____ lors de l'examen psychiatrique SMR, l'intensité des symptômes n'est pas discuté afin de pouvoir attribuer à ce diagnostic une valeur invalidante, raison pour laquelle le Dr K._____ a conclu à la présence d'une pleine CT [capacité de travail] depuis toujours (p. 8 premier §). L'anamnèse dirigée lors de notre examen n'a pas permis de déterminer l'état psychique de l'époque en raison d'un discours imprécis.

Ainsi, il est difficile de décider s'il s'agit d'une appréciation différente de la même situation ou bien s'il s'agit d'une amélioration.

Néanmoins, vu que lors de notre examen le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant n'a pu être retenu et que seul le diagnostic de dysthymie a été mis en évidence, il paraît justifié de parler d'une amélioration de l'état de santé.

Au vu du peu d'informations médicales (pas de suivi spécialisé) il ne nous est pas possible de retenir une date. Depuis le 04.09.2006 (date de notre examen) la CT est entière."

D. A l'occasion d'un entretien avec l'assuré le 2 septembre 2008, l'OAI, constatant que ce dernier n'avait plus d'activité professionnelle depuis plus de sept ans entraînant un déconditionnement physique, a

proposé à l'intéressé un stage d'observation de trois mois au Centre X._____ à [...] (ci-après : Centre X._____), afin de déterminer sa motivation à reprendre une activité et ainsi bénéficier d'une aide au placement (cf. document de l'OAI du 2 septembre 2008 intitulé "Note 1^{er} entretien"). Suite à la visite du Centre X._____ par l'assuré, l'OAI a demandé à ce dernier s'il désirait suivre un stage dans ce centre en vue d'un reclassement professionnel, ce à quoi l'assuré a répondu par courrier du 27 novembre 2007, dont la teneur est la suivante :

"Suite à votre courrier daté du 31 octobre 2008, je vous donne en réponse que suivre ce stage ne dépend pas de ma volonté. Je suis malade et je vis quotidiennement avec des médicaments. De ce fait, je ne peux donner une réponse positive."

L'OAI a confirmé la prise en charge des frais du stage d'observation par communication du 2 décembre 2008. Il a établi un rapport final le 5 décembre 2008, retenant que l'assuré ne se sentait pas capable d'effectuer un stage de réentraînement au Centre X._____. Sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis le 4 septembre 2006, comme l'avait retenu le SMR dans son avis du 23 octobre 2007. L'OAI a dès lors procédé à une approche théorique de gain. L'assuré n'ayant aucune formation et pas d'employeur régulier depuis plusieurs années, l'OAI a pris comme revenu sans invalidité et comme revenu d'invalidité celui d'une activité non qualifiée, selon les données de l'Office fédéral de la statistique. Par conséquent, en 2006, l'assuré aurait pu prétendre à un revenu de 59'197 fr. à 100 %.

E. Le 10 février 2009, l'OAI a envoyé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'une suppression de la rente d'invalidité, reprenant les constatations faites dans le rapport final précité. S'agissant de la comparaison des revenus auquel il devait être procédé afin de déterminer le préjudice économique de l'assuré, l'OAI a notamment précisé qu'après examen de la situation de l'intéressé, aucun abattement ne devait être opéré sur le revenu qu'il pouvait obtenir en mettant en valeur sa capacité de travail. Il en résultait que ce dernier revenu était le même que celui que l'assuré aurait obtenu sans atteinte à la santé. En conclusion, la comparaison des revenus ne mettait en valeur plus aucune perte

économique, et de ce fait plus aucune invalidité. Le rente était dès lors supprimée dès le premier jour du 2^e mois suivant la notification de la décision.

L'assuré s'est opposé au projet de décision le 27 février 2009 et a informé l'OAI, par téléphone du 2 mars 2009 et courrier du jour suivant, de son souhait de participer à un stage au Centre X._____, afin de déterminer sa capacité de travail.

F. L'assuré a effectué le stage précité du 22 juin au 23 octobre 2009. Il en est ressorti qu'une activité dans le domaine du conditionnement était envisageable, moyennant une formation pratique type préparation à une activité auxiliaire (cf. communication interne de l'OAI du 20 octobre 2009). Il ressort du rapport établi par le Centre X._____ le 26 octobre 2009 que l'assuré devait impérativement bénéficier d'un reconditionnement physique afin de retrouver une aptitude à maintenir durablement un effort sans éprouver une fatigue excessive.

Le 5 novembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'une préparation à une activité auxiliaire (cartonnage) dans les ateliers D._____ du 16 novembre 2009 au 14 mai 2010 à plein temps. Au terme de cette préparation et suite au bilan effectué par D._____ (cf. note d'entretien téléphonique du 15 juin 2010), l'OAI a rédigé, le 17 juin 2010, le rapport final suivant :

"[...] M. W._____ est arrivé au terme de sa préparation à une activité auxiliaire au sein de l'atelier cartonnage de la Fondation [...] le 14 mai 2010.

Le bilan téléphonique effectué en date du 17 juin 2010 a mis en évidence de bonnes compétences au niveau pratique dans des travaux de production avec une présence à la journée entière mais un rendement pas toujours complet.

M. W._____ devrait donc pouvoir récupérer sa capacité de gain, conformément au calcul du salaire exigible du 5 décembre 2008.

M. W._____ va devoir s'annoncer au chômage mais actuellement il refuse de le faire et reste dans l'attente de la décision de notre Assurance. Compte tenu de la situation et de l'absence de limitations fonctionnelles (Rapport d'examen SMR du 25 juillet 2006), une aide au placement ne se justifie pas. [...]"

G. **a)** Le 24 septembre 2010, l'OAI a communiqué à nouveau un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité à l'assuré, confirmant la position prise dans le projet de décision du 10 février 2009.

Désormais assisté de Me Jean-Michel Duc, l'assuré s'est opposé au nouveau projet précité le 12 octobre 2010, arguant que son état de santé ne s'était pas amélioré, mais bien au contraire péjoré. Il a complété son opposition par courrier du 26 novembre 2010, ajoutant qu'un nouvel examen était nécessaire afin d'évaluer son état de santé psychiatrique et somatique, dans la mesure où l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 25 juillet 2006, sur lequel le projet de décision de l'OAI était fondé, était vieux de quatre ans. Il a ainsi conclu principalement à l'annulation du projet de révision et à l'allocation d'une rente entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise par un expert indépendant et compétent pour déterminer notamment le statut médical, le diagnostic, la capacité de travail et les traitements à entreprendre en sa faveur.

b) Le Dr P._____ a établi un certificat médical le 14 décembre 2010, attestant de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis les trois dernières années, nécessitant la prescription de médicaments.

Le certificat précité ne faisant toutefois pas mention d'une diminution de la capacité de travail exigible, l'OAI a rendu une décision formelle de suppression de la rente d'invalidité le 22 décembre 2010, conforme au projet du 24 septembre 2010.

H. **a)** W._____ a recouru contre la décision précitée le 1^{er} février 2011, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au maintien de la rente d'invalidité entière. Le recourant reproche en substance à l'OAI d'avoir fait preuve d'arbitraire et d'avoir gravement violé son droit d'être entendu, d'avoir fondé sa décision sur une évaluation de son état de santé trop ancienne pour être encore valide, de ne pas avoir tenu compte de l'avis très récent du Dr P._____ et de ne pas avoir opéré

un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidé, alors qu'il est étranger, parle mal le français, a une formation rudimentaire et est âgé de 56 ans. Selon lui, une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire est donc indispensable, faute de quoi son droit d'être entendu serait violé. Il a requis la production complète de son dossier AI, son audition par la Cour de céans, afin de pouvoir exposer l'ampleur de l'atteinte à sa santé, les efforts consentis et sa situation actuelle, ainsi que l'audition comme témoins des médecins qui l'ont suivi et qui le suivent, et finalement la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire sur sa capacité de travail résiduelle comme invalide.

b) L'OAI s'est déterminé le 15 avril 2011, exposant notamment que le fait que le rapport d'examen clinique du SMR ne soit pas des plus récent ne justifiait pas à lui seul de mettre en doute ses conclusions. En effet, le recourant avait certes produit un certificat médical mentionnant une aggravation de l'état de santé qui serait apparue au cours des trois dernières années et nécessitant la prescription de médicaments. Toutefois, ce document très succinct ne contenait aucun diagnostic et ne précisait aucun taux de capacité de travail, si bien qu'il n'était à leur sens pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de leur décision. Concernant l'abattement sur le revenu d'invalidé, l'OAI a expliqué que lorsque, comme dans le cas d'espèce, tant le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidé étaient déterminés en référence aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), seules les limitations en lien avec le handicap et le taux d'occupation pouvaient être prises en considération, les autres facteurs de réduction (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation) ayant une influence identique sur le revenu d'invalidé et sur le revenu sans invalidité. L'instruction du dossier avait permis de conclure à l'absence de limitations fonctionnelles, si bien qu'un abattement sur le revenu d'invalidé n'avait pas lieu d'être. L'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

c) Le recourant a complété son recours le 10 mai 2011, réitérant sa requête d'audition, en particulier celle du Dr P._____. Il a en

outre précisé sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en ce sens qu'elle soit confiée à la clinique C._____ de [...] et a de plus requis la production complète du dossier en possession de l'assurance-maladie G._____.

d) Les parties ont été invitées à produire un questionnaire à l'intention du Dr P._____ - à interpeller par écrit -, ce qu'elles ont fait par écritures du 30 mai 2011 pour l'intimé et du 8 juillet 2011 pour le recourant. Le Dr P._____ a ainsi rendu un rapport médical le 16 août 2011, dont on extrait ce qui suit :

"Diagnostics :

- Rachialgies diffuses, surtout cervicales et lombaires, sur troubles statiques, dégénératifs et canal lombaire étroit non exclu, probablement amplifiés, réalisant un tableau mixte (troubles somatiques et syndrome somatoforme douloureux persistant).
- Dysthymie, status après état dépressif d'intensité modérée en 2002
- Diabète de type 2 connu depuis 2002 et traité par antidiabétiques oraux depuis 2006
- Hyperlipidémie
- Hypertension artérielle traitée depuis 2009
- Pyrosis
- Status après appendicectomie

[...] J'ajoute que les rachialgies ont été signalées pour la première fois en 1996, puis en 2000. L'évolution a été objectivement stable et je n'ai jamais estimé nécessaire de redemander un bilan radiologique ou spécialisé pour ce problème depuis 2002. Le status actuel est inchangé, sans aucun signe d'atteinte déficitaire neurologique. L'aggravation mentionnée par le patient lui-même l'a été rétrospectivement en 2010.

En ce qui concerne le problème psychiatrique, je ne pense pas que l'on puisse parler de réelle aggravation. Sous antidépresseur depuis 2002, sa thymie est stable et mis à part quelques bouffées de colère contre l'autorité, je n'ai noté aucun symptôme inquiétant.

Finalement, le seul point s'étant réellement aggravé est le diabète, ce dernier constituant désormais, avec l'excès pondéral et l'apparition d'une hypertension artérielle et d'une hyperlipidémie, un syndrome métabolique vrai. Le risque cardio-vasculaire est donc clairement augmenté, nécessitant un bilan de prévention primaire cardiologique tous les deux ans. Les deux premiers étaient normaux en 2006 et en 2009. Le prochain est prévu pour cet automne.

4. Eléments objectifs permettant de fixer le début de l'aggravation de la santé à fin 2007 : dans mon certificat du 14 décembre 2010, je n'ai pas indiqué la date exacte de l'aggravation, car il ne m'est pas possible d'être plus précis. Comme mentionné au chiffre 3, l'aggravation concerne surtout le problème métabolique, qui est par définition progressif.

5. Impact de l'aggravation précitée sur la capacité de travail : objectivement aucun, la limitation fonctionnelle dépendant surtout de l'attitude dénuée de motivation du patient, par manque de reconnaissance de ses plaintes.

6. Fréquence des consultations, actuelle et passée : inchangée avant et après 2007, je vois le patient tous les 3 à 6 mois pour suivre l'évolution de son syndrome métabolique.

[...]

5. Impact de ces affections sur la capacité de travail : objectivement, le syndrome métabolique n'affecte pas sa capacité de travail. Les rachialgies contre-indiquent un travail physiquement éprouvant, mais pas un travail léger. L'état dépressif, actuellement stabilisé, ne constitue pas non plus un empêchement à travailler.

La récente discussion avec le patient, lors de la consultation du 11 août 2011, renforce encore le constat que le patient est plus que jamais convaincu qu'il ne parviendra plus à exercer d'activité lucrative, malgré toutes les tentatives de réassurance. Il restera sans doute sur sa position de victime du « système » et mon rôle de médecin sera de continuer à le soutenir par une attitude empathique et bienveillante."

e) Sur requête de la Cour de céans, G. _____ a produit le 1^{er} juin 2011 le dossier du recourant, qui ne contient aucun document postérieur à 2002.

f) Le rapport du Dr P. _____ a été soumis pour appréciation au SMR, lequel a rendu un avis médical le 7 septembre 2011, dont la teneur est la suivante :

"Dans son rapport du 16.08.2011 à la Cour, le Dr P. _____ fait très clairement et tout-à-fait honnêtement la distinction entre les aspects médicaux objectifs et l'interprétation subjective de la situation par son patient.

Dans le cadre médico-asséculo-logique, nous sommes tenus à fonder nos appréciations sur des éléments objectifs.

Comme l'atteste sans équivoque et à plusieurs reprises le Dr P. _____, l'état de santé de son patient ne s'est objectivement aggravé ni sur le plan ostéo-articulaire, ni sur le plan psychiatrique. L'évolution a été objectivement stable.

Le seul point sur lequel le Dr P. _____ parle d'aggravation concerne le diabète. Il atteste que celui-ci constitue un facteur de risque cardio-vasculaire dans le cadre d'un syndrome métabolique. Cependant, comme il l'atteste en réponse à la question 5, cette aggravation n'a objectivement aucun impact sur la capacité de travail. Il a raison puisqu'en l'absence de complication du diabète, celui-ci n'engendre pas de limitations fonctionnelles de nature à restreindre la capacité de travail. Quant au risque cardio-vasculaire, il est indépendant de la capacité de travail et ne donne en lui-même pas droit à des prestations de l'AI. En effet, l'AI n'assure pas le risque, d'autant moins que celui-ci n'est pas réalisé.

En conclusion, nous adhérons à l'opinion du médecin traitant, qui atteste l'absence d'aggravation sur le plan rhumatologique et psychiatrique et qui confirme que le syndrome métabolique n'affecte pas la capacité de travail de l'assuré. La capacité de travail est donc inchangée depuis l'examen clinique du 25.07.2006."

L'OAI s'est déterminé le 13 septembre 2011, se ralliant à l'avis du SMR. Il a ainsi maintenu sa position.

g) Le recourant a requis la mise en œuvre de débats publics par courrier du 27 décembre 2011. Il a produit, le 10 janvier 2012, une attestation médicale établie par la clinique B._____ (ci-après : clinique B._____) le 20 décembre 2011, dont on extrait ce qui suit :

"Au cours des consultations [du 8 et 14 novembre 2011], nous avons mis en évidence un status psychiatrique évocateur d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ainsi qu'un trouble douloureux somatoforme qui sont déjà traités par un antidépresseur au long cours.

Dans ce contexte, nous l'avons [le recourant] réadressé à son médecin traitant, d'autant plus que le patient n'avait pas de demande particulière pour un suivi psychiatrique."

Selon le recourant, ce certificat, mis en lien avec le rapport du Dr P._____, justifiait une investigation plus approfondie, à savoir la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur sa capacité de travail résiduelle comme invalide. Par ailleurs, il a ajouté qu'étant âgé de 55 ans et au bénéfice d'une rente AI depuis près de 10 ans, il y avait lieu d'admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 et 9C_363/2011 du 31 octobre 2011). En effet, il faisait partie de la catégorie des assurés dont on ne pouvait en principe exiger d'eux qu'ils entreprennent de leur propre chef tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail médicalement documentée (capacité que le recourant contestait au demeurant). A cela s'ajoutait que le recourant n'avait plus travaillé depuis fort longtemps et que sans formation véritable, sa réintégration était des plus problématique.

h) Le recourant s'est déterminé sur le rapport du Dr P. _____ le 24 janvier 2012, rappelant notamment qu'il appartenait à l'OAI de démontrer la modification notable de son taux d'invalidité, puisqu'il s'agissait d'une procédure de révision, démonstration que l'OAI n'avait pas faite. Au contraire, le rapport du Dr P. _____ confirmait que l'état de santé du recourant ne s'était pas amélioré. En effet, les rachialgies signalées en 1996 et 2000 étaient toujours présentes et le Dr P. _____ reconnaissait en outre une aggravation en 2010, soit concomitamment à l'instruction et à la décision de révision. Son status psychiatrique était resté inchangé depuis 2002, preuve en était les antidépresseurs qu'il prenait en permanence, ainsi qu'une liste de 8 médicaments. Le recourant a confirmé ses conclusions et réquisitions.

i) Le SMR, invité par l'OAI à se prononcer sur le certificat médical de la clinique B. _____, a rendu un avis médical le 25 janvier 2012, relevant que le certificat précité ne retenait aucun diagnostic de certitude, ne décrivait aucun status psychiatrique et n'attestait aucune incapacité de travail. Il n'attestait pas non plus de la nécessité d'une prise en charge psychiatrique. Aucun élément ne laissait penser que le recourant aurait pu présenter une affection psychiatrique invalidante avant le 22 décembre 2010, date de la décision attaquée, soit une année avant la rédaction du certificat. D'autre part, un trouble somatoforme douloureux ne justifiait en principe pas une incapacité de travail durable, ce d'autant qu'un trouble de l'adaptation n'avait pas valeur de comorbidité psychiatrique d'une durée et d'une gravité importantes. Ainsi, l'attestation médicale du 20 décembre 2011 ne remettait pas en question leur appréciation de la situation. L'OAI s'est rallié à ces conclusions par courrier du 1^{er} février 2012, ajoutant par ailleurs que le recourant n'avait pas 55 ans révolus au moment de la notification de la décision querellée, pas plus qu'il n'était au bénéfice d'une rente depuis plus de 15 ans.

I. a) La Cour des assurances sociales a tenu une audience d'instruction le 7 mars 2012, dans le but de tenter la conciliation. Cette dernière n'a pas abouti, le représentant de l'intimé s'étant toutefois proposé d'examiner l'opportunité de mettre en œuvre une aide au

placement, laquelle n'était a priori pas écartée par le recourant. Un délai de 10 jours était fixé à l'intimé pour informer le Tribunal quant à sa prise de position. Le recourant a réitéré sa demande de tenue d'une audience de jugement en cas d'échec des pourparlers transactionnels.

L'OAI a fait suite à l'audience précitée par courrier du 15 mars 2012, confirmant sa proposition de mettre le recourant au bénéfice d'une aide au placement, pour autant que les deux conditions suivantes soient réalisées :

"D'une part, le recourant doit être parfaitement conscient du rôle qui lui incomberait dans ce cadre, à savoir de participer activement et dans un état d'esprit constructif à la démarche, faute de quoi elle serait vouée à l'échec. Ainsi, nous estimons nécessaire que l'assuré démontre sa bonne volonté en déposant une demande écrite et motivée en ce sens.

D'autre part, et en bonne logique, l'aide au placement présuppose l'aptitude à exercer une activité professionnelle. En d'autres termes, le corollaire de l'octroi d'une aide au placement consiste en ce que l'intéressé reconnaisse et affirme sa capacité de travail entière, telle que retenue dans la décision entreprise."

Le recourant s'est déterminé par courrier du 25 mai 2012, considérant notamment que l'offre de l'OAI d'une aide au placement n'était pas adaptée à un assuré âgé de plus de 55 ans et au bénéfice d'une rente AI depuis près de 10 ans. Il a réitéré sa demande d'application de la jurisprudence fédérale concernant les mesures d'ordre professionnel préalables (cf. courrier du recourant du 10 janvier 2012). Il a en outre invoqué son droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, dans la mesure où il était - à tout le moins avait été - incapable de travailler à 50 % dans toute profession. A ce jour, il devait être capable d'assumer un temps de présence quotidien de deux heures pendant quatre jours par semaine. Cet aspect du dossier, qui n'avait pas été instruit par l'OAI, devait l'être, et des mesures de réinsertion devaient lui être proposées. Le recourant a également rappelé avoir suivi un stage au Centre X. _____, qui n'avait pas été suivi des mesures de réinsertion appropriées.

L'OAI a répondu par courrier du 12 juin 2012, estimant que le recourant ne pouvait prétendre que les mesures appropriées n'avaient pas

été prises, puisque il avait pu bénéficier de mesures professionnelles sous la forme d'une préparation à une activité auxiliaire auprès de D._____. Cette mesure avait donné de bons résultats, de sorte que la mise en œuvre d'autres mesures professionnelles n'avait pas été jugée utile. Concernant les mesures de réinsertion, l'OAI a relevé qu'une incapacité de travail de 50 % n'était pas constatée et que de telles mesures n'étaient pas nécessaires à la préparation à des mesures d'ordre professionnel, puisqu'elles avaient déjà eu lieu et donné de bons résultats. Finalement, la rente du recourant n'avait pas été supprimée avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées par des mesures d'ordre professionnel.

Le recourant a en substance confirmé sa position par écriture du 10 juillet 2012, ajoutant notamment que des mesures de réinsertion pouvaient être accordées plusieurs fois et qu'en l'espèce, le stage effectué chez D._____, qui était un atelier protégé pour personnes handicapées, ne pouvait déboucher sur une véritable activité professionnelle. Cette mesure avait par ailleurs échoué, puisque le recourant n'avait pas été en mesure de reprendre une activité lucrative, cet échec étant précisément dû à l'absence de mesures de réinsertion préparatoires.

Sur requête du juge instructeur, l'OAI s'est déterminé sur la demande d'octroi de mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a al. 1 LAI le 30 août 2012, alléguant que les conditions n'étaient pas remplies, à mesure qu'il existait une capacité entière de travail dans une autre profession que l'activité habituelle. Le recourant laissait entendre que l'incapacité de travail à laquelle se référait la disposition en question pouvait également se situer dans le passé. Le texte même de la disposition excluait toutefois une telle interprétation. Par ailleurs, le recourant estimait que s'il n'avait pas été en mesure de retrouver une activité lucrative, la raison en était précisément qu'il n'avait pu bénéficier de mesures de réinsertion en complément aux stages effectués auprès du Centre X._____ et de D._____. Selon l'OAI, il était toutefois difficile de se convaincre du bien-fondé de cette affirmation. En effet, le dossier contenait de multiples indications selon lesquelles l'intéressé était

intimement convaincu que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité lucrative quelconque, ce dont le Dr P. _____ avait lui-même fait état. Dans ce contexte, l'OAI a conclu que, quand bien même des mesures de réinsertion pouvaient par hypothèse être envisagées, elles devraient constituer le préalable nécessaire à la mise en œuvre de mesures professionnelles. Les éléments précités montraient l'absence de disposition subjective du recourant pour une telle démarche. Or des mesures professionnelles ne devaient pas être allouées lorsque, selon toute vraisemblance, elles étaient vouées à l'échec, ce qui était manifestement le cas en l'espèce. L'OAI a ainsi rejeté la requête du recourant.

b) Le recourant a réaffirmé son incapacité entière de travail par courrier du 14 mai 2013. A l'appui, il a expliqué que l'OAI n'avait pas satisfait aux réquisits légaux en démontrant dans le cadre de la présente révision une amélioration notable de son état de santé. A cet égard, il a produit un certificat médical du Centre A. _____ du 5 avril 2013, attestant un suivi dans le cadre d'une évaluation approfondie concernant son état de santé psychique, ainsi qu'un rapport médical du 2 mai 2013, faisant suite à quatre entretiens avec le recourant en mars et avril 2013, dont on extrait ce qui suit :

"Constatations objectives :

Le patient se plaint de douleurs généralisées, de maux de tête, de douleurs dans les jambes et d'un sentiment d'injustice. Sa mauvaise maîtrise du français l'empêche d'avoir une bonne compréhension de toute la situation ; il use parfois d'un langage grossier et insultant. Nous pouvons constater que sa souffrance psychique est articulée autour d'éléments dépressifs et des sentiments d'injustice qui sont verbalisés par le patient. Nous pouvons objectiver également que le patient présente une thymie triste avec une hypomimie et un léger ralentissement psychomoteur. Néanmoins, il n'y a pas d'apparition d'idées suicidaires dans son discours.

Concernant son évolution, nous nous basons sur son dossier AI : il présente une pathologie superposable avec un trouble dépressif récurrent qui ne s'améliore pas malgré un traitement antidépresseur. Toutefois, il n'a pas bénéficié d'un suivi psychothérapeutique depuis plusieurs années et n'en souhaite pas actuellement, en raison de problèmes plus importants selon lui et de son incapacité à supporter de longues conversations. Il dit se sentir complètement parasité par un sentiment d'injustice faisant suite à la non-reconnaissance de sa maladie par l'Office AI.

Au terme des quatre entretiens avec M. W. _____, nous concluons à un trouble dépressif récurrent articulé à des symptômes douloureux généralisés. Une prise

en charge psychiatrique dans le long terme serait appropriée et nous estimons que le patient n'a pas la capacité de reprendre une activité professionnelle au vu de son état de santé psychique actuel."

Le recourant a conclu en substance à la mise en œuvre d'une expertise médicale par le Tribunal de céans en cas de contestation du rapport précité par l'OAI. Subsidiairement, il a requis l'octroi de mesures d'ordre professionnel préalables, en raison de son âge et de la durée de la rente déjà versée, ou de mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI. Le recourant a de plus produit une déclaration manuscrite exprimant son souhait de pouvoir retravailler et son intention de faire tout son possible pour exécuter au mieux toutes les mesures proposées par l'OAI, en guise de preuve de sa disposition subjective. Il a finalement réitéré sa demande de mise en œuvre de débats publics.

L'OAI a pris position sur le rapport médical du Centre A._____ le 10 juin 2013, relevant notamment qu'il se rapportait à un période postérieure à la décision attaquée, ce qui ne permettait pas de remettre en cause le bien-fondé de cette dernière.

L'audience de jugement requise par le recourant a été tenue le 9 septembre 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69a al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions formelles de recevabilité (art. 62 let. b LPGA notamment), le recours recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la suppression, dans le cadre d'une révision, du droit de W. _____ à une rente entière d'invalidité, ainsi que sur son droit à des mesures de réinsertion et à des mesures d'ordre professionnel.

3. a) Selon le droit fédéral, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al.1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après le traitement et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou s'il a présenté une

incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption. En vertu de l'article 28 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40 % au moins, à une demi rente pour un taux de 50 % au moins, trois quart de rente pour un taux de 60 % au moins et une rente entière pour un taux de 70 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (art. 17 al. 2 LPGA).

d) Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; Pratique VSI 2000 p. 314 consid. 1b). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits

pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1).

En l'espèce, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision initiale du 18 août 2003 et s'il justifie la suppression de la rente décidée par l'office intimé le 22 décembre 2010.

e) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration - le tribunal en cas de recours - se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 précité consid. 3b ; 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2).

f) Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, l'OAI a octroyé au recourant un rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2001, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, en raison de troubles psychiatriques avec humeur dépressive, sentiment de dévalorisation, troubles du sommeil, difficultés de concentration et ruminations. Ce diagnostic avait été retenu par le SMR sur la base du dossier médical du recourant, notamment des conclusions de la Dresse M._____, consultée par le recourant sur recommandation de ses médecins traitants de l'époque. L'OAI a ouvert une procédure de révision d'office en mai 2005 et réinterrogé le Dr P._____, qui a confirmé le diagnostic qu'il avait posé en 2002, soit "rachialgies diffuses, surtout cervicales et lombaires, sur troubles statiques, dégénératifs et canal lombaire étroit non exclu, probablement amplifiés, réalisant un tableau mixte (troubles somatiques et somatoformes)". La Dresse Z._____, dans son rapport médical du 12 août 2005, a estimé nécessaire la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par le

SMR. Cet examen a été réalisé par deux spécialistes, qui ont conclu à l'absence d'atteinte invalidante, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Il ressort du rapport médical rédigé par ces derniers (rapport du 4 septembre 2006) qu'il a été procédé à un examen complet et rigoureux de l'état de santé du recourant et de son dossier médical. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, il tient compte des plaintes du recourant et la description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont clairs. En particulier, les examinateurs du SMR démontrent clairement l'absence de troubles d'ordre somatique et expliquent précisément pour quelles raisons ils ne retiennent ni le syndrome somatoforme douloureux, ni la fibromyalgie. De ce fait, leur rapport médical remplit les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra consid. 3e). Les constatations du Dr P._____, qui décrit de manière complète et précise l'état de santé du recourant dans son rapport du 16 août 2011, établi à la demande de son patient, ne permettent pas de remettre en doute les conclusions des examinateurs du SMR et n'amènent aucun élément permettant de douter de l'actualité de ces dernières, ni de justifier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Au contraire, le Dr P._____ a clairement indiqué qu'objectivement, le syndrome métabolique du patient (diabète) était la seule atteinte qui s'était aggravée en 2007 et que cette dernière n'affectait pas la capacité de travail du recourant. Les rachialgies contre-indiquaient un travail physiquement éprouvant, mais pas un travail léger. Quant à l'état dépressif, stabilisé, il ne constituait pas non plus un empêchement de travailler.

Au vu de ces éléments, il convient de constater que le recourant ne présentait plus d'atteinte invalidante à sa santé lors de l'examen rhumatologique et psychiatrique par le SMR (le 25 juillet 2006) et n'en présentait pas davantage lorsque la décision attaquée a été rendue. L'OAI était de ce fait fondé à supprimer la rente d'invalidité du recourant.

Durant la procédure judiciaire, le recourant a produit un certificat médical du Centre A._____, établi le 5 avril 2013 et attestant

d'un suivi psychiatrique-psychothérapeutique, ainsi qu'un rapport médical rédigé par ce centre le 2 mai 2013, qui pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent articulé à des symptômes douloureux généralisés. Les médecins du centre ont spécifié que le recourant n'avait pas la capacité de reprendre une activité professionnelle "au vu de son état de santé psychique actuel". Rien dans le rapport précité ne permet de dire que le diagnostic posé remonte à une période antérieure à la décision attaquée, ni ne permet de mettre en doute les conclusions du rapport d'examen du SMR du 4 septembre 2006. Au contraire, il ressort de l'analyse des médecins du centre que les symptômes ressentis par leur patient sont liés au sentiment d'injustice qu'il éprouve du fait de la suppression de sa rente. Il convient donc de retenir que le trouble dépressif retenu par le Centre A._____ se rapporte à un état réactif, postérieur à la décision. La Cour de céans n'est dès lors pas compétente pour connaître de ce nouvel état de fait, le recourant étant renvoyé au dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, le cas échéant. La même analyse doit être faite concernant l'attestation médicale de la clinique B._____, qui, en plus de faire état d'un suivi psychiatrique postérieur à la décision attaquée, ne se prononce pas sur une éventuelle incapacité de travail, ni ne donne d'indication sur la période à laquelle remonte les troubles observés.

5. a) Selon la jurisprudence, avant de réduire ou supprimer la rente par suite de révision ou de reconsidération, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité, ou s'il est nécessaire, au préalable, de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée (en vertu de l'obligation de diminuer le dommage), lesquels priment sur le droit à des mesures de réadaptation, suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans

une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1 ; 9C_694/2010 du 23 février 2011 consid. 5.4 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). Ainsi, le principe de la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage qui prime en règle générale le droit à des mesures de réadaptation (TF 9C_254/2011 précité consid. 7.1.2.1).

Dans ces conditions, lorsqu'il incombe à l'assuré de se réadapter par lui-même pour obtenir un revenu d'invalidé adéquat, l'administration peut procéder sans délai au calcul du taux d'invalidité, parce qu'il apparaît d'emblée que l'assuré n'a besoin d'aucune mesure de réadaptation, ou tout au plus d'une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (TF 9C_694/2010 précité consid. 5.1 ; 9C_163/2009 précité consid. 4.1.1 ; 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1).

Selon la jurisprudence, il existe toutefois, pour l'essentiel, deux situations où la valorisation de la capacité fonctionnelle de travail présuppose l'octroi préalable de mesures de réadaptation.

D'un point de vue médical, l'octroi d'une mesure de réadaptation peut constituer une condition sine qua non pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail. Lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité de travail résiduelle médico-théorique, avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (TF 9C_694/2010 précité consid. 5.3.1 ; 9C_141/2009 précité consid. 2.3.1).

L'octroi d'une mesure de réadaptation peut également constituer une condition *sine qua non* d'un point de vue professionnel. En effet, dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA, en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée ; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure, pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail, de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (TF 9C_694/2010 précité consid. 5.3.2.2 ; 9C_163/2009 précité consid. 4.2.2).

Sur la base de ces règles générales, le Tribunal fédéral a encore précisé ce qui suit, dans un arrêt du 26 avril 2011 : dans les cas où la réduction ou la suppression de la rente d'invalidité par révision ou reconsidération concerne un assuré qui est âgé de cinquante-cinq ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans, l'administration doit d'abord examiner sérieusement l'opportunité de l'octroi de mesures de réadaptation (TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 ; 9C_254/2011 précité consid. 7). Ensuite, elle doit prendre les mesures nécessaires à la réintégration de l'assuré dans le circuit économique, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé. Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'autorité pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité (TF 9C_254/2011 précité consid. 7.2. *in fine*). Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision ou de la reconsidération,

mais seulement qu'une réadaptation par soi-même n'est - sauf exception - pas objectivement concevable, en raison de leur âge ou de la longue durée pendant laquelle la rente a été perçue (TF 9C_228/2010 précité consid. 3.5).

b) En l'espèce, constatant que le recourant n'avait plus d'activité professionnelle depuis sept ans entraînant un déconditionnement physique, l'OAI a estimé nécessaire un réentraînement au travail dans une activité non qualifiée. Il s'agissait de déterminer si le recourant était motivé à reprendre une activité et ainsi bénéficier d'une aide au placement. L'intimé a ainsi proposé au recourant la mise en œuvre d'un stage d'observation de trois mois au Centre X._____, ce que l'intéressé a dans un premier temps refusé. Ce dernier ayant par la suite changé d'avis, l'OAI a confirmé la prise en charge du stage précité, dont il est ressorti une amélioration progressive du rendement du recourant, mais également la nécessité d'une formation dans le domaine du montage et du conditionnement à l'établi dans les ateliers de D._____. L'OAI a pris en charge les frais du stage en question d'une durée de six mois. Durant ce stage, le recourant a travaillé sans problème durant la journée entière, avec un rendement parfois inférieur à 100 %. Vu les résultats de mesures mises en place, l'OAI a considéré que le recourant allait pouvoir récupérer sa capacité de gain. En l'absence de limitations fonctionnelles et compte tenu de la situation, il a considéré qu'une aide au placement ne se justifiait pas.

Vu les mesures mises en place par l'OAI et leur succès, il doit être retenu que l'intimé a satisfait à son devoir de s'assurer que les possibilités théoriques de travail avaient été confirmées par des mesures d'ordre professionnel avant de supprimer la rente (cf. supra consid. 4a). Par ailleurs, il convient de rappeler qu'il incombe à l'assuré de diminuer le dommage, devoir qui prime le droit à des mesures de réadaptation. En l'espèce, les mesures entreprises l'ont été avec succès et démontrent une évolution positive du rendement du recourant. De ce fait et en l'absence de limitations fonctionnelles, l'OAI était légitimé à estimer que le recourant était désormais capable de mettre à profit la capacité de travail

nouvellement acquise dans l'activité proposée par le Centre X._____ et D._____ et à considérer que d'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires. Ceci suffit en soi à nier au recourant le droit à de nouvelles mesures d'ordre professionnel. Il faut encore relever que malgré les résultats positifs obtenus grâce à la mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel, le recourant est resté sur sa position, confirmant son incapacité entière de travail. Cette incapacité, comme démontré ci-dessus (consid. 3), n'est pas attestée médicalement. Le Dr P._____ a de plus explicitement indiqué que le recourant resterait sans doute sur sa position de victime du "système", convaincu qu'il ne parviendrait jamais plus à exercer une activité lucrative. Mesurant la nature des difficultés du recourant, l'OAI a toute de même consenti, suite à l'audience de conciliation du 7 mars 2012, à lui accorder une aide au placement, ce que le recourant a en définitive refusé, considérant que cette mesure était inadéquate. Une telle attitude, qui ne trouve aucun fondement médical, ne peut justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité et contrevient au devoir du recourant de diminuer le dommage à l'assurance. Les conséquences qui en découlent ne peuvent être supportées par l'OAI.

Enfin, l'argument du recourant concernant les débouchés ouverts par une formation dans les ateliers D._____ ne lui est d'aucun secours. Il ne s'agit en effet que d'une simple affirmation, qui n'est en rien étayée, alors même qu'elle entre en contradiction avec l'avis formulé par les responsables de D._____ à l'attention de l'OAI, avis fondé sur une observation en atelier par des professionnels et qui ne prête a priori le flanc à aucune critique. Ainsi, une simple allégation, laquelle confine à une pétition de principe manifestement excessive, ne saurait être reçue, d'autant que l'intéressé s'est abstenu de faire valoir en temps utile des arguments critiques concrets, le cas échéant en requérant une prise de décision formelle sujette à recours.

Vu ce qui précède, il sied de constater que l'autorité intimée a mis en œuvre toutes les mesures de réadaptation que l'on pouvait attendre d'elle afin d'améliorer la capacité de gain du recourant,

remplissant par là ses obligations concernant l'opportunité de supprimer la rente d'invalidité et qu'il est désormais raisonnablement exigible du recourant qu'il mette à profit par lui-même sa capacité de travail, médicalement documentée. Son âge, bien que de 55 ans révolus lorsque la décision attaquée a été rendue, et la durée de sa rente ne lui permettent pas d'exiger de l'OAI de nouvelles mesures de réadaptation.

c) Ce constat vaut également en ce qui concerne les mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008). Aux termes de cette disposition, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel.

Se prononçant sur le sens de l'art. 14a LAI dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50 % au moins non seulement dans sa profession (art. 6 première phrase LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6 seconde phrase LPGA ; ATF 137 V 1 consid. 7 ; TF 9C_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2).

En l'espèce, comme démontré plus haut (consid. 4), le recourant est capable d'exercer une activité adaptée à plein temps. Il ne réalise dès lors pas la condition de l'art. 14a LAI relative à une incapacité de travail d'au moins 50 %.

L'OAI doit en outre être suivi dans son raisonnement lorsqu'il relève que des mesures d'ordre professionnel ne doivent pas être allouées lorsqu'elles sont vouées à l'échec, ce qui est le cas lorsque l'assuré reste persuadé de ne pas pouvoir reprendre une activité professionnelle

(Pratique VSI 2002 pp. 111 ss consid. 3b ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). En l'espèce, le recourant n'a cessé d'affirmer son incapacité entière de travail, tant durant la procédure administrative que judiciaire. Dans ces conditions, il doit être constaté que, selon toute vraisemblance, des mesures d'ordre professionnel supplémentaires étaient effectivement vouées à l'échec, du moins au moment où la décision litigieuse a été rendue, faute de disposition subjective du recourant à s'inscrire dans une telle démarche. Du fait que les mesures de réinsertion doivent représenter un préalable nécessaire à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, l'OAI était fondé à renoncer à leur mise en œuvre.

Quant à la déclaration d'intention manuscrite du recourant produite le 14 mai 2013, outre le fait qu'elle entre en contradiction avec son écriture formelle du même jour, dans laquelle il réaffirme son incapacité entière de travail, elle ne lui est d'aucun secours concernant la procédure administrative dans la mesure où elle lui est postérieure. Il pourra le cas échéant s'en prévaloir dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

6. Le recourant reproche enfin à l'OAI de ne pas avoir opéré un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité calculé sur la base des statistiques salariales ESS.

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 ; 126 V 75 c. 5b/aa-cc).

En l'espèce, aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue qui puisse justifier un abattement. En outre, lorsque tant le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidité sont évalués selon l'enquête sur la structure des salaires, ce qui est le cas en l'espèce, l'âge, la nationalité ou le manque de formation de l'assuré n'entrent pas en ligne de compte pour une réduction sur le salaire statistique vu que ces facteurs influencent de la même manière le revenu avec et sans invalidité. Le grief du recourant doit ainsi être rejeté et le calcul de l'OAI confirmé.

7. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que c'est à raison que l'OAI a procédé à la révision du cas du recourant et les griefs formulés par ce dernier doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

8. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 94 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant.

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

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

I. Le recours est rejeté

II. La décision rendu le 22 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour W. _____),
- 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 :