

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Pasche et Durussel, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de « monteur de faux plafonds » depuis le 2 septembre 2013 pour le compte de l'entreprise N._____ Sàrl.

Le 23 juin 2014, alors qu'il œuvrait sur un chantier, il a chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ deux mètres, avec, pour conséquences, une fracture-luxation de l'articulation de Chopart du pied droit associée à une fracture comminutive du scaphoïde tarsien ainsi qu'une fracture-arrachement du fascia plantaire au calcanéum, nécessitant, le même jour, une réduction sanglante et une ostéosynthèse de la fracture du scaphoïde tarsien après une réduction fermée de la luxation (cf. protocole opératoire du 23 juin 2014 du Dr I._____). L'évolution symptomatologique a toutefois été marquée par la persistance de douleurs importantes, raison pour laquelle une arthrodèse de l'articulation talo-scaphoïdienne a été pratiquée le 3 juin 2015 (cf. protocole opératoire du 3 juin 2015 du Dr I._____).

Par décision du 8 novembre 2016, rendue à la suite d'une demande déposée le 20 janvier 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 2015. L'OAI a estimé que l'assuré, s'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur de faux plafonds, disposait en revanche d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de montée ou de descente à répétition de pentes ou d'escaliers, d'utilisation d'échelles ou d'échafaudage, de marche sur terrains irréguliers et de marche ou de station debout prolongées de plus de deux heures) à compter du 1^{er} octobre 2015.

L'assuré avait entre-temps repris le travail le 1^{er} avril 2016 en qualité d'ouvrier en atelier auprès de l'entreprise R._____ SA.

b) Le 22 février 2021, lors d'un effort de soulèvement dans le cadre de son activité, l'assuré a fait un faux mouvement, entraînant l'apparition subite de douleurs au niveau de son épaule droite. Il se plaignait depuis lors de douleurs à la mobilisation céphalique et à la mobilisation de l'épaule droite, avec des douleurs irradiant depuis la nuque (cf. rapport du 23 mars 2021 du Dr M._____, médecin traitant de l'assuré).

Le 29 septembre 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant souffrir d'une « arthrose dans la colonne vertébrale » depuis le mois d'avril 2021.

Dans un rapport du 13 avril 2022, les Drs G._____ et T._____, spécialistes en anesthésiologie, ont indiqué que l'assuré était suivi depuis le mois d'octobre 2021 auprès de l'[...] pour des lombalgies chroniques compliquant une probable arthrose apophysaire postérieure lombaire dans un contexte d'obésité et de discopathies. Une infiltration épidurale lombaire L4-L5 réalisée en octobre 2021 a apporté un soulagement de courte durée ; une thermoablation des branches médianes des articulations apophysaires postérieures lombaires L3-L1 a par la suite été effectuée, intervention qui a eu un effet bénéfique sur les lombalgies basses, apparaissant alors qu'après deux heures de position statique prolongée ; une infiltration intra-articulaire facettaire thoracique, sans grande amélioration, suivie d'une infiltration épidurale lombaire L3-L4 ont encore été effectuées en avril 2022.

Dans un rapport du 13 juin 2022 à l'OAI, la Dre O._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques par arthrose apophysaire postérieure depuis 2021 et de fracture multiple du pied droit avec séquelles depuis 2013 (sic). Elle a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et de 20 % dans une activité adaptée qui nécessitait peu d'activités et de capacités physiques.

Dans un rapport d'expertise du 2 août 2022, établi à la demande de l'assureur perte de gain, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rachialgies chroniques et de status après chirurgie complexe du pied droit en 2014. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle, mais qu'elle était d'au moins 90 % dans une activité professionnelle légère et sédentaire, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle ou de 5 kg de manière régulière, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée ainsi que la montée et la descente des escaliers de manière répétée comme les travaux sur une échelle, et permettant l'alternance de la position assise et debout une à deux fois par heure. Il a précisé qu'il fallait compter avec une diminution de rendement liée à la diminution de la vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires.

Selon un rapport du 17 août 2022 du Dr G._____, l'assuré gardait, malgré les infiltrations et les thermoablations réalisées, des lombalgies significatives et des douleurs du rachis, y compris cervicales régulières. Tout en estimant que de nouvelles approches infiltratives s'avéreraient inutiles, ce médecin était d'avis que l'essentiel de la problématique de l'intéressé trouvait son origine dans le déconditionnement sévère de l'intéressé.

Dans un rapport du 5 mai 2023 à l'OAI, la Dre O._____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré demeurait inchangé depuis le mois de juin 2022 et qu'il présentait toujours notamment des douleurs chroniques de la cheville droite et lombaires (lombalgies communes). Elle a par ailleurs indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière, à compter du 30 mars 2023, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg de manière régulière ou de 10 kg de manière ponctuelle, de mouvements répétitifs du dos en porte-à-faux, de marche, de montée ou de descente d'escaliers

d'échelle de manière prolongée, et possibilité d'alterner les positions assis/debout une à deux fois par heure).

Par avis du 22 juin 2023, la Dre W._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 23 février 2021, tandis qu'elle était complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées depuis le 30 mars 2023.

Par projet de décision du 23 juin 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2022 au 30 juin 2023.

Par pli du 18 août 2023, complété le 22 septembre 2023, l'assuré a transmis ses objections à l'OAI, indiquant que ses douleurs au dos ne s'étaient aucunement améliorées depuis sa demande de prestations du 29 septembre 2021, malgré plusieurs infiltrations et séances de physiothérapie, et qu'elles tendaient au contraire à s'intensifier avec le temps, avec désormais la prise quotidienne d'antidouleurs et d'anti-inflammatoires. Il en voulait pour preuve qu'il avait été contraint de cesser, après trois jours seulement, un stage entrepris au début du mois d'août 2023 dans le cadre de l'assurance-chômage, stage qui était pourtant adapté à ses limitations fonctionnelles. Il en déduisait qu'il n'était pas apte à travailler à temps plein à compter du 30 mars 2023.

Par décision du 16 novembre 2023, l'OAI a confirmé en tout point son projet de décision.

B. Par acte du 3 janvier 2024, F._____, agissant désormais par son mandataire, Me Yvan Henzer, a déféré la décision du 16 novembre 2023 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa

réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} mars 2022 sans limitation dans le temps, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour réexamen et mesures d'instruction complémentaires dans le sens des considérants. Il faisait valoir que les documents sur lesquels se fondait l'OAI, singulièrement les rapports des Drs O._____ et X._____, n'étaient pas suffisants. Au regard des limitations fonctionnelles retenues et compte tenu du fait qu'il ne pouvait effectuer, en raison de son manque de formation, que des tâches manuelles, il ne voyait pas quel emploi il pourrait encore occuper. Des IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire et cervicale effectuées le 6 décembre, respectivement le 14 décembre 2023, montraient par ailleurs de multiples lésions dans ces régions, signes d'une aggravation de son arthrose. L'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 26 février 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 5 avril 2024, l'assuré a informé la Cour qu'il avait consulté le Dr Z._____, spécialiste en neurochirurgie, lequel avait posé, dans un rapport du 19 mars 2024, les diagnostics de lombalgies et de cervicalgies chroniques dans le cadre d'une problématique inflammatoire et dégénérative. Il a également produit un rapport du 21 février 2024 adressé par la Dre O._____ à la Direction générale de l'emploi et du marché du travail, lequel mentionnait qu'une reprise partielle ou totale dans une activité adaptée n'était pas envisageable en raison de lombalgies hyperalgiques permanentes et des séquelles douloureuses en lien avec une fracture multiple du pied droit. Il a par ailleurs précisé que cette autorité avait considéré que son incapacité de travail était définitive.

Par duplique du 14 mai 2024, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Selon un avis du 29 avril 2024 de la Dre W._____, du SMR, les atteintes du pied droit étaient déjà connues et avaient été prises en compte lors de la première demande de prestations ; quant à l'atteinte

rachidienne, elle avait été prise en compte par le médecin traitant de l'assuré, lequel avait attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée, et la modification alléguée de la situation rachidienne n'était corroborée par aucun status clinique détaillé.

A l'appui de ses déterminations du 30 juillet 2024, l'assuré a produit deux rapports des 28 mai et 29 juillet 2024 du Dr U._____, spécialiste en anesthésiologie, lequel estimait qu'une reconversion dans une activité physique, même légère, ne semblait pas possible et confirmait que l'incapacité de travail était totale, y compris dans une activité adaptée, en raison des douleurs importantes, surtout au niveau cervical.

Dans ses déterminations du 7 août 2024, l'OAI a confirmé ses précédentes écritures, s'en remettant par ailleurs à dire de justice quant à la nécessité de mettre en œuvre une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. Il relevait que la Dre O._____ tenait des discours contradictoires dans ses attestations médicales des 5 mai 2023 et 21 février 2024 et que le Dr U._____ se fondait pour l'essentiel sur les plaintes de l'intéressé.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 juin 2023.

3. a) 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). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande de prestations le 29 septembre 2021 et l'intimé, par décision du 16 novembre 2023, lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2022 au 30 juin 2023. Le droit dans sa teneur à compter du 1^{er} janvier 2022 est dès lors applicable.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et

qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 atteint dans sa santé 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) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, 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). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en

particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. En l'espèce, le recourant souffre de rachialgies chroniques dans le cadre de troubles disco-dégénératifs pluri-étagés du rachis cervico-dorso-lombaire, auxquelles s'ajoute une problématique liée à une obésité.

a) Il est incontesté que celui-ci dispose d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'ouvrier en atelier. L'office intimé estime qu'il dispose en revanche d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de port de charges de plus de 5 kg de manière régulière ou de 10 kg de manière ponctuelle, de mouvements répétitifs du dos en porte-à-faux, de marche, de montée ou de descente d'escaliers d'échelle de manière prolongée, et possibilité d'alterner les positions assis/debout une à deux fois par heure) à compter du 30 mars 2023. De son côté, le recourant estime que cette capacité de travail est surévaluée et requiert un complément d'instruction, notamment la mise en œuvre d'une expertise.

b) Cela étant, la Cour de céans observe que la décision rendue par l'intimé, le 16 novembre 2023, se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise du 2 août 2022 du Dr X._____ et le rapport du 5 mai 2023 de la Dre O._____, desquels il ressort, en substance, que le recourant disposerait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de port de charges de plus de 5 kg de manière régulière ou de 10 kg de manière ponctuelle, de mouvements répétitifs du dos en porte-à-faux, de marche, de montée ou de descente d'escaliers d'échelle de manière prolongée, et possibilité d'alterner les positions assis/debout une à deux fois par heure) depuis le 30 mars 2023. Il convient toutefois de relever que l'état de santé du recourant semble avoir évolué depuis la rédaction de ces rapports. En effet, l'IRM lombaire du 6 décembre 2023 (cf. rapport du même jour du Dr B._____, spécialiste en radiologie) fait état de

discopathies débutantes en L2-L3, L3-L4 et L4-L5, d'une bursite interépineuse L4-L5 et de remaniements dégénératifs des sacro-iliaques avec surcharge associée à gauche. Surtout, l'IRM cervicale réalisée le 14 décembre 2023 (cf. rapport du même jour du Dr S. _____) a mis en évidence, en particulier, des discopathies avec débords discostéophytaires circonférentiels au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7 (et à moindre degré C7-D1), responsables de rétrécissements canaux surtout à hauteur C4-C5 et C5-C6, ainsi que des rétrécissements neuro-foraminaux pluri-étagés de composition mixte (sur les débords disco-vertébraux et hypertrophie des éléments postérieurs) du côté gauche, de C2-C3 jusqu'à C6-C7 et, du côté droit, de C3-C4 jusqu'à C5-C6. Or, il ne peut pas d'emblée être exclu que de telles affections conduisent - seules ou conjuguées aux affections lombaires - à de nouvelles limitations fonctionnelles ou, à tout le moins, à une aggravation de celles déjà retenues. Bien que ces IRM soient postérieures à la décision attaquée, il ne fait aucun doute, compte tenu de la nature des lésions observées, que ces dernières étaient déjà présentes au moment où l'intimé a rendu sa décision. Il convient par ailleurs de s'étonner qu'aucune investigation médicale complémentaire n'ait été requise au niveau de la colonne cervicale jusqu'à l'IRM du 14 décembre 2023, ce alors même que plusieurs documents médicaux, en particulier l'expertise du 2 août 2022 du Dr X. _____ et le rapport du 17 août 2022 du Dr G. _____, antérieurs à la décision attaquée, attestaient d'une symptomatologie douloureuse à cet endroit, et qu'une IRM dorso-lombaire des 11 janvier et 26 juillet 2022, mentionnée par le Dr X. _____ dans son rapport d'expertise du 2 août 2022, faisait déjà état de discopathies C4-C5. Il appert ainsi que l'évaluation de la capacité de travail retenue par l'office intimé, en tant qu'elle se fonde sur des constatations médicales incomplètes, voire inexactes, est sujette à caution. Elle s'avère de surcroît peu cohérente au regard de la situation personnelle du recourant, lequel a été contraint de mettre un terme, après trois jours seulement, à un stage, pourtant adapté à ses limitations fonctionnelles, en raison d'une péjoration de son état de santé (cf. rapport final du 11 août 2023 de la Fondation V. _____).

c) Pour le surplus, il sied d'ajouter que la marche sur terrains irréguliers, retenue à titre de limitation fonctionnelle à la suite de l'accident du 23 juin 2014, n'a pas été reprise, alors même que plusieurs rapports médicaux font toujours état de séquelles douloureuses incapacitantes au niveau du pied droit (cf. rapports du 21 juin 2021 du Dr M. _____ et du 13 juin 2022 de la Dre O. _____).

d) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que l'instruction médicale diligentée par l'office intimé est lacunaire. Il convient dès lors de renvoyer la cause audit office pour qu'il procède à une instruction complémentaire, le cas échéant, avec la mise en œuvre d'une expertise indépendante, afin de déterminer si les atteintes au niveau de la colonne cervicale sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail du recourant.

7. De surcroît, l'intimé ne pouvait, compte tenu de l'âge du recourant, mettre fin au versement de la rente entière d'invalidité au 30 juin 2023, sans avoir, au préalable, examiné si celui-ci avait concrètement besoin de mesures d'ordre professionnel.

a) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a

recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

b) En l'occurrence, il est constant que le recourant était âgé de 56 ans au moment où la décision litigieuse lui supprimant le droit à la rente entière d'invalidité a été rendue. Il incombait dès lors à l'office intimé d'examiner, au regard de la situation concrète du recourant, si des mesures d'ordre professionnel étaient indiquées pour assurer sa réinsertion sur le marché du travail. Or on cherche, en vain, au dossier une trace d'une quelconque démarche en ce sens. A cet égard, on ne saurait se contenter des exemples (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) mentionnés par l'intimé dans la motivation de sa décision. C'est d'autant moins suffisant que ces exemples ne tiennent pas compte, en particulier, des atteintes du recourant au niveau de la colonne cervicale. De surcroît, aucun élément au dossier ne suggère que le recourant se serait d'emblée opposé à la mise en œuvre de telles mesures.

8. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise est sans objet.

9. a) En définitive, le recours doit être admis. La décision rendue le 16 novembre 2023 par l'office intimé est annulée, la cause étant renvoyée à cet organisme pour complément d'instruction, puis nouvelle décision au sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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 l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) Le requérant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient de fixer cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'office intimé (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

d) Le requérant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office, de sorte que l'on peut renoncer, en l'état, à fixer cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 16 novembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton versera à F._____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yvan Henzer (pour F. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :