

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
MM. Piguet, juge, et Küng, assesseur
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant,

et

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

Art.16 LPGA ; 4, 28 al. 1, 28a al. 1 LAI ; 25 et 26 RAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un CFC de carreleur, a, par l'intermédiaire du Centre social régional de [...], adressé le 30 septembre 2014 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce, faisant état d'une incapacité de travail totale depuis novembre 2011 en raison de gonalgies, à savoir de douleurs rhumatismales fixées sur l'articulation du genou.

Lors d'un entretien de détection précoce du 30 octobre 2014, l'assuré a exposé qu'il souffrait d'une hépatite B et C, étant un ancien toxicomane. Il a ajouté avoir travaillé durant plusieurs années sur des chantiers en missions temporaires. Dans ce cadre, il était tombé dans les escaliers sur un chantier en novembre 2011 et s'était abîmé le ménisque du genou droit ; son genou restait douloureux malgré une opération et l'empêchait de dormir. L'assuré a exposé ne jamais avoir travaillé après cet accident et émarger à l'aide sociale. A l'issue de cet entretien, l'OAI l'a invité à déposer une demande de prestations, ce qu'il a fait le 8 décembre 2014.

Après instruction du dossier par l'OAI, la Dre V._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé, par avis du 30 mai 2016, que le médecin traitant de l'assuré, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, avait posé les diagnostics de gonalgies bilatérales d'origine indéterminée prédominant du côté droit, de possible trait de personnalité anxieuse, d'hépatites C et B chroniques mais stables, ainsi que d'ancienne polytoxicomanie ; celui-ci avait toutefois retenu que l'activité de carreleur était exigible à 50 % et que la capacité de travail était entière dans une activité d'épargne des genoux et sans port de charges de plus de quinze kilos depuis 2012. Le spécialiste en orthopédie ayant suivi l'assuré était du même avis, le status clinique étant selon lui dans la norme. En outre, après avoir subi une ménissectomie partielle au genou droit au Centre T._____ (ci-après : le T._____), une reprise du travail à 100 % avait été cautionnée dès le

23 janvier 2012 et l'assuré n'avait plus été suivi au T._____ depuis lors. Le service de dermatologie du T._____ ne retenait pas non plus d'incapacité de travail liée à l'excision d'un carcinome nodulaire du nez et le service d'ORL du T._____ rapportait une septo-rhinoplastie à but fonctionnel en raison d'une respiration difficile, sans se prononcer sur la capacité de travail. Compte tenu de l'ensemble des éléments médicaux répertoriés, la médecin du SMR a notamment retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % et qu'elle était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de quinze kilos, limiter le travail en accroupi ou à genou, utilisation de genouillères.

Par décision du 19 juillet 2016, confirmant un projet de décision du 1^{er} juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a en effet considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle de carreur était certes réduite à 50 %, mais qu'une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles, telles que l'épargne des genoux, était exigible à 100 %.

B. Le 17 février 2021, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir à titre d'atteinte à la santé des problèmes psychiques dus à la polytoxicomanie, des problèmes physiques, une addiction aux médicaments et une dépression. Il a indiqué être en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} décembre 2017.

Par décision du 11 juin 2021, confirmant un projet de décision du 12 avril 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, considérant que les pièces médicales produites à l'appui de cette demande n'avaient pas permis d'apprécier une éventuelle aggravation sur le plan somatique.

C. Par courrier du 6 octobre 2021 reçu le 8 octobre suivant, l'assuré a requis de l'OAI qu'il réexamine son cas. Il a notamment transmis avec ce courrier un rapport d'IRM de la colonne cervicale et du genou gauche du 12 mai 2021 concluant à une hernie discale médiane

paramédiane droite C5-C6, à une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne associée à des lésions ostéochondrales du plateau tibial interne, ainsi qu'à une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur.

Sur requête de l'OAI, il a déposé une troisième demande de prestations le 26 octobre 2021.

Selon le compte rendu de la permanence du SMR du 24 janvier 2022, il existait une péjoration du genou gauche depuis janvier 2020 et il convenait d'instruire le dossier en interrogeant les médecins traitants.

Par rapport du 4 mars 2022 à l'OAI, le Dr K. _____ a posé les diagnostics incapacitants de gonalgies bilatérales depuis 2014, de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, de lésions ostéochondrales du plateau tibial interne et de probable fracture de stress depuis 2021, de talalgies depuis 2021 et de polytoxicomanie sevrée en 2008. Il a indiqué que la position à genoux était à proscrire et le port de charges à limiter jusqu'à quinze ou vingt kilos. La capacité de travail dans l'activité habituelle de carreur était donc nulle, mais elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Le Dr K. _____ a toutefois souligné que son patient avait perdu l'habitude de travailler et que la consommation de THC le démotivait probablement. Le médecin traitant a transmis avec son envoi deux rapports des 23 et 29 novembre 2021 du Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort en particulier que l'assuré souffrait d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, sans signe de lambeau ou d'anse de seau, sans blocage, ni aucun signe méniscal pathognomonique ou douloureux, de sorte qu'il n'y avait en l'état aucune indication à une arthroscopie.

Par projet de décision du 28 mars 2022, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait lui refuser une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, estimant qu'il conservait une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles

suivantes : pas de travail en accroupi ou à genoux ni de marche en terrain irrégulier, ni monter sur une échelle ou un échafaudage, monter ou descendre fréquemment des escaliers, pas de port de charge de plus de dix kilos.

Par courrier du 25 avril 2022, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné, estimant ne pas être capable de travailler, et a requis de l'OAI qu'il se réfère aux rapports de ses médecins.

Par lettre du 4 juillet 2022 à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a certifié que l'assuré le consultait depuis le mois de mai 2022 et que celui-ci souffrait d'un trouble de la personnalité mixte (borderline et dépendante), d'une anxiété généralisée et de troubles mentaux et du comportement liées à l'utilisation de l'alcool, actuellement abstinent. Le psychiatre traitant a indiqué que son patient présentait des fluctuations de l'humeur, une hypersensibilité au stress, un sentiment de vide, une dépendance affective, une phobie sociale avec des crises de panique, une anticipation craintive, un sentiment de dévalorisation, une baisse de l'estime de soi, des angoisses envahissantes, un sentiment d'inutilité et un état physique assez limité après avoir subi des hépatites. À ses yeux, l'assuré était incapable d'exercer une activité professionnelle exigeant un rendement.

Par rapport du 8 octobre 2022 à l'OAI, le Dr P._____ a attesté suivre le patient à raison de deux séances par mois environ. Il a posé les diagnostics de schizophrénie indifférenciée de longue date, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, de phobie sociale et de trouble de la personnalité mixte. Selon lui, l'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} juillet 2022 quelle que soit l'activité, en raison de ses pathologies psychotropes, qui faisaient également obstacle à une réadaptation.

Par avis du 9 janvier 2023, la Dre V._____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire avec volet psychiatrique et de médecine interne.

L'OAI a conséquemment confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire, en psychiatrie et médecine interne, à W._____ Sàrl (ci-après : W._____) à [...], où l'assuré a été examiné le 20 février 2023 par la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale, et le 3 mars 2023 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A la suite de ces examens, l'assuré a encore été convoqué par le W._____ et examiné le 13 avril 2023 par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et l'appareil locomoteur. En sus de ces examens cliniques, les experts ont procédé à une prise de sang et un examen neuropsychologique.

Aux termes de leur rapport d'expertise transmis le 3 mai 2023 à l'OAI, les experts du W._____ ont notamment fait état de ce qui suit, dans le cadre de leur appréciation consensuelle :

« 3. 2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

Au plan de la médecine interne

Diagnostics incapacitants :

Aucun

Diagnostics non-incapacitants :

Status après hépatite B

Status après hépatite C éradiquée

Abus de cannabis et de cocaïne

Au plan orthopédique

Diagnostics incapacitants :

Gonalgies gauches sur gonarthrose interne débutante avec lésion méniscale interne de type 3 dégénérative.

Douleurs de la ceinture scapulaire lors d'efforts en charge au-dessus de la ceinture scapulaire.

Dagnostic non-incapacitant :

Possible compression du nerf cubital au coude, non investiguée.

Status après arthroscopie du genou droit pour lésion méniscale interne de type 2 ou 3.

Hernie discale médiane paramédiane droite sans compression radiculaire.

Au plan psychique

Phobie sociale, F40.1

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue, F12.25

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, en héroïne, en ecstasy, actuellement abstinente, F19.20

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique, F14.26

Diagnosics non-incapacitants :

Aucun.

3.3 Constatations/diagnostic d'éléments avant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Au plan de la médecine interne

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles relevant de la médecine interne.

Au plan orthopédique

Le genou gauche est sec et stable. Il existe des douleurs du compartiment interne compatibles avec les lésions dégénératives mises en évidence sur l'IRM du 05.10.2017.

Au niveau cervical, une hernie discale médiale paramédiane droite n'explique pas la symptomatologie de l'assuré.

Au plan psychique

Difficultés dans le rapport à l'autre. Phobie sociale. Difficultés de gestion des émotions et du stress. Anhédonie et troubles cognitifs séquellaires des consommations en produits toxiques, avec une évaluation neuropsychologique montrant une atteinte neurocognitive légère.

Les limitations fonctionnelles sont : Activité répétitive, maîtrisée, sans sollicitation intellectuelle, sans nécessité d'habileté dans les contacts sociaux.

[...]

3.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Au plan de la médecine interne

CT AH [capacité de travail dans l'activité habituelle] entière depuis toujours dans un travail de chantier

Au plan orthopédique

CTAH 0%. ITAH [incapacité de travail dans l'activité habituelle] 100%.

Au plan psychique

Elle est de 80 % par taux horaire de 100 %, mais baisse de rendement de 20 %, depuis juin 2022.

3.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Au plan de la médecine interne

CT AA [capacité de travail dans une activité adaptée] entière depuis toujours.

Au plan orthopédique

CTAA 90%. ITAA [incapacité de travail dans une activité adaptée] 10%.

Au plan psychique

Elle est de 80 %, par baisse de rendement de 20 %, et taux horaire de 100 %. L'activité habituelle respecte les limitations fonctionnelles.

3.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale

Elle est essentiellement orthopédique concernant la capacité de travail habituelle. Sur une activité adaptée, l'incapacité de travail est liée aux atteintes psychiatriques. Il n'y a pas d'addition des baisses de rendement.

[...]

4. 1 Discussion consensuelle des experts concernant la capacité de travail et, si nécessaire, la capacité de travail comme ménagère

Au plan de la médecine interne

CT AH et AA entières depuis toujours.

Au plan orthopédique

Dans une activité adaptée correspondant aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 90%. CTAH 0% ITAH 100%

Au plan psychique

80 % dans une activité adaptée comme habituelle depuis juin 2022.

Consensuellement, au terme de l'expertise et rétroactivement

Elle est de 0% depuis octobre 2017 pour des raisons essentiellement orthopédiques.

Elle est de 80 % dans une activité adaptée depuis juin 2022. »

Par avis SMR du 4 mai 2023, la Dre V. _____ s'est ralliée aux conclusions de l'expertise du W. _____, qu'elle jugeait précise, détaillée et convaincante.

Par projet de décision du 23 août 2023, remplaçant le projet du 28 mars 2022, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} avril au 31 août 2022. L'office a retenu sur la base de l'expertise diligentée par le W. _____ que l'activité habituelle de carreleur n'était plus exigible depuis octobre 2017 - début du délai d'attente d'une année - pour des raisons principalement orthopédiques. En revanche, dans une activité adaptée, l'assuré conservait une capacité de travail entière, avec diminution de rendement de 20 %, depuis juin 2022. Les limitations fonctionnelles consistaient en la nécessité d'une activité sédentaire permettant de changer librement de position, pas d'accroupissement, pas de charge au

niveau du rachis cervical, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, charges limitées à cinq kilos, pas de marche en terrain inégal, pas de montée sur des échelles et échafaudages, difficultés de gestion des émotions et du stress, difficultés sociales (phobie sociale), anhédonie, troubles cognitifs séquellaires des consommations de produits toxiques, nécessité d'une activité répétitive maîtrisée, sans sollicitation intellectuelle, sans besoin d'habileté dans les contacts sociaux. Sur le plan économique, l'OAI a estimé que le revenu avec invalidité devait être évalué sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique, l'intéressé étant sans activité. Il s'est dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement (soit 52'805 fr. 40 à 80 % en 2022). S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 66'006 fr. 75 selon les mêmes données salariales de l'Office fédéral de la statistique, pour un poste à 100 %. L'office a donc estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 20 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était plus ouvert trois mois après l'amélioration de la capacité de travail. L'OAI a finalement expliqué qu'une rente aurait pu être servie dès octobre 2018 (à l'échéance du délai de carence d'une année) mais que la demande de prestations avait été déposée le 8 octobre 2021, de sorte que l'ouverture du droit à la rente ne pouvait naître que six mois plus tard, en avril 2022.

Par courrier du 21 août 2023, reçu le 25 août suivant par l'OAI, le Dr P._____ a requis que le rapport d'expertise lui soit transmis et a répété que son patient n'était pas apte à reprendre une activité professionnelle ni à se réinsérer professionnellement. La situation avait déclenché une décompensation psychique chez l'assuré, avec une rechute à la consommation de cocaïne après quinze ans d'abstinence.

Par décision du 13 octobre 2023, l'OAI a fixé le montant de la rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril au 31 août 2022 à 1'381 fr., reprenant la motivation présentée dans son projet de décision.

C. Le même jour, l'OAI a reçu de l'assuré un courrier daté du 10 octobre 2023, contestant la « décision » de cet office et se référant au rapport adressé le 21 août 2023 par son psychiatre traitant. L'OAI a par conséquent transmis ce courrier, ainsi qu'une copie de la décision du 13 octobre 2023, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

Par complément du 31 octobre 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, C. _____ a soutenu qu'il n'était pas apte à travailler à nouveau, étant donné qu'il était peu sûr de lui, borderline, qu'il se sentait inférieur et ne sortait pratiquement plus de chez lui car les gens lui faisaient peur. Il a requis une rente d'invalidité de 50 % qui lui permettrait de se « ressourcer » et de reprendre sa vie en mains. Le recourant a produit à l'appui de son écriture des rapports du Dr P. _____ figurant déjà au dossier.

Le 22 novembre 2023, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, laquelle lui a été octroyée dans le sens d'une exonération d'avances et des frais judiciaires par décision de la juge instructrice du 28 novembre suivant.

Par réponse du 19 décembre 2023, l'intimé a rappelé s'être fondé, après avis du SMR, sur l'expertise du 3 mai 2023 du W. _____, qui concluait notamment à une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 80 % pour des raisons neuropsychologiques, et ce depuis juin 2022, à savoir depuis le début du suivi psychologique en raison d'une aggravation des troubles. Il a confirmé avoir pris en compte les rapports du psychiatre traitant et n'avoir écarté aucune pièce, tout en rappelant que les rapports des médecins traitants devaient être examinés avec retenue et qu'une aggravation réactionnelle des troubles à la suite d'une décision négative de l'OAI ne pouvait pas être prise en compte.

Le recourant n'a pas déposé de réplique.

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, le recours est réputé déposé en temps utile auprès de l'intimé, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente illimitée dans le temps.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute

demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 13 octobre 2023 fait suite à une demande de prestations déposée le 8 octobre 2021, en raison notamment de troubles orthopédiques de longue date. Dans la mesure où le droit hypothétique à la rente prend naissance six mois après le dépôt de la demande, le nouveau droit est applicable.

4. 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.

a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière.

Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

b) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2).

Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté 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). Selon l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, c'est-à-dire en principe sur la base l'ESS, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante. D'après l'art. 26bis al. 1 et 2 RAI, on procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité si, après la survenance de l'invalidité, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou réalise un revenu mais qu'il n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui.

c) 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une

modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

b) 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).

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).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la dernière demande de prestations déposée par le recourant et a confié la réalisation d'une expertise en médecine interne générale et en psychiatrie au W._____ afin d'élucider sa capacité de travail exigible. Le W._____ a ajouté un volet orthopédique à son rapport du 3 mai 2023. Se fondant sur ce rapport, l'OAI a estimé que l'incapacité de travail du recourant était totale dans son activité habituelle depuis 2017, mais qu'une capacité de

travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons neuropsychologiques, était exigible depuis le mois de juin 2022 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (du point de vue orthopédique : nécessité d'une activité sédentaire permettant de changer librement de position, pas d'accroupissement, pas de charge au niveau du rachis cervical, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, les charges étant limitées à cinq kilos, pas de marche en terrain inégal, pas de montée sur des échelles et/ou des échafaudages ; sur le plan psychique : difficultés de gestion des émotions et du stress, difficultés relationnelles [phobie sociale], anhédonie et troubles cognitifs séquellaires des consommations en produits toxiques [atteinte neurocognitive légère à l'évaluation neuropsychologique], nécessité d'une activité répétitive, maîtrisée, sans sollicitation intellectuelle, sans besoin d'habileté dans les contacts sociaux).

Le recourant conteste être capable de travailler, se référant aux rapports de son psychiatre traitant. Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'expertise diligentée par le W._____ *per se* et en particulier son volet psychiatrique, puis de confronter les rapports du Dr P._____ à l'expertise, afin de constater si les conclusions du psychiatre jettent un doute sur celle-ci.

b) Sur le plan formel, l'expertise, comportant un volet en médecine interne générale, un volet en psychiatrie et un volet en orthopédie, ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical du recourant, puisqu'ils ont résumé son dossier, synthétisant les documents médicaux depuis 2010 (expertise du W._____, p. 46 à 56). Ils ont établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, socio-professionnel et médical (*idem*, p. 11 à 14, 20 à 22, 25 à 26). En outre, l'expertise contient des conclusions claires et motivées, elle tient compte des plaintes de l'assuré (*idem*, p. 12, 20, 25) et a été établie à l'issue d'examens cliniques, puis d'une évaluation consensuelle.

c) Sur le plan somatique, le Dr Z._____ a posé les diagnostics incapacitants de gonalgies gauches sur gonarthrose interne débutante avec lésion méniscale interne de type 3 dégénérative et de douleurs de la ceinture scapulaire lors d'efforts en charge au-dessus de la ceinture scapulaire. Les Drs S._____ et Z._____ ont ensuite posé les diagnostics non incapacitants de status après hépatite B, de status après hépatite C éradiquée, d'abus de cannabis et de cocaïne, de possible compression du nerf cubital au coude, non investiguée, de status après arthroscopie du genou droit pour lésion médicale interne de type 2 ou 3 et d'hernie discale médiane paramédiane droite sans compression radiculaire. D'après l'experte en médecine interne, il n'existait aucune limitation fonctionnelle et aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle. L'expert orthopédique a quant à lui relevé les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire permettant de changer librement de position, pas d'accroupissement, pas de charge au niveau du rachis cervical, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, les charges étant limitées à cinq kilos, pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle, pas d'échafaudage. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis octobre 2017 à cause des gonalgies et des lésions méniscales internes stables ayant probablement été provoquées par la position à genoux de l'assuré dans son travail. La capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées avait en revanche toujours été de 90 %, la performance étant diminuée de 10 % en raison des exercices que l'assuré devait effectuer pour éviter des douleurs aux genoux.

Le recourant ne conteste pas l'appréciation des experts s'agissant de sa capacité de travail résiduelle sur le plan somatique. Cette appréciation est d'ailleurs motivée et convaincante, aucun élément médical au dossier ne la mettant en doute. Le médecin traitant du recourant est même d'avis que son patient est capable de travailler dans une activité adaptée à 100 %, soulignant toutefois que son patient avait perdu l'habitude de travailler (cf. rapport du 4 mars 2022), ce facteur étant toutefois étranger à l'AI. Les conclusions des experts sur le plan somatique peuvent donc être suivies.

d) Sur le plan psychiatrique, le Dr M._____ a consigné les indications fournies spontanément par l'assuré, puis a décrit son anamnèse familiale, personnelle, scolaire et professionnelle et les éléments marquants de son existence, ainsi que le déroulement d'une journée-type, avant de faire état de ses constatations objectives. L'examen de l'expert psychiatre a été complété par un examen neuropsychologique effectué par Mme [...], psychologue spécialiste en neuropsychologie, qui a révélé de discrètes difficultés en mémoire verbale antérograde pour une liste de mots, des difficultés aux praxies constructives, de légères difficultés en mémoire de travail verbale et visuelle, ainsi qu'en attention sélective auditive. Ces légères difficultés étaient compatibles avec l'importante et chronique consommation de cannabis, débutée à l'adolescence. Le tableau correspondait à un trouble neuropsychologique léger selon la table 1 de l'ASNP, qui ne devait pas interférer avec les activités de la vie quotidienne mais pouvait éventuellement se répercuter sur les sollicitations professionnelles cognitivement très exigeantes. Le Dr M._____ a indiqué que ses constatations cliniques se superposaient à l'examen neuropsychologique.

Fort de ces éléments et de ses constatations, il a posé les diagnostics incapacitants de phobie sociale (F40.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, en héroïne, en ecstasy, actuellement abstinent (F19.20), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26). Il a fait état de difficultés dans le rapport à l'autre, de phobie sociale, de difficultés de gestion des émotions et du stress, d'anhédonie et de troubles cognitifs séquellaires des consommations en produits toxiques, avec une évaluation neuropsychologique montrant une atteinte neurocognitive légère. Une activité adaptée consistait donc en une activité répétitive, maîtrisée, sans sollicitation intellectuelle, sans nécessité d'habileté dans les contacts sociaux. A ses yeux, la capacité de travail de l'expertisé dans l'activité

habituelle - laquelle était adaptée car les contacts sociaux étaient très limités et l'activité n'était pas exigeante d'un point de vue intellectuel - était entière, avec une baisse de performance de 20 %. Le Dr M. _____ a encore relevé qu'un arrêt des consommations de produits toxiques était nécessaire mais que les chances d'amélioration étaient faibles, car il existait possiblement des atteintes cognitives fixées dans le temps ; par ailleurs, les chances de sevrage étaient quasiment inexistantes.

aa) S'agissant des diagnostics, on relève tout d'abord qu'ils ont été posés par l'expert psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). L'expert a noté une longue histoire de toxicomanie, débutée vers l'âge de dix-huit ans, qui s'était très nettement accentuée au décès du père de l'assuré ; l'expertisé avait consommé de nombreux produits toxiques et avait été traité par méthadone. Il relevait qu'actuellement, l'intéressé était abstinent en héroïne et en ecstasy mais considérait toujours qu'il s'agissait d'une atteinte incapacitante, du fait d'une anhédonie et de troubles cognitifs séquellaires. Il retenait également des consommations très occasionnelles en cocaïne, mais une consommation très importante de cannabis, à hauteur de dix joints par jour, dans une addiction classée de sévère, l'expertisé n'ayant pas conscience de la gravité de sa pathologie. Le Dr M. _____ a dûment expliqué pourquoi il ne retenait pas d'épisode dépressif ; la tristesse rapportée durant la longue période de toxicomanie de quinze ans était en rapport avec les consommations de produits toxiques, l'expertisé n'avait jamais eu d'idées suicidaires et le manque d'intérêt était en rapport avec ses consommations en produits toxiques. Devant l'absence d'antécédent de phase maniaque ou hypomaniaque, il a également éliminé un trouble bipolaire. Il n'a pas non plus noté d'état de stress post-traumatique, malgré le décès de son père dans ses bras, car l'intéressé ne présentait pas de cauchemars récurrents, de flashes diurnes ou d'hypervigilance. Il ne retenait pas non plus d'anxiété généralisée car il n'existait pas d'anxiété constante, ni de trouble panique, en l'absence de crise de panique. Selon l'expert, l'intéressé avait présenté un deuil pathologique à l'origine de sa phobie sociale secondaire à cette atteinte.

L'appréciation diagnostique de l'expert est ainsi détaillée, motivée et convaincante. Il convient de retenir que les diagnostics ont été posés par le Dr M. _____ dans les règles de l'art.

bb) Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, l'expert a relevé que l'intéressé pouvait dormir avec des somnifères, s'il n'anticipait pas une situation anxigène pour le lendemain. Il pouvait structurer et planifier les tâches, même s'il notait un manque d'intérêt à cet égard en raison de la consommation en produits toxiques. L'expertisé pouvait s'adapter aux règles et routines, il avait toujours respecté la hiérarchie. Il avait pu faire preuve d'adaptation et de flexibilité, à l'exception du deuil pathologique de son père. Il avait pu mettre en pratique ses compétences, en obtenant un CFC de carreleur, était capable d'exposer son point de vue et de prendre des décisions importantes, mais était néanmoins dépendant de son entourage proche. Le Dr M. _____ a relevé que l'assuré manquait de persévérance, qu'il craignait le contact à autrui et était dans la fuite, mais que ses rapports avec sa famille proche étaient bons. Malgré un isolement social prononcé, il pouvait travailler avec les autres car il ne présentait pas d'agressivité, ni d'irritabilité, à condition qu'il n'y ait pas une présence trop importante de personnes autour de lui. L'expert n'a pas non plus relevé d'incurie et a noté une capacité de prendre les transports en commun. S'agissant du traitement, il a exposé que l'assuré était suivi par le Dr P. _____ à raison d'une consultation par mois et qu'il était sous traitement par benzodiazépines. Il recommandait qu'il arrête progressivement ceux-ci au profit d'antidépresseurs, qui permettraient d'aider à cesser la consommation de produits toxiques à l'origine de sa phobie sociale, ce que l'assuré refusait en l'état (expertise du W. _____, p. 32 à 34).

Sur le plan de la cohérence, le Dr M. _____ n'a relevé aucune incohérence clinique. Il a indiqué que l'expertisé n'avait pas tenté d'exagérer ses symptômes et qu'il n'avait pas nié ses consommations. Les tests neuropsychologiques avaient en outre été réussis (*idem*, p. 33).

Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, la capacité de travail dans une activité adaptée de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons neuropsychologiques, retenue par l'expert psychiatre apparaît donc cohérente avec la situation objective du recourant.

cc) L'analyse du Dr M._____ n'est du reste pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier, singulièrement par les rapports du psychiatre traitant. Le Dr M._____ a en effet dûment étayé son positionnement quant à l'avis du psychiatre traitant du recourant ressortant de ses rapports des 4 juillet et 8 octobre 2022. A cet égard, il a relevé que les fluctuations d'humeur en fonction de l'état de stress ou les difficultés à s'exposer aux autres existaient, tout comme le sentiment chronique de vide ; ceux-ci s'inscrivaient toutefois dans un contexte de dépendance en produits toxiques multiples pendant plus de quinze ans, ce qui avait entraîné une anhédonie. Il a indiqué qu'il contestait les diagnostics de trouble de la personnalité mixte ou de schizophrénie indifférenciée, l'assuré ne présentant pas d'hallucinations, de troubles du cours ou du contenu de la pensée, de méfiance, de syndromes dissociatifs malgré une étrangeté dans le regard, et n'ayant jamais bénéficié d'un traitement neuroleptique. L'expert a en revanche noté qu'il était en accord avec les diagnostics posés par le Dr P._____ de phobie sociale et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. Le Dr M._____ a en outre dûment expliqué qu'il ne ressortait pas de ses constatations que l'assuré souffrait de crises de panique, ni d'angoisse généralisée, ni de dépendance affective. Pour le reste, il retenait des limitations fonctionnelles superposables, comme la phobie sociale, la baisse de l'estime de soi, les difficultés relationnelles et de gestion des émotions et l'apragmatisme.

On relèvera que les explications motivées et convaincantes du Dr M._____ doivent prendre le pas sur celles moins étayées du Dr P._____, ce d'autant plus 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 (cf. consid. 5b *supra*).

En ce qui concerne le rapport du 21 août 2023 établi par le Dr P._____ à la suite de l'expertise, il ne permet pas non plus d'en remettre en cause son bien-fondé, contrairement à ce que soutient le recourant. Le psychiatre traitant a en effet répété que son patient n'était pas capable de travailler ou de se réinsérer professionnellement, sans étayer sa position. Il a ensuite indiqué que la situation avait déclenché une décompensation psychique chez le recourant, avec une rechute à la consommation de cocaïne après quinze ans d'abstinence. Outre le fait que les analyses sanguines effectuées par les experts ont révélé que le recourant consommait encore occasionnellement de la cocaïne, contredisant le psychiatre traitant, on notera que, conformément à la jurisprudence, il n'y a pas d'atteinte invalidante en cas de troubles psychiques réactionnels à une décision négative de l'assurance-invalidité qui peuvent faire l'objet d'un traitement adéquat (TF 9C_777/2020 du 21 septembre 2021 consid. 3.2 ; TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). Dans ces conditions, il ne peut être reproché à l'intimé de ne pas avoir admis une aggravation de l'état de santé psychique du recourant après la réalisation de l'expertise.

dd) Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du Dr M._____ s'agissant de l'état de santé psychiatrique du recourant.

e) Quant à l'évaluation consensuelle des experts, on relèvera qu'elle retient en définitive une capacité de travail de « 0 % depuis octobre 2017 pour des raisons essentiellement orthopédiques » et une capacité de travail de « 80 % dans une activité adaptée depuis juin 2022 » liée aux atteintes psychiatriques, alors qu'elle faisait état quelques lignes plus haut d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 90 % sur le plan orthopédique. A la lecture de l'expertise du W._____ dans son ensemble, on comprend aisément qu'en réalité, même si l'activité habituelle du recourant n'était plus envisageable compte tenu de ses problèmes orthopédiques depuis 2017, une capacité de travail de 90 %

était exigible depuis toujours dans une activité adaptée épargnant les genoux sur le plan somatique (cf. consid. 6c *supra*). En outre, une aggravation psychiatrique avait eu lieu au moment où le recourant avait consulté son psychiatre traitant, entraînant une capacité de travail réduite de 80 % depuis le mois de juin 2022.

f) Au vu de ce qui précède, l'intimé devait donc retenir, sur la base de l'expertise probante du W._____, que le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis toujours, puis de 80 % dès le mois de juin 2022.

En reconnaissant une incapacité de travail totale de l'assuré depuis 2017 et en ouvrant ainsi le droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2022 (c'est-à-dire six mois après le dépôt de la demande du 8 octobre 2022) et jusqu'au 31 août 2022, l'OAI a rendu une décision plus favorable au recourant, ce que les experts ont constaté. Conformément à l'art. 61 let. d LPGA, la loi permet au tribunal de procéder à une *reformatio in pejus* et ainsi de réformer la décision litigieuse au détriment du recourant. Il ne s'agit cependant que d'une simple possibilité. Le tribunal n'opte pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 *ad* art. 61 LPGA). Compte tenu des circonstances de la présente affaire, en particulier de la courte période durant laquelle une rente a été octroyée au recourant, de l'aggravation passagère de son humeur avec consommation de stupéfiants et du début de son suivi psychiatrique à cette même époque, la *reformatio in pejus* n'apparaît pas opportune en l'espèce. Il y est donc renoncé. Le droit du recourant à une rente entière du 1^{er} avril au 31 août 2022 est ainsi maintenu.

7. Il convient à présent d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2022.

Dans le cas d'espèce, l'intimé a calculé les revenus avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques ressortant de l'ESS. Ce procédé est admissible puisque le recourant n'a pas exercé d'activité lucrative depuis 2011 et qu'il a auparavant exercé sa profession de carreleur auprès de nombreux employeurs différents, rendant difficile d'évaluer avec précision son revenu (cf. consid. 4b *supra*). Se fondant sur le salaire statistique applicable aux hommes exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 en 2020, indexé aux valeurs prévalant en 2022, au taux de 80 % pour le revenu d'invalidité, et de 100 % pour le revenu sans invalidité, l'OAI en a déduit les revenus avec invalidité de 52'805 fr. 40 et sans invalidité de 66'006 fr. 75. Le préjudice économique découlant de la comparaison de ces revenus étant de 20 %, il se situait en dessous du seuil minimal de 40 % nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Ce calcul, non contesté par le recourant et vérifié d'office, peut être confirmé. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant présentait un taux d'invalidité de 20 % à partir du mois de juin 2022. Il était dès lors fondé à mettre fin au 31 août 2022 à la rente entière d'invalidité octroyée au recourant, selon l'art. 88a al. 1 RAI.

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

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 28 novembre 2023 lui octroyant l'assistance judiciaire, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 118 al. 1 let. b et 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. 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 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 :

- C. _____,
- 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 :