

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Parrone, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Raphaël Guisan, avocat à Nyon,

et

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

Art. 8 al. 1, 29 al. 1, 49 al. 3, 60 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI ; 49 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en [...], marié et père de quatre enfants, est arrivé en Suisse en [...] comme requérant d'asile. Au bénéfice d'une formation de technicien agricole, il a travaillé comme serveur, puis chef de service aux [...] dès le 1^{er} août 2006.

Par formulaire du 18 octobre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'un mal de dos ayant justifié une incapacité de travail totale depuis le 27 mai 2016.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 23 décembre 2016, les [...] a indiqué que l'assuré avait travaillé à 100 % du 1^{er} août 2006 au 31 mai 2016, reporté au 30 novembre 2016 à la suite de son licenciement pour restructuration de l'effectif du personnel pour un salaire annuel de 69'000 fr. depuis le 1^{er} janvier 2014.

Dans un rapport du 18 octobre 2017, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches depuis 2015 et incapacitantes depuis mai 2016, d'hypertension artérielle [HTA] traitée, de broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO], de diabète non insulino-dépendant [NIDD], d'obésité, de status après trois cures de hernie ombilicale et de hernie discale C6-C7. Il a indiqué que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une activité adaptée serait possible sans charge ou max. 2-3 kg, sans se pencher en avant, sans tordre le tronc et en variant régulièrement les postures de travail. A son rapport étaient annexés des rapports des différents médecins traitants de l'assuré attestant notamment les diagnostics de hernie discale, de discopathie dégénérative, de BCPO de degré léger avec emphysème sévère avec trouble sévère de la diffusion libre du CO [DLCO] sur tabagisme actif et de récurrence de hernie ombilicale.

Par avis du 12 juin 2018, le Dr L._____, médecin praticien auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), a dressé la synthèse du dossier et a relevé qu'à ce stade de l'instruction la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %. Il a requis des informations supplémentaires concernant le volet pneumologique auprès de la Dre F._____, spécialiste en pneumologie, qui a indiqué, par retour de courrier indexé le 30 octobre 2018, n'avoir pas revu l'assuré depuis 2015.

Faisant suite à un avis du 3 décembre 2018 du Dr L._____ préconisant que des questions complémentaires soient adressées au Dr P._____ au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée, celui-ci a, dans un rapport du 5 avril 2019, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies communes et sciatalgies droites, de status après quatre cures de hernie ombilicale opérée en 2012, 2013, 2016 et 2017. Il a précisé qu'il n'y avait pas de péjoration au niveau pneumologique. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a indiqué que le patient se disait incapable de marcher plus de 10 à 15 minutes ou de garder quelque position que ce soit, surtout debout, plus d'une demi-heure sans en changer. En outre, son status après quatre cures de hernie ombilicale limitait le port de charges à 3 à 5 kg assez régulièrement et jusqu'à 10 kg très occasionnellement. Selon lui, la capacité de travail était de 0 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. A son rapport était joint un rapport de la Dre F._____ du 14 janvier 2019 posant notamment le diagnostic de BPCO de degré léger avec emphysème sévère avec trouble sévère de la DLCO sur tabagisme ancien arrêté en janvier 2016 (emphysème bulleux apical bilatéral et paraseptal et panlobulaire).

Dans un avis du 19 juin 2019, le Dr L._____ a conclu que l'atteinte incapacitante était d'ordre rhumatologique et que l'instruction devait être complétée par une expertise rhumatologique qui a été réalisée le 25 septembre 2019 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Ce médecin a retenu, dans son rapport du 2 octobre 2019, le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de

travail de dorsolombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs lombaires et cervicaux avec petite hernie discale L4-L5 gauche et hernie discale C6-C7 gauche. Il a également retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de méralgie paresthétique droite, d'obésité avec BMI à 32 et de status variqueux des membres inférieurs. Il a indiqué comme limitations fonctionnelles liées au rachis la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations. Selon lui, l'incapacité de travail était restée complète dans l'activité habituelle de chef de service dans une brasserie depuis le 27 mai 2016 mais elle était de 75 % dès cette date dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Faisant suite à un avis du 14 octobre 2019 du Dr L. _____ du SMR, les médecins traitants de l'assuré ont à nouveau été questionnés, dont notamment la Dre R. _____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, qui a indiqué, le 28 novembre 2019, que l'assuré devait pouvoir manger avec des horaires réguliers et avoir des pauses sans toutefois se prononcer sur sa capacité de travail, ne connaissant pas suffisamment le patient. Le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie, a constaté, dans un courrier du 19 décembre 2019, une péjoration de la hernie ombilicale qui allait être opérée et a précisé que les limitations fonctionnelles relatives à cette hernie étaient des troubles digestifs et des douleurs et que son estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée était bonne. Quant à la Dre F. _____, elle n'a pas donné suite au questionnaire de l'OAI.

Pour faire suite à un avis du 30 mars 2020 du Dr L. _____ du SMR, l'OAI a indexé, en septembre 2020, un rapport du Dr P. _____ du 5 avril 2019 [recte : 2020] qui indiquait que l'état de santé de l'assuré s'était caractérisé par l'apparition d'un diabète insulino-dépendant devenu NIDD par la suite grâce à une volonté de fer du patient qui avait très considérablement maigri, passant de 128 à 115 kg, puis 103 kg. Le Dr

P._____ a précisé que la capacité de travail était impactée par les lombosciatalgies et l'état de la paroi abdominale. Il a indiqué comme limitations fonctionnelles un port de charges de 3 kg maximum au vu du status abdominal avec si possible un travail régulier dans les horaires et exclusivement diurne au vu du diabète nouvellement présenté par l'assuré. Selon ce médecin, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % dans un premier temps pouvant ensuite évoluer à 75 % au bout de quelques mois une fois la réhabilitation au travail faite, eu égard à la durée considérable de l'arrêt de travail.

En date du 23 avril 2020, le Dr B._____ a indiqué une récurrence de la hernie ombilicale qui avait été corrigée par laparoscopie entraînant des douleurs et des troubles du transit limitant de manière importante les efforts (pas de port de poids).

Par avis du 16 octobre 2020, le Dr L._____ du SMR s'est rangé à l'avis du Dr P._____ en retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée avec possibilité d'augmenter à 75 % grâce à des mesures de réadaptation, avec les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 3 kg, pas de travail en porte-à-faux, statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, horaires réguliers, pas de travail de nuit et pas d'exposition aux produits irritant les voies aériennes respiratoires.

Il ressort d'un rapport initial du 26 mars 2021 que l'assuré a été opéré d'une hernie épigastrique le 15 février 2021 qui a entraîné des complications post-opératoires et une nouvelle intervention en urgence le 16 mars 2021 avec la pose d'un appareil « VAC » ainsi qu'une totale incapacité de travail subséquente.

Selon un rapport du 24 juin 2021 du Dr B._____, si l'assuré était actuellement guéri, il présentait une fragilité abdominale avec une limitation de port de charges à 10-15 kg. Ce rapport précisait que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail le 31 [recte : 30] juin 2021.

Par communication du 16 septembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les frais pour une mesure d'accompagnement/coaching auprès de l'[...] [[...]] d'[...] du 20 septembre 2021 au 28 février 2022 et que des indemnités journalières lui seraient versées dès le 14 septembre 2021.

Il ressort d'un rapport intermédiaire REA du 3 mars 2022 qu'un stage avait été organisé en partenariat avec l'[...] auprès d'Y._____ en tant qu'aide opérateur torréfaction (étiquetage de paquets de café) du 15 février au 1^{er} mars 2022 à un taux de 50 %, poste qui lui permettait de se tenir soit assis, soit debout et de régler la hauteur de ses plans de travail tout en prenant des pauses quand il le voulait pour soulager son dos et sans avoir rien à porter. Lors de ce stage, un rendement de 50 % a été observé sur une présence de 50 %, à savoir une capacité de travail globale de 25 % qui n'a pas pu évoluer en deux semaines et qui a entraîné une nouvelle incapacité de travail totale et la fin des mesures de réadaptation en faveur d'une instruction médicale.

Dans un rapport du 9 mars 2022, l'[...] a indiqué que le rendement ne pouvait pas être estimé de façon fiable étant donné les nombreuses interruptions de travail mais qu'il pouvait tout de même être estimé que l'assuré atteignait un rendement de 50 % environ sur un taux de 50 %.

Dans un rapport du 13 avril 2022, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail totale du 5 juillet 2021 au 29 mai 2022. Il a posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques en précisant que l'assuré restait inapte à toute activité professionnelle impliquant la prise de charges lourdes ou de rester dans la même position pendant de longues périodes. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré, mais a précisé que, sur le plan des lombalgies, il n'y avait eu aucune évolution depuis trois ans.

Dans un rapport d'examen SMR du 13 mai 2022, le Dr L._____ a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 75 % dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 3 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, horaires réguliers, pas de travail de nuit et pas d'exposition aux produits irritant les voies aériennes respiratoires. Il a conclu que l'incapacité de travail était essentiellement liée à des douleurs lombaires anciennes qui se seraient péjorées en mai 2016. Concernant les comorbidités évoquées lors de l'examen rhumatologique du SMR, le Dr L._____ a relevé que le diabète ne nécessitait plus d'insuline et la hernie au niveau abdominal justifiait des limitations pour le port de charges qui se confondaient avec celles visant l'épargne du rachis, sachant qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle en lien avec une atteinte pulmonaire. Enfin, le rapport du Dr V._____ confirmait que l'état de santé restait immuable. Ainsi, le Dr P._____ et le SMR convergeaient pour retenir une capacité de travail dans une activité adaptée de 75 %. En outre, une incapacité de travail totale était retenue à la suite de la cure d'éventration abdominale entre le 15 février et le 30 juin 2021.

Par projet de décision du 2 juin 2022, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, à savoir un quart de rente du 1^{er} avril au 30 juin 2021 et une rente entière du 1^{er} juillet au 30 septembre 2021. Une capacité de travail de 75 % dès le 1^{er} juillet 2021 était ensuite reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations.

Le 11 juin 2022, l'assuré a fait part de son désaccord avec le projet de décision précité et a ensuite transmis un rapport du 28 juin 2022

du Dr V._____ faisant part de son incompréhension concernant l'évaluation de l'invalidité faite par l'OAI qui n'avait jamais testé les conditions pour lesquelles l'assuré avait été déclaré apte.

Par communication du 5 juillet 2022, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'une aide au placement étaient remplies.

Le 2 août 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'une décision lui serait prochainement notifiée du moment qu'il n'avait produit aucun élément susceptible de revoir sa position dans le délai qui lui avait été imparti au 14 juillet 2022.

Par décision du 25 août 2022 confirmant son projet du 2 juin 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente du 1^{er} avril au 30 juin 2021 et une rente entière du 1^{er} juillet au 30 septembre 2021.

Faisant suite à un courriel du 6 septembre 2022 de l'assuré lui faisant parvenir un certificat du 29 août 2022 du Dr V._____ attestant une incapacité de travail totale du 29 août au 4 décembre 2022, l'OAI l'a informé, par courrier du 9 septembre 2022, qu'il mettait fin à l'aide au placement et que cette aide pourrait être redemandée par simple courrier.

Par courrier du 29 septembre 2022, Me Raphaël Guisan a écrit à l'OAI pour l'informer qu'il représentait désormais l'assuré et demandait une copie du dossier qu'il lui a été transmise les 3 et 5 octobre 2022 par l'envoi d'un CD-Rom, puis d'un mot de passe.

B. Par acte du 7 novembre 2022, J._____, sous la plume de son mandataire, a recouru contre la décision du 25 août 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause en vue d'obtenir une décision comportant l'entier de la motivation, subsidiairement à la modification de la décision en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 3 février 2017 et plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelles

mesures d'instruction. Il a également demandé à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique. Il a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, il a fait valoir une violation du droit à une décision motivée en alléguant n'avoir disposé que d'une décision incomplète par l'absence de huit pages de la décision. Il a ensuite fait valoir que les rapports des médecins ne permettaient pas de démontrer une capacité de travail résiduelle fixée à 75 % dans une activité adaptée et qu'il n'avait jamais été en mesure de continuer les stages qui lui avaient été proposés. Enfin, il a relevé une mise à l'écart du critère de la douleur, élément pourtant déterminant pour savoir s'il était capable d'exercer une activité.

Aux termes d'une décision du 1^{er} décembre 2022, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 novembre 2022 sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que de l'assistance de Me Guisan, en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 6 décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse en indiquant que la motivation de la décision figurait intégralement (huit pages) au dossier, en annexe de la décision du 25 août 2022. Il a expliqué que l'invalidité moyenne sur une année avait atteint 40 % le 16 avril 2021 ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2021 et que le droit à une rente entière s'était quant à lui ouvert trois mois après pour s'éteindre trois mois plus tard après que le degré d'invalidité a de nouveau atteint 28 %. Il a également indiqué qu'une aide au placement avait été allouée puis fermée. Quant à la capacité de travail, il a estimé n'avoir aucun élément médical objectif nouveau depuis l'examen clinique du SMR. Il a enfin relevé que les informations recueillies au cours d'un stage ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin.

Par réplique du 17 janvier 2023, le recourant a indiqué que si la motivation de la décision était entièrement contenue dans les pages 427 à 434, le grief relatif au droit à une décision motivée pouvait être

retiré quand bien même la façon de communiquer de l'OAI prêtait à confusion. Il a réitéré sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique afin d'évaluer sa capacité de travail au regard de ses douleurs et a requis l'audition en qualité de témoin d'une personne présente lors de son stage chez Y. _____ ainsi que celle de son ancien médecin traitant.

Par duplique du 14 février 2023, l'intimé a confirmé ses conclusions en précisant que les bases légales jointes à la motivation étaient comptées dans le nombre de pages annoncées sur la décision du 25 août 2022.

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).

En l'occurrence, déposé 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 de ces chefs.

b) aa) Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour la personne assurée (art. 49 al. 3, 3^e phrase, LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est

suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi, l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; 111 V 149 consid. 4c). En effet, tant qu'elle ne lui a pas été notifiée, la décision n'est pas nulle mais simplement inopposable à celui qui aurait dû en être le destinataire et elle ne peut dès lors le lier (TF 8C_188/2007 du 4 mars 2008 consid. 4.1.2 et la référence).

Néanmoins, une partie qui connaît ou doit connaître l'existence d'un prononcé la concernant mais qui n'entreprend aucune démarche pour en obtenir la communication agit de manière contraire à la bonne foi. Elle doit en effet faire preuve de diligence et est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner le prononcé, à défaut de quoi elle risque de se voir opposer l'irrecevabilité de son recours pour cause de tardiveté (ATF 134 V 306 consid. 4 ; TF 2C_318/2009 du 10 décembre 2009 consid. 3.3 et les références : ATF 129 II 193 consid. 1 ; 119 IV 330 consid. 1c et TFA I 663/99 du 4 mai 2000 consid. 2a). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118). A cet égard, le Tribunal fédéral a, à plusieurs reprises, jugé que le délai de recours (de trente jours) commence à courir une fois que le recourant pouvait de bonne foi prendre connaissance de la décision contestée et était en possession de tous les éléments essentiels à la défense de ses intérêts - et non dès le moment où il apprend fortuitement l'existence de ladite décision (cf. TF 9C_639/2019 du 12 février 2020 consid. 4.3 et les références : ATF 129 II 193 consid. 1 ; 102 Ib 91 consid. 3 ; TF 1C_150/2012 du 6 mars 2013 consid. 2.3).

En outre, la preuve de la notification d'une décision et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Si la notification d'un acte envoyé sous pli simple ou la

date de la notification sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de la communication (ATF 129 I 8 consid. 2.2; 124 V 400 consid. 2b ; 121 V 5 consid. 3b).

bb) En l'occurrence, le recourant a exposé qu'il avait appris qu'une décision avait été rendue à son encontre par l'intimé le 25 août 2022 en ouvrant le CD-Rom le 7 octobre 2022 et qu'il n'avait jamais reçu cette décision avant cette date. Aucun élément au dossier n'autorise de retenir que le recourant aurait reçu ladite décision préalablement, de sorte que l'on se fondera sur ses explications, ce à quoi l'intimé ne s'est d'ailleurs pas opposé, n'évoquant d'ailleurs pas ce point dans sa réponse du 6 décembre 2022.

Cela étant, on constatera que le conseil du recourant n'a pas requis de l'OAI qu'il lui communique la décision du 25 août 2022 formellement par écrit ensuite de l'ouverture du CD-Rom. On notera aussi que le recourant a eu plusieurs entretiens avec le personnel de l'OAI en septembre 2022 et l'on s'étonne que la décision rendue n'ait jamais été mentionnée au cours de ces entretiens. En tout état de cause, faute de preuve permettant de retenir que la décision du 25 août 2022 aurait été portée plus tôt à la connaissance du recourant, la date d'ouverture du CD-Rom doit être retenue. Faute de nouvelle notification conforme, en envoyant son acte de recours par courrier recommandé du 7 novembre 2022 à la Cour de céans, le recourant, par son représentant, a agi en temps utile auprès du tribunal compétent.

2. Le recourant reproche à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu sous l'angle du droit à une décision motivée. Il a fait valoir que la décision du 25 août 2022 ne contenait pas en annexe de lettre d'accompagnement de la décision d'un total de huit pages permettant de comprendre le rejet de ses objections et la confirmation du projet du 2 juin 2022. De nature formelle, ce grief doit être analysé en premier lieu.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'espèce, on peine à suivre le recourant lorsque celui-ci fait grief de n'avoir jamais reçu une notification conforme par écrit de la décision de l'OAI, qui serait seulement intervenue par la transmission du CD-Rom, alors qu'il n'a jamais requis par la suite de l'OAI qu'il procède à une notification par écrit (cf. *supra* consid. 1). Dans ces circonstances, l'OAI ne pouvait pas savoir avant la communication du recours par la Cour de céans que la notification de sa décision du 25 août 2022 à l'assuré avait échoué et ne pouvait pas procéder à une nouvelle notification papier, dans son intégralité.

Cela étant, on relève que la décision du 25 août 2022 est enregistrée, dans le CD-Rom transmis par l'OAI, sous pièce n° 140 qui comporte une motivation signée avec des extraits des bases légales importantes. Cette pièce a été indexée le 25 août 2022, à savoir avant la sollicitation du dossier par Me Guisan et la réponse de l'OAI du 3 octobre 2022 en pièce 147. Aussi, on ne conçoit pas comment le recourant, par son avocat, aurait d'une part pu prendre connaissance de la décision, et d'autre part, que celle-ci figurerait de manière tronquée sur le CD-Rom, défaut qui aurait ensuite été corrigé avant la transmission du même CD-Rom à la Cour de céans. On ne discerne au demeurant pas à quelle partie de la décision de huit pages le recourant se réfère, la motivation contenue dans la décision du 25 août 2022 comportant trois pages pour un total de onze pages. Dans sa réplique, le recourant a d'ailleurs reconnu que « si la motivation est contenue dans les pages 427 à 434, le grief relatif au droit à une décision motivée peut être retiré », même s'il a estimé que la manière de communiquer de l'OAI prêtait à confusion. Les pages citées par l'avocat constituent effectivement les trois pages de motivation mais on ne comprend pas quelle confusion pourrait exister, la décision étant signée en bas de la motivation. Quoi qu'il en soit, le grief – autant qu'il serait maintenu – doit être rejeté.

Par surcroît, si l'avocat – professionnel du droit – estimait que la notification était irrégulière par sa prise de connaissance – prétendument tronquée – par le biais du CD-Rom de la cause, ou confuse, il aurait dû s'adresser à l'OAI et lui faire part de ce qui précède afin de requérir de l'office qu'il notifie correctement et complètement sa décision du 25 août 2022. Or tel n'a pas été le cas.

Au vu de ce qui précède, il ne peut être retenu, même au stade de la vraisemblance, une violation du droit d'être entendu sous l'angle du droit à une décision motivée.

3. a) Le litige sur le fond a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). 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^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 25 août 2022, fait suite à une demande de prestations déposée le 18 octobre 2016. Un éventuel droit à une rente prendrait ainsi naissance au terme du délai de carence de six mois (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1^{er} avril 2017, très largement avant le 1^{er} janvier 2022. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail

qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 LPGa).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) Pour pouvoir 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) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) 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. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

f) L'appréciation de la capacité de travail relève principalement de la compétence du corps médical (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle du médecin est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, c'est-à-dire des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). En outre, les

données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré. C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 ; 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le mois de mai 2016. Est en revanche contestée la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI ayant considéré qu'elle était de 75 % alors que le recourant a soutenu que les rapports de ses médecins ne permettaient pas de démontrer une telle capacité de travail résiduelle tout en faisant valoir qu'il n'avait pas réussi à continuer les stages qui lui avaient été proposés.

a) Pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 2 octobre 2019 du Dr Z._____. Cet examen avait été préconisé par le Dr L._____, du SMR, dans un avis du 19 juin 2019 afin de définir la capacité de travail du recourant après avoir reçu un rapport du Dr P._____ du 5 avril 2019 attestant en l'état une incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée alors qu'un avis SMR du 12 juin 2018 avait estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être de 100 %.

b) aa) On constatera tout d'abord que, dans son rapport du 2 octobre 2019, le Dr Z._____ a pris ses conclusions de manière motivée en pleine connaissance du dossier médical du recourant, notamment radiologique, sur la base d'une anamnèse complète, tenant notamment compte des habitudes et de la vie quotidienne du recourant ainsi que de ses plaintes et après avoir procédé à un examen clinique détaillé. Son

rapport peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que le recourant n'a d'ailleurs pas contesté.

On relèvera ici que l'argument du recourant selon lequel le critère de la douleur aurait été mis à l'écart ne saurait être suivi dans la mesure où les douleurs rapportées par le recourant ont dûment été prises en considération par le Dr Z. _____ qui a explicitement discuté cet aspect dans son rapport (cf. notamment pp. 10 ss).

bb) Le Dr Z. _____ a retenu le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de dorsolombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs lombaires et cervicaux avec petite hernie discale L4-L5 gauche et hernie discale C6-C7 gauche. Il a également retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de meralgie paresthétiqua droite, d'obésité avec BMI à 32 et de status variqueux des membres inférieurs. Ces diagnostics, qui ont notamment été confirmés par les Drs P. _____ et V. _____ (cf. rapports des 18 octobre 2017, 5 avril 2019, 5 avril 2020 et 13 avril 2022), ne sont pas remis en cause par le recourant pas davantage que les limitations fonctionnelles corrélatives seules pertinentes qui a uniquement contesté la capacité de travail de 75 % retenue dans une activité adaptée depuis le 27 mai 2016. Or force est de constater que ce taux a également été attesté par le Dr P. _____ dans son rapport du 5 avril 2020 dans lequel il a indiqué que si la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % dans un premier temps, elle serait ensuite de 75 % une fois la réhabilitation faite. Il a même précisé que son seul argument relatif au taux réduit de la capacité de travail était la durée très longue de l'arrêt de travail du recourant, à savoir un facteur étranger à l'état de santé de son patient. Contrairement à ce qu'a soutenu le recourant, ce taux n'est infirmé par aucun des médecins l'ayant suivi, les Drs R. _____, B. _____, F. _____ et V. _____ ne s'étant prononcés ni sur sa capacité de travail, ni sur des limitations fonctionnelles qui auraient erronément été écartées (cf. rapports des 28 novembre, 23 avril 2020, 13 avril et 28 juin 2022) et le Dr B. _____ ayant en outre mentionné, dans son rapport du 19 décembre 2019, que son estimation de la capacité de travail dans une

activité adaptée était bonne. De plus, le simple certificat d'arrêt de travail non motivé du 29 août 2022 du Dr V._____, outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), ne saurait constituer une pièce suffisante pour remettre en cause les rapports complets des Drs Z._____, et P._____. On relèvera encore que le Dr V._____, nouveau médecin-traitant sans recul sur la situation, n'a évoqué aucune aggravation dans son rapport du 13 avril 2022 précisant au contraire qu'il n'y avait eu aucune évolution depuis trois ans sur le plan des lombalgies.

cc) Le recourant a allégué n'avoir jamais été en mesure de terminer les stages qui lui avaient été proposés confirmant par là son incapacité à travailler. Si le rapport de l'[...] du 9 mars 2022 fait état d'une capacité de travail de 25 %, il y a toutefois lieu de se fier aux données médicales qui l'emportent en principe sur les observations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, la capacité de travail étant une question devant être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). De plus, le rapport précité a précisé que le rendement ne pouvait pas être estimé de façon fiable. En outre, un stage peut ne pas constituer une activité adaptée sans que cela signifie qu'aucune autre activité adaptée à 75 % ne puisse être effectuée. En tout état de cause, la capacité de travail constatée a été influencée également par des facteurs étrangers aux limitations fonctionnelles qui ne sauraient être pris en considération dans le cadre de l'assurance-invalidité. A cet égard, on relèvera que le rapport du Dr V._____ du 13 avril 2022, s'il a attesté une incapacité de travail totale du 5 juillet 2021 au 29 mai 2022, n'a aucunement motivé cette appréciation, singulièrement n'a décrit aucune aggravation, ni limitations fonctionnelles supplémentaires.

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que, au moment de la décision litigieuse, le recourant présentait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant des limitations fonctionnelles, on relèvera

cependant que l'OAI n'a pas repris toutes les limitations indiquées par le Dr L. _____ dans son avis du 13 mai 2022, notamment la nécessité d'avoir des horaires réguliers, l'absence de travail de nuit et l'exposition aux produits irritant les voies aériennes respiratoires, sans que cela ne soit contesté par le recourant, ni que cela ait une influence, à tout le moins significative, sur la capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations d'ordre rhumatologiques ayant été retenues à juste titre.

7. La question de la capacité de travail résiduelle étant tranchée, il convient d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité, compte tenu des périodes d'incapacité de travail totale (cures de hernies et complications).

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

c) aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

8. a) En l'espèce, le recourant n'a pas contesté la méthode choisie et le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Vérifiés d'office, il apparaît que l'OAI aurait dû procéder à la comparaison des

gains avec et sans invalidité du recourant par rapport à l'année 2017. C'est en effet l'année de l'ouverture éventuelle du droit à la rente qui doit être prise en compte pour le calcul du degré d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). Toutefois, l'indexation de 0,4 % des montants retenus par l'OAI ne change pas le degré d'invalidité qui se monte toujours à 28 %.

b) Il n'est pas contesté que le recourant s'est trouvé en totale incapacité de travail du 15 février 2021 au 30 juin 2021 (cf. rapport du 24 juin 2021 du Dr B. _____ et rapport d'examen du SMR du 13 mai 2022). L'OAI a dès lors procédé à un calcul de l'incapacité de travail moyenne pour déterminer le début de la nouvelle longue maladie et a déterminé l'ouverture du droit au 1^{er} avril 2021. S'il peut être suivi sur ce point, il ne peut cependant pas être suivi quant à l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} avril au 30 juin 2021. En effet, si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). En revanche, l'art. 28 al. 1 let. c LAI détermine l'étendue du droit à la rente en se référant au taux d'invalidité existant au moment où le délai arrive à échéance. Or force est de constater qu'au 1^{er} avril 2021, l'incapacité de travail du recourant était totale et lui donne droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2021 (trois mois après qu'il ait retrouvé une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée). Il convient ainsi de corriger la décision querellée sur ce point. La rente est ensuite supprimée, au vu de la capacité de travail à 75 % recouvrée.

c) On relèvera encore que même si le taux d'invalidité du recourant atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce, dès lors que

le recourant a déjà été mis au bénéfice d'une telle mesure (cf. communication du 16 septembre 2021), sans succès. Le recourant n'a du reste pas formulé de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. On rappellera ici que l'OAI a communiqué au recourant, dans un courrier du 9 septembre 2022, la possibilité qui lui était offerte de redemander une aide au placement s'il le désirait, par l'envoi d'un simple courrier.

9. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique, l'audition d'un employé d'Y._____ et de son ancien médecin traitant en tant que témoins - doivent être rejetées. En effet, l'audition d'un collaborateur présent lors d'un des stages ne se justifie pas, cette personne n'ayant pas les qualités requises pour évaluer la capacité de travail du recourant. Quant au Dr P._____, il a déjà donné son avis au moyen de plusieurs rapports, lesquels ont été pris en considération lors de l'examen rhumatologique. On ne voit pas non plus en quoi son audition permettrait de modifier l'appréciation de la capacité de travail, étant précisé d'une part qu'il s'agit de son ancien médecin traitant qui ne pourra donc pas parler d'événements actuels, et d'autre part, qu'il s'agit de l'évaluation de la capacité de travail sur la base des mêmes éléments d'atteinte à la santé et de limitations fonctionnelles, étant rappelé que le médecin traitant est toujours plus enclin à prendre parti pour son patient. Au demeurant l'expert Z._____ a en substance suivi le Dr P._____. Faute d'être susceptible d'apporter des éléments pertinents nouveaux, la réquisition d'audition de témoins est donc rejetée. Ensuite, la réquisition de mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique est également rejetée, l'instruction ayant été menée de manière complète par l'OAI qui a pris le soin de diligenter un examen rhumatologique et de se renseigner auprès de l'ensemble des médecins (pneumologue, chirurgien digestif, diabétologue), sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant pouvant induire des limitations fonctionnelles, parfois à plusieurs reprises, en sorte qu'il est possible de statuer en l'état du dossier

par appréciation (anticipée) des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Au demeurant, on rappelle que le recourant n'a critiqué aucun diagnostic, ni limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, en sorte qu'on ne perçoit pas quel aspect nécessiterait d'être davantage instruit. Enfin, aucune pièce produite ne permet de douter des conclusions du SMR suivies par l'OAI, en sorte qu'un examen supplémentaire ne serait pas de nature à influencer le sort de la cause.

10. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 30 septembre 2021.

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 la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'100 fr. et de mettre à la charge de l'OAI qui succombe, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

**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 25 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que J. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 30 septembre 2021.

III. Les frais, 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 de Vaud versera à J._____ une indemnité de 2'100 fr. (deux mille cent francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Raphaël Guisan (pour J._____),
- 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 :