

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 février 2024

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Durussel et M. Wiedler, juges  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_, né le [...] (ci-après : l'assuré ou le recourant), célibataire, au bénéfice d'un CFC de réparateur d'automobiles, avait bénéficié de mesures professionnelles de l'assurance-invalidité, ensuite de quoi son dossier avait été archivé en 1998, car il avait effectué son reclassement à satisfaction, sans droit à une rente.

Par formulaire du 24 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué avoir travaillé dans un garage automobile de 1993 à 1997 et dans la restauration de 1997 à 2016, ensuite de quoi il avait émargé à l'aide sociale. Il souffrait de maux de dos graves depuis 2013. Il a joint un certificat d'incapacité totale de travail délivré par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, dès le 3 avril 2018.

Interpellé par l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 23 novembre 2018, que l'assuré souffrait d'un trouble du développement et des acquisitions scolaires (F81.9) depuis l'enfance, d'un syndrome de dépendance alcoolique (F10.26) depuis avant 2008, de lombalgies récidivantes d'origine non spécifique depuis 2000, d'obésité de grade II depuis 2000 et de gonalgies sur gonarthrose depuis 2000. Il suivait un traitement médicamenteux et une physiothérapie. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges de plus de 8 kg, les positions en porte-à-faux du buste ou statique prolongée, la marche en terrain instable ou l'utilisation fréquente d'échelles ou d'escaliers, un périmètre de marche réduit à 200 mètres, des difficultés de concentration, d'apprentissage et une résistance au stress limitée. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle depuis avril 2018 et elle était de 20 % dans une activité adaptée depuis lors. Le médecin avait prescrit un arrêt de travail à 100 % du 3 avril 2018 au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Par avis du 26 février 2020, le Service médical régional de Suisse romande de l'OAI (ci-après : le SMR) a relevé que l'activité

habituelle n'était pas clairement définie et qu'il fallait investiguer l'évolution médicale récente.

Par rapport du 10 août 2020, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de son patient depuis son dernier rapport consistait principalement en un syndrome coronarien aigu sur maladie coronarienne sévère des trois vaisseaux nécessitant un triple pontage aorto-coronarien le 8 mai 2020, compliqué d'une plaie infectée en post-opératoire avec une évolution lentement favorable. Les suites étaient marquées essentiellement par une dyspnée d'effort aggravée ainsi qu'une tuméfaction du membre inférieur gauche douloureux à la suite de l'ablation du greffon veineux. Il notait toujours une consommation d'alcool à risque avec un épisode aigu le 2 juillet 2020. L'assuré bénéficiait d'une physiothérapie de réhabilitation ; les lombalgies et gonalgies avaient légèrement diminué. Il vivait chez ses parents qui partaient assez régulièrement en [...] pour plusieurs mois, il faisait des promenades dans son quartier, écoutait de la musique et lisait des journaux. Il n'utilisait pas d'ordinateur et n'avait pas de hobby particulier. Le diagnostic précis au niveau lombaire était difficile à déterminer ; il s'agissait de lombalgies récidivantes non spécifiques, favorisées par l'obésité et le déconditionnement physique ; une radiographie de la colonne du 2 mai 2018 ne montrait pas de lésion particulière. Le diagnostic précis au niveau des genoux se basait sur l'anamnèse et la clinique, un bilan radiologique récent n'avait pas été effectué. Les limitations fonctionnelles étaient inchangées, hormis le périmètre de marche qui était amélioré et étendu à 1 km environ désormais, grâce à l'augmentation de l'exercice physique. Il avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 31 octobre 2020 en l'état. Sur le plan professionnel, l'assuré avait travaillé autrefois dans des activités simples supervisées et répétitives, avec un encadrement important, particulièrement lors de son travail en tant qu'aide-mécanicien, dans lequel il entretenait un rapport quasi familial avec son patron, qui était une connaissance. Désormais, la principale raison pour laquelle il n'envisageait pas de reprendre une profession était un manque total de motivation, se sentant encore plus affaibli dans sa santé à la suite de son triple pontage aorto-coronarien. La physiothérapie et le traitement

médicamenteux se poursuivaient, avec une très bonne compliance. Le Dr W.\_\_\_\_\_ n'avait pas effectué de consilium rhumatologique ni psychiatrique et l'assuré avait refusé à plusieurs reprises de consulter un centre d'alcoologie.

Par rapport du 19 octobre 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a indiqué que la dyspnée et le gonflement du membre inférieur gauche de l'assuré étaient en investigation et qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions concernant la capacité de travail. Il notait au status des fonctions cardiaques globales normales.

Par avis médical du 11 décembre 2020, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 12 avril 2021, le centre d'évaluations de J.\_\_\_\_\_ (ci-après : la J.\_\_\_\_\_), mandaté par l'OAI, a transmis à ce dernier son rapport d'expertise pluridisciplinaire, diligentée par les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur le plan de la médecine interne, l'experte I.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics une obésité de grade II, une hypertension artérielle, un diabète de type 2, ainsi qu'une maladie coronarienne sévère des trois vaisseaux avec sténose, et un œdème à la jambe gauche en lien avec l'intervention de pontage. Elle a également noté des antécédents de tabagisme actif, sevré dix ans auparavant. Sur le plan ostéoarticulaire, l'experte D.\_\_\_\_\_ a retenu des lombalgies chroniques non spécifiques et des gonalgies bilatérales, excluant une gonarthrose. Sur le plan psychiatrique, l'expert V.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics une dépendance à l'alcool active, avec des symptômes physiques (F10.241, avec diminution de la quantité), des troubles des acquisitions scolaires (F81.9, anamnestiquement) et une accentuation de certains traits de la personnalité de type anxieux-évitant, dépendant et impulsif (Z73.1), qui n'atteignaient pas le degré d'un trouble maladif de la personnalité ou d'un trouble anxieux spécifique grave. Les experts considéraient que la profession de mécanicien automobile n'était plus

exigible. Dans une activité adaptée, la capacité de travail, le temps de présence et le rendement étaient entiers à compter de trois mois après la revascularisation cardiaque, à savoir en août 2020. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges de plus de 10 kg de manière répétitive et les positions astreignantes pour le dos. Il faudrait actualiser l'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte cardiaque, en fonction des résultats de la coronarographie, qui était prévue après l'expertise.

Par rapport du 29 juin 2021, le SMR a estimé que l'expertise était convaincante et qu'il y avait lieu de retenir une incapacité totale de travail temporaire, en lien avec l'atteinte cardiaque, jusqu'au mois d'août 2020. Dès la fin de sa convalescence post-pontage, l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée. L'éventuelle aggravation de son état de santé en raison de son atteinte cardiaque, si elle était documentée, pourrait mener à une révision de la situation, sur demande de l'assuré.

Par projet de décision du 8 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 30 novembre 2020. A partir du 8 août 2020, il avait présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, tel un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ou ouvrier à l'établi dans le conditionnement. Le degré d'invalidité, comprenant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, s'élevait à 10 % et le droit à la rente n'était pas ouvert. Il n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel.

Par courrier du 27 août 2021, l'assuré s'est déterminé sur le projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil d'alors, M. Bernard Zahnd, docteur en droit à Lausanne. Il a contesté l'amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail dès le 8 août 2020 et a indiqué souffrir de troubles du sommeil, probablement dus à sa médication. Il a demandé une nouvelle évaluation médicale.

Par courrier du 26 octobre 2021 entre autres, l'assuré, sous la plume de son conseil, a complété ses observations sur le projet de décision et demandé un nouveau rapport du SMR. Il a produit des rapports du Dr W.\_\_\_\_\_, desquels il ressortait qu'il souffrait toujours des conséquences du triple pontage aorto-coronarien du 8 mai 2020, qu'il avait de la peine à marcher sur des distances moyennes en raison d'un œdème douloureux du membre inférieur gauche, ainsi que d'une gonarthrose bilatérale et de lombalgies sur trouble de la sciatique. Il présentait également des difficultés de concentration, ainsi que pour faire face à des situations imprévues, dans le cadre des suites de ses difficultés d'acquisition scolaires depuis l'enfance. La reprise de son activité d'aide-garagiste n'était plus envisageable, car cette activité était physiquement et psychiquement trop lourde (cf. rapport du 30 septembre 2021).

Par décision du 5 janvier 2022, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à l'assuré, conformément à son projet de décision. L'OAI a également répondu aux déterminations par un courrier au conseil de l'assuré du 16 novembre 2021, qui fait partie intégrante de la décision. La contestation n'apportait pas d'élément pertinent pouvant modifier sa position et un examen auprès du SMR ne se justifiait pas.

**B.** Par acte du 8 février 2022 (date du timbre postal), F.\_\_\_\_\_, toujours représenté par M. Zahnd, a formé recours à l'encontre de la décision précitée, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a contesté le caractère temporaire de la rente et fait valoir l'évolution de son atteinte cardiaque. Il avait effectué plusieurs contrôles cardiologiques en 2020, une IRM de stress le 19 février 2021 et une coronarographie le 26 mars 2021. Même s'il avait bien toléré le pontage, il bénéficiait d'un suivi cardiologique fréquent et nécessaire, afin d'éviter tout nouvel accident cardiaque. En 2021, il avait eu des rendez-vous de contrôle les 28 janvier, 19 février et 26 mars, soit à un rythme mensuel.

Dès lors qu'il devait se soumettre régulièrement à un protocole médical astreignant l'empêchant de vaquer à une activité professionnelle régulière, il n'était pas exigible qu'il concilie les exigences de son suivi médical avec l'exercice d'une activité professionnelle, même réduite. Il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. A l'appui de son recours, il a produit plusieurs rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_, comme suit :

- Un rapport du 28 janvier 2021, indiquant les résultats du contrôle radiologique réalisé le même jour, à la demande du patient, car il ressentait une douleur thoracique depuis quelques jours. L'examen ne mettait pas en évidence de décompensation cardiaque, le profil tensionnel était normal. L'électrocardiogramme de repos objectivait un rythme sinusal régulier normocarde et un intervalle QTc allongé. L'échographie transthoracique était rassurante et le reste de l'examen était sans particularité. Au vu de la symptomatologie et de la maladie coronarienne sévère, il avait été convenu de réaliser une IRM cardiaque de stress.
- Un rapport du 19 février 2021, indiquant que l'IRM avait montré un léger défaut de perfusion inférieur basal et qu'il avait décidé de réaliser une nouvelle coronarographie, principalement afin d'évaluer l'état du pontage veineux.
- Un rapport du 23 mars 2021, informant la Dre I.\_\_\_\_\_ de la J.\_\_\_\_\_ des derniers développements précités. Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, si la coronarographie prévue ne montrait pas de lésion significative, il n'y avait pas de claire limitation fonctionnelle dans une activité professionnelle, même s'il convenait de tenter d'éviter le port de charges importantes.
- Un rapport du 31 mars 2021 adressé au Dr W.\_\_\_\_\_, selon lequel la coronarographie s'était avérée rassurante avec notamment une bonne perméabilité des trois pontages. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ ajoutait qu'il avait pu être rassurant envers le patient et qu'il proposait un contrôle à une année, ou plus tôt si le Dr W.\_\_\_\_\_ le jugeait nécessaire.

Par décision du 31 mars 2022, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 8 février 2022, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Par réponse du 5 mai 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

Par courriers des 30 septembre et 7 décembre 2022, le recourant a produit une attestation d'hospitalisation du 8 au 16 août 2022 (Service de médecine interne du H.\_\_\_\_\_, ci-après : le H.\_\_\_\_\_) et un certificat de la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, daté du 22 novembre 2022. Elle indiquait qu'elle suivait le recourant depuis le 10 octobre 2022 et qu'il était difficile de se prononcer par rapport à son état de santé, car les investigations étaient encore en cours et que la prochaine consultation aurait lieu en décembre 2022.

Par courrier du 5 avril 2023, M. Zahnd a informé la Cour de céans de la cessation de ses activités et de la fin de son mandat pour le recourant.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

### **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]), au vu de l'enveloppe qui contenait la décision, affranchie en courrier B le 6 janvier 2022 (pièce n° 1 de l'onglet produit à l'appui du recours) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 125 V 413 consid. 2d).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019. En effet, le pouvoir d'examen de la Cour de céans s'étend à la période depuis le début du droit à la rente, puisque la décision attaquée porte sur l'octroi d'une rente limitée dans le temps et simultanément sur sa suppression.

**3.** 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<sup>er</sup> 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 antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, même si la décision entreprise a été rendue le 5 janvier 2022, le droit à la rente pouvait naître - et il est né - le 1<sup>er</sup> avril 2019. Ce mois correspond à l'échéance du délai d'attente matériel de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (*cum* art. 29 al. 3 LAI). L'incapacité de travail du recourant a en effet été attestée à compter du 3 avril 2018 (cf. rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2018). Le moment de l'amélioration de sa capacité de gain, en août 2020, est également antérieur à la nouvelle (TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Dès lors, le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. C'est ainsi à l'ancien droit qu'il est fait référence au sein du présent arrêt.

**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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGGA).

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 ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.1 et les références).

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 133 V 263 consid. 6.1 ; 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris

en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

**6. a)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références).

**b)** Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références). De surcroît, il convient d'analyser le

contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

**7.**           **a)** En l'espèce, les parties s'accordent sur la date du début du droit à la rente, en avril 2019, et sur l'incapacité totale de travail du recourant dès le 3 avril 2018. Compte tenu des pièces au dossier, la Cour de céans ne voit pas de motif de revenir sur l'octroi d'une entière

d'invalidité au recourant du mois d'avril 2019 au mois de novembre 2020 compris. Il est également constant que l'activité habituelle d'aide-mécanicien sur automobiles n'est plus exigible depuis le début de l'incapacité de travail. En revanche, le recourant conteste l'amélioration de son état de santé, de sa capacité de travail et de gain trois mois après le triple pontage aorto-coronarien dont il a bénéficié le 8 mai 2020. Cette amélioration a conduit à la suppression de son droit à la rente d'invalidité le 30 novembre 2020.

Pour rendre sa décision du 5 janvier 2022, l'OAI s'est essentiellement fondé sur l'expertise diligentée par la J.\_\_\_\_\_ et son rapport du 12 avril 2021. Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise, à l'aune des critères jurisprudentiels idoines.

**b)** Sur le plan formel, l'expertise n'appelle pas de remarque particulière et le recourant n'a formulé aucune critique.

**c)** Sur le fond, l'expertise de la J.\_\_\_\_\_ réunit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il ressort du rapport du 12 avril 2021 que les experts ont synthétisé le dossier médical, en reprenant l'ensemble du contenu du dossier de l'OAI et en résumant les rapports des différents médecins. Ils ont également recueilli des documents de la part de l'expertisé, à savoir le rapport opératoire de chirurgie cardiaque du 8 mai 2020, un rapport d'échographie transthoracique du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 30 avril 2020 et un courrier de ce dernier médecin au Dr W.\_\_\_\_\_, lui communiquant les résultats d'une IRM et organisant une coronarographie rapidement, agendée au 26 mars 2021 (produit en pièce 3 de l'onglet accompagnant le recours). Les experts ont chacun établi l'anamnèse actuelle, systématique, familiale et héréditaire, scolaire, professionnelle et sociale du recourant. Ils ont retracé le déroulement détaillé et la représentation d'une journée-type du recourant. Ils ont listé le traitement actuel, les habitudes dont l'ancienne tabagie et la consommation actuelle d'alcool. Ils ont procédé

aux examens cliniques personnellement et conformément à leur spécialité. Ils ont rapporté les plaintes et noté qu'elles concernaient surtout l'atteinte cardiaque (p. 6 du rapport, volet consensuel). Les experts se sont concertés par le biais d'un agenda original lors du séjour de l'assuré à la J.\_\_\_\_\_, permettant des échanges constants, avant, pendant et après chaque bilan. Ils ont ainsi dressé la partie consensuelle de l'expertise. Ils ont chacun listé et motivé les diagnostics qu'ils retenaient et expliqué les raisons pour lesquelles ils en écartaient d'autres, ce qui sera détaillé ci-après. Ils ont ensuite formulé leurs observations et constatations, en ont tiré leurs appréciations individuelles puis consensuelles, de manière cohérente et motivée. Ils ont enfin répondu aux questions posées par l'OAI. Il n'y a pas de lacune dans ce travail d'expertise.

**d)** Plus particulièrement, sur le plan somatique, l'experte I.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics un syndrome métabolique, avec une obésité de grade II, une hypertension artérielle, un diabète de type 2, des antécédents de tabagisme, ainsi qu'une maladie coronarienne sévère des trois vaisseaux avec sténose, et un œdème à la jambe gauche en lien avec l'intervention de pontage. Elle a également noté des antécédents de tabagisme actif, sevré dix ans auparavant. L'expertisé a indiqué, lors de la description de son quotidien, avoir repris la marche, à raison de 3 à 6 km par jour (p. 6 du rapport, volet consensuel). L'experte rhumatologue D.\_\_\_\_\_ a pour sa part retenu des lombalgies chroniques non spécifiques et des gonalgies bilatérales, excluant une gonarthrose.

L'experte en médecine interne, la Dre I.\_\_\_\_\_, a relevé que la plainte principale exprimée par l'assuré concernait l'anxiété en lien avec sa maladie cardiaque. Elle a procédé à l'examen clinique et noté ses constatations (examen général, status cardiovasculaire, status respiratoire, status digestif, status neurologique). Aucune restriction à visée cardiaque n'avait été émise par le cardiologue référent et la fonction cardiaque était décrite comme normale. Le syndrome métabolique et les pathologies qui l'accompagnaient n'imposaient pas, à elles seules, des

restrictions au regard d'une activité lucrative (p. 13 du rapport, partie consensuelle). Les différentes pathologies étaient bien objectivées.

L'experte D. \_\_\_\_\_ a pris connaissance des radiographies de la colonne lombaire de mai 2018 et indiqué que les corps vertébraux étaient alignés, qu'il n'y avait pas d'anomalie transitionnelle et pas de trouble statique. Il existait une minime discopathie L5-S1 et les sacro-iliaques étaient sans particularité (p. 4 du volet rhumatologique du rapport d'expertise). Elle a fait réaliser des radiographies des genoux, et relevé qu'il n'y avait pas de pincement fémoro-tibial ni fémoro-patellaire ou de calcification méniscale (idem). Elle a rappelé le contenu des rapports du médecin traitant, en particulier ses positions diagnostiques (p. 2 du volet rhumatologique du rapport d'expertise). Lors de l'entretien, l'assuré a affirmé que s'il ne souffrait que du dos et n'avait pas de problèmes cardiaques, il pourrait travailler, à 50 % selon lui (p. 2 du volet rhumatologique du rapport d'expertise). La Dre D. \_\_\_\_\_ a consigné ses observations et constatations cliniques, pour le rachis, ainsi que pour les membres inférieurs et supérieurs. Elle a noté un comportement douloureux et la présence de 4 signes de Waddell sur 5 pour la lombalgie (p. 5). Elle retrouvait également des discordances lors des tests de force, qui ne trouvaient pas d'explication objective. Compte tenu de l'anamnèse, de l'imagerie et de l'examen clinique, elle retenait donc des lombalgies chroniques non spécifiques. S'agissant des gonalgies, l'examen clinique avait également été marqué par de nombreuses résistances lors de la mobilisation. Il n'y avait pas d'épanchement et les radiographies étaient normales. L'assuré se plaignait de scapulalgies, sans qu'il n'y ait de signe d'atteinte de la coiffe des rotateurs ni de limitations en passif des amplitudes articulaires des épaules. L'experte retenait des anomalies banales qui n'expliquaient pas le comportement douloureux démonstratif de l'assuré, sans que ce dernier n'ait cherché à majorer ses douleurs de façon consciente. Il s'était montré anxieux et collaborant dans le reste de l'expertise. Ainsi, l'experte D. \_\_\_\_\_ a considéré que du point de vue purement rhumatologique, il n'existait pas d'atteinte propre à expliquer l'éloignement durable du marché du travail, même si dans l'activité habituelle de mécanicien automobile, on pouvait retenir des limitations

fonctionnelles d'épargne du rachis (port de charges limité à 10 kg et positions astreignantes pour le dos).

De manière consensuelle, les expertes somaticiennes ont estimé que l'atteinte de l'appareil musculosquelettique sous forme de lombalgies chroniques non spécifiques et gonalgies bilatérales ne constituait pas une atteinte sévère à la santé physique. Depuis l'arrêt de l'activité de mécanicien en 2014, les doléances de l'assuré ne s'étaient pas franchement améliorées. La minime discopathie L5-S1 pouvait justifier tout au plus une limitation du port de charges répétitif à 10 kg et des positions astreignantes pour le dos. La coronaropathie diagnostiquée en 2020 avait bénéficié d'un traitement interventionnel de revascularisation en mai 2020, permettant d'éviter l'évolution vers une insuffisance cardiaque. Les limitations qu'elle induisait recoupaient celles du rachis. Il conviendrait d'actualiser l'appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte cardiaque à la lumière des résultats de la coronarographie, notamment si une lésion coronarienne significative était mise en évidence.

**e)** Sur le plan psychiatrique, l'expert V.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics une dépendance à l'alcool active avec des symptômes physiques (F10.241, avec diminution de la quantité) et des troubles des acquisitions scolaires (F81.9, anamnestiquement). Il a retenu une accentuation de certains traits de la personnalité de type anxieux-évitant, dépendant et impulsif, depuis l'adolescence (Z73.1), qui n'atteignaient pas le degré d'un trouble maladif de la personnalité ou d'un trouble anxieux spécifique grave. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé que le dossier ne contenait pas de documents relevant de sa spécialité. Il a retranscrit les diagnostics et constats posés par le médecin traitant, le Dr W.\_\_\_\_\_. Les plaintes exprimées étaient, auprès de cet expert également, principalement celles en lien avec l'atteinte cardiaque et l'anxiété qu'elle induisait. L'expert a recueilli la description du quotidien de l'assuré et relaté ses constatations et observations. En particulier, l'assuré n'avait montré aucun symptôme de la lignée dépressive. En revanche, l'expert avait observé une tendance aux réactions anxieuses avec des manifestations neurovégétatives sous forme de sudations, en lien avec sa maladie cardiaque et son ancienne

relation amoureuse. Sur le plan de la personnalité, le Dr V.\_\_\_\_\_ a mis en évidence des traits émotionnellement dépendants, impulsifs, anxieux évitants, en combinaison avec un côté sociable affirmé, le tout comblé avec un abus d'alcool régulier de très longue date. L'accentuation de certains traits de la personnalité n'atteignait pas le degré d'un trouble maladif dans le sens des critères stricts de la CIM10 (F60 ou 61), car ces traits n'avaient pas eu pour conséquence un dysfonctionnement grave dans plusieurs domaines importants de la vie, tels que la vie familiale, professionnelle ou amicale. Le côté anxieux, probablement présent depuis toujours, était accentué depuis l'apparition d'une maladie cardiovasculaire en 2019, sans que l'on puisse parler d'un trouble anxieux spécifique grave (F40 ou 41), les appréhensions par rapport à sa maladie cardiaque ayant tout à fait une base objective et étant justifiées. Il n'y avait ainsi pas de maladie grave du domaine psychiatrique. Il n'y avait pas de séquelle cérébro-organique irréversible de la dépendance à l'alcool. Le Dr V.\_\_\_\_\_ considérait qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail ni de limitation fonctionnelle sur le plan psychique. Une prise en charge en alcoologie était désirable et exigible, néanmoins elle n'aurait pas d'incidence sur la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique. L'expert a estimé que le tableau observé était cohérent et plausible et que l'assuré présentait un contexte social rassurant, avec une bonne intégration dans sa famille d'origine élargie et un cercle social stable.

Quant aux ressources, l'assuré était foncièrement stable dans sa manière d'être (p. 8 de la partie psychiatrique). De manière consensuelle, les experts ont retenu que l'assuré disposait d'un contexte social rassurant, avec une famille très présente, aidante, ainsi qu'un réseau social très large et préservé. Sa psycho-structure intrinsèque et son fonctionnement étaient restés globalement stables en dépit d'une anxiété élevée. Il était doté d'une formation professionnelle. Il avait été élevé dans le respect des valeurs familiales, sociétales et professionnelles. Toutefois, sa réinsertion professionnelle allait se heurter à sa profonde conviction que son travail de mécanicien avait altéré son rachis et ses genoux. Sa problématique cardiaque ne lui semblait compatible qu'avec une activité légère. Cependant depuis 2014, ses tentatives de rejoindre le

monde du travail semblaient vouées à l'échec et ses ressources n'avaient pas pu être valorisées sous l'angle professionnel. Il était tout à fait autonome et sa vie quotidienne n'était pas impactée par ses pathologies (p. 15 de la partie consensuelle).

Le volet psychiatrique de l'expertise contient ainsi un examen des indicateurs jurisprudentiels indoines (consid. 6c *supra*). Le Dr V.\_\_\_\_\_ a particulièrement détaillé son analyse de la personnalité, du fonctionnement, du contexte social et des ressources du recourant.

**f)** Quant aux avis des médecins traitants du recourant, il s'agit tout d'abord de rappeler que les rapports postérieurs à la décision entreprise sont irrecevables, dans la mesure où ils concernent une situation postérieure à l'état de fait déterminant (cf. consid. 5c *supra*).

Ainsi, les rapports de la Dre P.\_\_\_\_\_ et d'hospitalisation au H.\_\_\_\_\_ n'entrent pas dans l'état de fait déterminant de la présente cause, car ils sont postérieurs à la décision entreprise. On ne connaît pas la cause de l'hospitalisation du recourant en août 2022, ni la raison des investigations médicales mentionnées par la Dre P.\_\_\_\_\_. On ne connaît pas davantage les éventuels effets de ces éléments sur la capacité de travail du recourant. Quoi qu'il en soit, le cas échéant, il sera loisible au recourant de faire valoir une éventuelle aggravation de son état de santé dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

**g)** Les médecins traitants du recourant qui se sont prononcés durant et au sujet de la période déterminante sont les Drs W.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il sied de déterminer si leurs rapports sont susceptibles de jeter le doute sur le rapport d'expertise de la J.\_\_\_\_\_, comme le soutient le recourant.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu, sur le plan psychique, un trouble du développement et des acquisitions scolaires, ainsi qu'un syndrome de dépendance alcoolique. Ces diagnostics correspondent à ceux retenus par l'expert V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Sur le plan psychique, aucun

élément au dossier ne contredit l'appréciation de l'expert. Le recourant n'a pas bénéficié d'un suivi et aucun autre médecin psychiatre ne s'est prononcé. Aucune limitation fonctionnelle liée au syndrome de dépendance n'est mentionnée au dossier. Le volet psychiatrique de l'expertise n'est ainsi pas remis en cause par les positions des médecins traitants.

Sur le plan somatique, le Dr W. \_\_\_\_\_ retenait comme diagnostics des lombalgies récidivantes d'origine non spécifique, une obésité de grade II et des gonalgies sur gonarthrose. Il estimait la capacité de travail à 20 % dans une activité adaptée (cf. son rapport du 23 novembre 2018), ceci avant la survenance de l'atteinte cardiaque et de l'opération qu'elle a nécessitée et sans motivation particulière. En effet, ce rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ mentionne des limitations fonctionnelles, principalement d'épargne du rachis, sans expliquer pour quelle raison la capacité de travail dans une activité légère, adaptée auxdites limitations, serait réduite à 20 %. Dans son rapport du 10 août 2020, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué la survenance de la maladie cardiaque et le fait que la radiographie de la colonne n'avait pas mis en évidence de lésion particulière. Il n'avait pas réalisé d'imagerie des genoux et basait son diagnostic à ce niveau sur l'anamnèse et la clinique. Il n'avait pas adressé son patient à un médecin rhumatologue. Selon ce médecin, la principale raison pour laquelle son patient n'envisageait pas de reprendre une activité professionnelle était un manque total de motivation. Or, un tel motif n'est à l'évidence pas suffisant sur le plan médical pour justifier une capacité de travail réduite. Le médecin n'a, là non plus, pas motivé de manière convaincante son estimation de la capacité de travail sur le plan médical. Dans son rapport du 26 octobre 2021, il a affirmé que l'exercice de l'activité habituelle d'aide-mécanicien n'était plus exigible, ce qui ne fait pas débat, comme on l'a vu. Les experts de la J. \_\_\_\_\_ ont tenu compte des rapports du Dr W. \_\_\_\_\_. L'experte D. \_\_\_\_\_ a fait réaliser des radiographies des genoux du recourant, ce qui lui a permis d'exclure le diagnostic de gonarthrose. Elle a rapporté des signes de discordance et retenu comme diagnostic, au niveau du dos, des lombalgies chroniques non spécifiques, de manière motivée et détaillée. Selon elle, du point de

vue rhumatologique, les atteintes n'expliquaient pas l'éloignement durable du marché du travail. Elle retenait des limitations d'épargne du rachis. A la lumière de ces éléments, les avis précédents du Dr W. \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à faire douter des conclusions de l'expertise de la J. \_\_\_\_\_, sur le plan somatique.

Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, le diagnostic qu'il a posé sur le plan cardiaque ne diffère pas de celui retenu par les experts de la J. \_\_\_\_\_. Il ne s'est dans un premier temps pas prononcé sur la capacité de travail du recourant (cf. rapport du 19 octobre 2020). Il ressort ensuite de ses rapports produits en phase judiciaire que son appréciation est en réalité congruente avec celle des experts. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a réalisé trois examens au début de l'année 2021, afin d'investiguer des douleurs thoraciques et de vérifier l'état du pontage veineux effectué l'année précédente. Il a indiqué à l'experte I. \_\_\_\_\_ que si la coronarographie ne montrait pas de lésion significative, il n'y avait pas de claire limitation fonctionnelle dans une activité professionnelle, même s'il convenait d'éviter le port de charges importantes (cf. son rapport du 23 mars 2021). Or, la coronarographie s'est avérée rassurante et le Dr Q. \_\_\_\_\_ a fixé le prochain contrôle une année plus tard (cf. son rapport du 31 mars 2021). Il appert donc que l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne contredit pas celui des experts de la J. \_\_\_\_\_. Il n'a pas indiqué que la capacité de travail du recourant serait limitée. De plus, dans leurs conclusions, les experts avaient émis une réserve, s'agissant des examens cardiologiques prévus, dont ils ne disposaient pas des résultats. Or, compte tenu des rapports du Dr Q. \_\_\_\_\_, notamment de celui qu'il a adressé à l'experte I. \_\_\_\_\_, l'incertitude résiduelle n'existe plus ; la réserve des experts peut être écartée et leurs conclusions suivies.

**h)** Par ailleurs, la fréquence du suivi et des examens médicaux, liés à la maladie cardiaque, dont se prévaut le recourant, ne paraît pas incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle, contrairement à ce qu'il prétend. Selon les pièces au dossier, ce suivi est prévu à raison d'une fois par année. En 2021, il s'est soumis à trois examens en trois mois, en début d'année, ce qui ne saurait à l'évidence

exclure toute capacité de travail. Ces examens se sont révélés rassurants et aucun élément médical au dossier ne soutient la thèse du recourant, selon laquelle il ne serait pas en mesure de travailler en raison de son suivi. Or, c'est le lieu de rappeler qu'afin de fixer le degré d'invalidité, l'administration, puis le juge se fondent sur des documents médicaux (consid. 5a *supra*). Les déclarations du recourant ne sauraient ainsi suffire à faire douter des conclusions dûment motivées et convaincantes des experts. Il en va de même de son allégation de troubles du sommeil, qui ne sont pas documentés et dont il ne semble pas s'être prévalu avant la procédure judiciaire. Le recourant a également fait valoir qu'il ne se sentait pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. L'art. 7 al. 2 LPGA précise toutefois que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de la personne assurée, mais de savoir si on peut objectivement attendre d'elle qu'elle surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé. En d'autres termes, pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif (ATF 135 V 215 consid. 7.2). Or, en l'occurrence, les médecins ont clairement reconnu qu'on pouvait attendre de lui la reprise d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles trois mois après la revascularisation de son cœur, et ceci, à plein temps.

**i)** Ainsi, l'expertise de la J.\_\_\_\_\_ est entièrement probante et l'OAI était fondé à se baser sur ses conclusions sur le plan médical. La capacité de travail du recourant s'est améliorée trois mois après l'opération du cœur dont il a bénéficié. A compter du mois d'août 2020, il était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**8. a)** Sur le plan économique, le recourant n'a pas élevé de critique particulière à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. Contrôlés d'office, les paramètres de calculs présentés dans la décision attaquée ne prêtent pas le flanc à la critique. Le degré d'invalidité calculé par l'intimé peut donc être confirmé ; il s'élève à 10 % dès le mois d'août 2020.

**b)** Au vu de son degré d'invalidité inférieur à 40 %, le droit à une rente d'invalidité est fermé pour le recourant trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain, à savoir à la fin du mois de novembre 2020 (cf. consid. 4b *supra*).

**10. a)** Au vu de ce qui précède, l'état de santé du recourant et ses conséquences sur sa capacité de gain ne lui ouvrent plus le droit à une rente d'invalidité après le mois de novembre 2020. L'intimé était ainsi fondé à rendre sa décision du 5 janvier 2022, d'octroi d'une rente entière limitée dans le temps et de sa suppression. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

**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 du recourant, vu l'issue du litige. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a, b et 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la

Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (DGAIC, auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**d)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 5 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas accordé de dépens.
  
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- M. F. \_\_\_\_\_,
- 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 :