

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juillet 2025

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Boris Heinzer, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1968, sans formation professionnelle et ayant principalement travaillé comme poseur de faux-plafonds, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 20 novembre 2020 en raison de douleurs dorsales, de troubles du sommeil, de douleurs à la jambe droite et de troubles psychiques.

L'assuré avait été hospitalisé du 13 au 19 novembre 2020 à l'E. _____, où les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de trouble de l'adaptation ont été retenus, ainsi qu'un antécédent de trouble mixte de la personnalité à traits dépendants, immatures et impulsifs.

Contacté par téléphone le 23 novembre 2020, l'assuré a indiqué qu'il était au chômage depuis le 1^{er} août 2019 à 100 %.

Dans un rapport du 11 janvier 2021, le Dr S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics incapacitants de lombalgie chronique, d'obésité morbide (BMI à 40,50) et de neuropathie du nerf fémoro-cutané, ainsi que les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de syndrome métabolique et de syndrome des apnées obstructives du sommeil de degré sévère. Il a estimé que l'assuré avait théoriquement une capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 21 janvier 2021, le Dr K. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques de longue date, d'obésité morbide de longue date, de neuropathie du nerf fémoro-cutané droit récidivante depuis août 2017, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec un status post épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique depuis décembre 2018, en rémission dès mai 2019, puis une rechute en novembre 2020 réactionnelle à un nouveau conflit avec sa conjointe. Il a

également relevé une consommation d'alcool nocive pour la santé avec des troubles du comportement et une agressivité répétée lors d'alcoolisations, un trouble mixte de la personnalité à traits dépendants, immatures et impulsifs, une difficulté en lien avec la séparation et un possible trouble addictif aux jeux d'argent. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle en septembre 2020 et de maximum 50 % lorsqu'il l'avait revu le 23 octobre 2020, évoquant comme limitations fonctionnelles l'évitement de tout travail nécessitant des ports de charges en porte-à-faux du tronc, tout port de charge supérieure à 20 kg et l'évitement des positions statiques prolongées, en privilégiant une activité permettant d'alterner les positions, idéalement toutes les 15 à 30 minutes.

Dans un rapport du 19 février 2021, la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.2), de status post épisode dépressif courant 2018-2019, de trouble mixte de la personnalité à traits dépendants, immatures et impulsifs, de difficultés en lien avec la séparation d'avec son épouse et « d'importants problèmes somatiques ». Elle a relevé une utilisation nocive pour la santé d'alcool comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Elle a estimé que l'assuré était en totale incapacité de travail dans toute activité depuis le 5 novembre 2020. Ses limitations sur le plan psychique étaient une humeur très déprimée avec perte d'énergie vitale, des troubles du sommeil avec une grande fatigue diurne et des difficultés à se concentrer, des ruminations anxieuses et une agitation psychomotrice, ainsi qu'une incapacité de longue date à se gérer seul. Elle a envisagé la reprise d'une activité adaptée à 50 % à moyen terme. Au niveau de l'anamnèse, elle a noté que l'assuré avait travaillé quelques années dans le milieu de la restauration, puis dans des entreprises de faux-plafonds dès 1994. Après plus d'une dizaine d'années comme employé, il avait fondé sa propre entreprise de pose de faux-plafonds, qu'il avait géré avec l'aide de son épouse jusqu'en 2015 où il avait fait faillite. Il avait ensuite travaillé à 50 % dans l'entreprise de faux-plafonds de son frère.

Dans un avis du 2 décembre 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que des informations complémentaires devaient être demandées aux médecins traitants.

Le Dr K._____ a répondu aux questions du SMR dans un rapport du 17 décembre 2021. Il a repris les diagnostics qu'il avait précédemment posés, faisant également mention de céphalées tensionnelles, de troubles du sommeil et d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil qui s'était amélioré. Il était d'avis que la capacité de travail de l'assuré n'avait pas excédé 30 % sur l'ensemble de l'année écoulée.

Dans un rapport du 28 janvier 2022, la Dre C._____ a également confirmé les diagnostics qu'elle avait posés et a fait savoir que l'assuré avait repris une activité à 20 % depuis le 1^{er} avril 2021 dans l'entreprise de son frère. L'assuré aidait ce dernier dans la mesure de ses possibilités (pas de travail sur les échelles, efforts et résistance limités, etc.) si bien qu'il était plus que probable qu'il ne pourrait pas travailler chez un autre employeur. Elle a considéré que sa capacité de travail dans une activité adaptée était quasi nulle du fait qu'il ne sortait presque plus de chez lui et restait de longues heures couché à ne rien faire. Elle a attesté d'une totale incapacité de travail du 5 novembre 2020 au 31 mars 2021, puis d'une incapacité de travail de 80 % depuis le 1^{er} avril 2021.

Dans son avis du 24 février 2022, le SMR a constaté un réel écart entre les éléments objectifs ressortant des rapports des médecins traitants et leurs impressions anamnestiques.

Le Dr S._____ a retenu, dans un rapport du 24 février 2022, que l'assuré avait une capacité de travail de 20 % dans son activité habituelle et *a priori* de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2022, que les limitations fonctionnelles provisoires étaient le port de charges lourdes et le port répétitif de charges de plus de 10 kg, les positions statiques prolongées et les positions en porte-à-faux. Une IRM

lombaire du 7 mars 2022 avait objectivé des troubles dégénératifs lombaires pluri-étagés avec des discopathies qui n'engendraient pas de conflit radiculaire, ainsi qu'une arthropathie facettaire pluri-étagée avec un aspect inflammatoire du ligament épineux L2-L3-L4.

A la demande du SMR, la Dre C. _____ a, dans un rapport complémentaire du 24 mars 2022, notamment décrit le status récent concernant l'état dépressif, précisé que le trouble de la personnalité était actuellement décompensé et indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était nulle du fait qu'il n'avait pas la force de se confronter aux contraintes et aux aléas d'une activité en présence d'autres personnes que ses proches.

Par avis du 3 mai 2022, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique. Celle-ci a finalement été réalisée sous la forme d'un examen clinique auprès du SMR.

Dans leur rapport du 15 septembre 2022, qui faisait office de rapport final SMR, les Drs R. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et B. _____, spécialiste en psychiatrie, ont posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies de L3 à S1 avec Modic de type I et II en L5-S1, avec une arthropathie congestive des articulations postérieures de L3 à S1 et une arthropathie interépineuse de L3 à L5 de type Bastrup. Ils ont en outre retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants :

- Méralgie paresthésique de la cuisse droite.
- Trouble anxieux et dépressif mixte succédant après six mois à un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, actuellement en rémission.
- Jeux pathologiques, actuellement en rémission.
- Dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5).
- Accentuation de certains traits de personnalité à la fois dépendants et immatures (Z73.1).

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25).

Les médecins du SMR ont conclu que l'assuré s'était retrouvé en totale incapacité de travail sur le plan psychiatrique dès le 4 décembre 2018 et sur le plan rhumatologique dès le 11 décembre 2018. Au niveau rhumatologique, l'incapacité de travail était toujours totale dans l'activité de poseur de faux-plafonds, mais l'assuré avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au moins à partir du 14 décembre 2020. Sur le plan psychiatrique, le degré de l'incapacité de travail avait été de 100 % à partir du 4 décembre 2018, puis de 0 % dès le 6 mai 2019, à nouveau de 100 % à partir du 5 novembre 2020, puis de 80 % dès le 1^{er} avril 2021 et de 0 % à compter de janvier 2022. Les limitations fonctionnelles concernaient uniquement le plan rhumatologique et étaient les suivantes : activité en zone basse, postures en porte-à-faux du tronc, postures statiques, mouvements répétitifs de rotation, flexion, extension lombaire, port de charges au-delà de 10 kg, marche sans pause au-delà d'une heure ; l'activité devait permettre à l'assuré de se lever de la position assise au moins une fois par heure.

Par projet de décision du 24 mars 2023, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité à un degré de 100 % du 1^{er} novembre 2021 au 31 mars 2022, au motif qu'il avait retrouvé une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée dès janvier 2022 et que son degré d'invalidité, calculé sur la base des données salariales statistiques, n'était alors plus que de 7 %.

L'assuré a fait valoir ses objections à ce projet de décision par courrier de son mandataire du 9 mai 2023. Il s'est notamment prévalu des conclusions du Dr S._____, qui estimait qu'une pleine capacité de travail pouvait être attendue dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2022, et de celles du Dr K._____, qui avait évalué sa capacité de travail résiduelle à maximum 30 % sur l'ensemble de l'année 2021. Il a estimé que son droit

à la rente devait prendre naissance le 1^{er} mai 2021 et que son état de santé psychique ne s'était pas significativement amélioré dès janvier 2022. Il a également émis des griefs à l'encontre du calcul du degré d'invalidité, s'étonnant de l'indexation jusqu'en 2022 et estimant qu'il fallait utiliser le niveau de compétences 2 pour fixer son revenu de valide et appliquer un abattement sur son revenu d'invalidé en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge.

L'assuré a produit un rapport de la Dre C. _____ du 11 mai 2023, qui estimait qu'il présentait un trouble de la personnalité depuis le jeune âge adulte et qu'il avait pu fonctionner relativement bien jusqu'à sa séparation en s'étayant massivement sur son épouse, que la sévérité du tableau clinique nécessitait un diagnostic d'état dépressif et non de trouble de l'adaptation et qu'il présentait actuellement un tableau dépressif à bas bruit. Elle a ainsi retenu comme diagnostics un grave trouble de la personnalité mixte à traits dépendants, immatures et impulsifs, actuellement décompensé du fait de la perte d'étayage (F60.8), un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission incomplète (F33.8) et des difficultés en lien avec la séparation d'avec son ex-épouse (Z63.5). Elle a mentionné comme limitations fonctionnelles une incapacité à gérer sa frustration avec le risque de réactions impulsives hétéro-agressives, une tendance à l'évitement des interactions sociales et au retrait social par peur de perdre le contrôle sur lui-même, une incapacité à occuper clairement une position adulte et responsable, une perte de confiance liée à ses limitations somatiques ainsi qu'un état dépressif avec perte de motivation, absence de projection dans le futur, apathie et retrait social. Elle a considéré qu'il était dans l'incapacité de s'engager de manière constructive dans un quelconque emploi.

Dans un avis du 20 juillet 2023, le SMR a estimé que la psychiatre traitante n'amenait aucun élément nouveau et exprimait seulement un point de vue différent de celui de « l'expert », si bien qu'il maintenait sa position.

Dans une communication interne du 22 septembre 2023, le service de réadaptation de l'OAI a confirmé que le calcul du droit à la rente devait se faire par rapport à l'année 2022 puisque l'assuré n'était pas apte à suivre des mesures de réadaptation avant janvier 2022 selon le SMR. Il a constaté qu'entre la fin de son activité indépendante et la longue maladie, il avait travaillé en percevant des revenus très bas, qu'il avait été engagé en tant que manœuvre entre 2018 et 2020 et qu'il ne disposait pas du profil et des prérequis pour lui permettre d'exercer une activité professionnelle correspondant au niveau de qualification 2. Selon les nouvelles règles applicables, un abattement sur le revenu d'invalidité pouvait être pris en compte uniquement en cas de capacité de travail égale ou inférieure à 50 %.

Par courrier du 16 novembre 2023, l'OAI a pris position sur la contestation du recourant en se référant aux prises de position du SMR et du service de réadaptation.

Par décision du 8 juillet 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} novembre 2021 au 31 mars 2022.

B. Par acte du 7 août 2024, M. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme et à être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. Il a fait valoir que son état psychique et physique s'était dégradé depuis son divorce en 2018 et qu'il était toujours en totale incapacité de travail. Il a allégué qu'il souffrait d'une hernie discale, d'un nerf au niveau de la hanche qui le bloquait dans ses mouvements et qu'il présentait des comportements inadéquats et violents, ainsi que des angoisses importantes qui l'isolaient. Il a relevé que la décision n'avait pas été adressée à son avocate et a demandé à ce qu'elle lui soit envoyée. Il a en outre requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 2 septembre 2024, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré et désigné Me Boris Heinzer comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 27 septembre 2024, l'OAI a proposé la réforme de la décision litigieuse, dans le sens d'une reconnaissance du droit à la rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021, soit six mois après le dépôt de la demande, au 31 mars 2022. Il a maintenu sa position pour le surplus.

Par réplique du 15 janvier 2025, l'assuré a relevé que la rémission à laquelle le médecin psychiatre du SMR avait conclu dès décembre 2021 était contredite par le fait qu'il avait encore consulté les urgences psychiatriques de l'A. _____ au mois de mai 2022, le rapport en question précisant qu'il s'agissait d'un patient connu pour un trouble thymique. Il a reproché au SMR de ne pas avoir demandé son dossier médical à l'A. _____ et constaté que ses conclusions étaient en contradiction avec celles de ses médecins traitants, produisant deux rapports à cet égard. Compte tenu de ses années de travail à temps partiel, il a conclu au renvoi du dossier à l'intimé en vue de déterminer son statut et, le cas échéant, de procéder à une enquête ménagère. Il a critiqué le revenu d'invalidité retenu, estimant qu'il devait être fixé à 47'349 fr. compte tenu d'un abattement de 25 % en raison de son origine étrangère, du fait qu'il ne savait ni lire ni écrire en français, qu'il ne bénéficiait d'aucune formation, qu'il était âgé de 57 ans et souffrait d'obésité morbide. Il a estimé que, pour fixer son revenu sans invalidité, il fallait tenir compte du salaire de 85'546 fr. qu'il avait touché en 2014 alors qu'il travaillait à plein temps, en l'indexant jusqu'en 2021, ce qui donnait un montant de 88'540 francs. Il a fait valoir qu'il présentait un taux d'invalidité d'au moins 48 %. Il s'est prévalu d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où la décision entreprise n'indiquait pas comment les revenus avec et sans invalidité avaient été déterminés, considérant que cette violation présentait une gravité telle qu'elle justifiait l'annulation de la décision et le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, la

production en mains de l'A._____ de son dossier médical complet, ainsi que l'audition des Drs C._____ et K._____.

A l'appui de sa réplique, l'assuré a produit un rapport de la Dre C._____ du 2 décembre 2024 qui confirmait les conclusions de son rapport du 11 mai 2023 ainsi qu'un rapport du Dr K._____ du 31 décembre 2024 qui a indiqué que la neuropathie du nerf fémoro-cutané droite était exacerbée depuis mai 2024, que le grave trouble de la personnalité à traits dépendants, immatures et impulsifs était décompensé du fait de la perte d'étayage, que le trouble dépressif récurrent était en rémission incomplète et a mentionné la présence d'une fasciite plantaire à droite entre novembre 2023 et juin 2024. L'examen neurologique effectué à la suite de chutes que l'assuré avait faites s'était révélé normal. Le Dr K._____ a fait état d'une stagnation de l'évolution sur le plan somatique, avec la survenue régulière d'exacerbations douloureuses au niveau de la cuisse droite, du talon droit et de la région lombaire, syndromes qui étaient fortement liés à la conjonction de son obésité morbide et des difficultés à adhérer efficacement aux recommandations thérapeutiques, difficultés que le médecin traitant mettait sur le compte des limitations d'ordre psychique de l'assuré. Il a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 20 % dans l'activité habituelle et d'une capacité pouvant progressivement être augmentée jusqu'à 60 % grâce à des mesures de réinsertion dans une activité adaptée qui consisterait en un travail simple de manutention permettant d'alterner les moments de marche et ceux de position assise et debout.

Dans sa duplique du 6 février 2025, l'OAI a maintenu sa position. Il a renvoyé aux rapports de son service de réadaptation en ce qui concerne la comparaison des gains, précisé qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer un abattement sur le revenu d'invalidité du fait que le marché du travail recouvrait un large éventail d'activités simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré et ne nécessitant ni formation ni expérience particulière, et que l'âge et la maîtrise de la langue n'avaient en principe pas d'incidence sur le salaire pour les activités du niveau de compétences 1. Il a produit un avis établi le

27 janvier 2025 par le SMR, selon lequel il n'y avait aucun élément nouveau sur le plan psychiatrique et, sur le plan somatique, il n'y avait pas de notion d'aggravation et il était vraisemblable que les douleurs alléguées soient provoquées par le maintien à 20 % d'une activité inadaptée aux limitations fonctionnelles.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI lui a alloué une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} novembre 2021 au 31 mars 2022.

3. a) Il convient d'examiner en premier lieu la violation du droit d'être entendu dont se plaint le recourant, en lien avec un défaut de motivation de la décision attaquée sur la fixation des revenus avec et sans invalidité.

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références).

c) 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., 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 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 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).

d) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2).

e) En l'occurrence, il faut constater que, dans la décision attaquée, l'OAI a mentionné les revenus avec et sans invalidité qu'il a pris en compte pour calculer le degré d'invalidité du recourant à partir de janvier 2022. Il a précisé, s'agissant du revenu d'invalidité, qu'il s'était référé aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique dans la mesure où le recourant n'avait pas repris d'activité lucrative et que le salaire que pouvait percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services était de 64'877 fr. 19 à 100 % en 2022. Il ressort de ce qui précède que le recourant disposait des éléments suffisants pour comprendre le calcul de son degré d'invalidité et contester si nécessaire les revenus avec et sans invalidité retenus.

En outre, il faut rappeler que, dans le cadre de la procédure d'audition, une copie du dossier de l'intimé a été envoyée au conseil d'alors du recourant le 26 avril 2023, lequel contenait notamment les documents « REA – Rapport final » et « Calcul du degré d'invalidité », qui explicitaient les éléments retenus pour le calcul du préjudice économique. L'assuré avait alors formulé quelques objections en lien avec le calcul du degré d'invalidité, sur lesquelles l'OAI s'est déterminé dans sa prise de position du 16 novembre 2023 en se référant à l'avis de son service de réadaptation du 22 septembre 2023, transmis en pièce jointe, qui

expliquait de manière détaillée pourquoi le calcul du degré d'invalidité avait été fait par rapport à l'année 2022, ainsi que pour quels motifs il se justifiait de retenir le niveau de compétences 1 pour le revenu sans invalidité et de ne pas appliquer d'abattement sur le revenu d'invalidité. On ne perçoit donc pas de violation du droit d'être entendu.

Finalement, le nouveau conseil du recourant a également pu prendre connaissance du dossier dans le cadre de la présente procédure et a pu contester en toute connaissance de cause le calcul du préjudice économique. En conséquence, si tant est qu'on puisse reconnaître une éventuelle violation du droit d'être entendu, celle-ci a été réparée devant la Cour de céans.

f) On peut encore relever à toutes fins utiles que le recourant a valablement contesté la décision litigieuse, qui lui a été adressée directement. Il apparaît que l'ensemble de son dossier, y compris la décision du 8 juillet 2024, a été transmis à son ancien mandataire le 21 août 2024, comme il en a fait la demande dans son recours. Il ne résulte par conséquent aucun préjudice de la notification de la décision litigieuse à l'assuré uniquement.

4. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En ce qui concerne les procédures de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, la date de l'éventuelle modification

déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente dès le 1^{er} novembre 2021 si bien que l'ancien droit est applicable pour le droit aux prestations du recourant à compter de cette date. L'OAI a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès le 1^{er} janvier 2022 et a supprimé son droit à la rente le 31 mars 2022 en application de l'art. 88a RAI. Dans la mesure où cette date est postérieure au 31 décembre 2021, il convient d'appliquer le nouveau droit à la révision du droit à la rente. On peut encore préciser que le recourant, né le [...] 1968, n'était pas encore âgé de 55 ans au moment de l'entrée en vigueur du nouveau droit, le 1^{er} janvier 2022.

5. 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).

b) 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.

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, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, 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). Un changement déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations est établi, en particulier, dès qu'une dégradation de sa capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 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).

e) 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).

aa) 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 (cf. pour le nouveau droit l'art. 26 al. 1, première phrase, RAI), 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). 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 publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472

consid. 4.2.1 pour l'ancien droit ; art. 26 al. 4 RAI pour le nouveau droit en lien avec l'art. 25 al. 3 RAI).

bb) Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGA) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (ATF 143 V 295 consid. 2.2 pour l'ancien droit ; art. 26bis al. 1 RAI pour le nouveau droit).

Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques (ATF 143 V 295 consid. 2.2 pour l'ancien droit ; art. 26bis al. 1 et 2 RAI pour le nouveau droit).

cc) Les valeurs statistiques utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe ; elles sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2 pour l'ancien droit ; art. 25 al. 3, troisième phrase, et al. 4 RAI pour le nouveau droit). 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).

dd) Sous l'ancien droit, la jurisprudence admettait de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour tenir compte du fait que 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'invalidé était nécessaire (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Selon l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) 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). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à

prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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 asséculoologique. 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) 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).

7. a) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant du 1^{er} novembre 2021 au 31 mars 2022, considérant que, dès janvier 2022, il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, son préjudice économique calculé sur cette base étant inférieur à 40 %.

b) A titre liminaire, il convient de relever qu'il n'est pas contesté que le recourant a été en incapacité de travail totale, pour des raisons somatiques, dès le 11 décembre 2018, et l'était encore lorsqu'il a

déposé sa demande de prestations le 20 novembre 2020. Cela faisait donc plus d'une année qu'il était en incapacité de travail à un taux supérieur à 40 %. Il n'est pas non plus contesté que l'incapacité de travail du recourant en toutes activités a ensuite perduré, pour des raisons psychiatriques, à tout le moins jusqu'en décembre 2021 à un taux de 80 %. Ainsi, le droit du recourant à une rente entière d'invalidité doit s'ouvrir le 1^{er} mai 2021, soit six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI). Dans ses écritures, l'OAI a admis avoir par erreur fait débiter la rente en novembre 2021 et a conclu à la réforme de la décision attaquée dans ce sens. En conséquence, le recours doit être admis sur ce point.

Est en revanche toujours litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré en janvier 2022 et qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour retenir cette amélioration de l'état de santé, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR. L'intéressé fait valoir que le rapport d'examen du SMR serait dénué de valeur probante et conteste avoir récupéré une pleine capacité de travail en se prévalant des rapports médicaux de ses médecins traitants.

c) Le rapport d'examen établi le 15 septembre 2022 par les Drs R._____ et B._____ du SMR se fonde sur toutes les pièces au dossier, établit une anamnèse complète, précise le contexte psychosocial, les antécédents, les plaintes du recourant, ses habitudes, ainsi que sa journée type et repose sur les constatations cliniques faites par les deux médecins, ainsi que leurs conclusions motivées et convaincantes. D'un point de vue formel, ce rapport remplit donc toutes les exigences pour se voir accorder une pleine valeur probante. Reste à examiner si les conclusions de ces médecins sont remises en cause par les autres pièces au dossier.

aa) S'agissant du volet somatique, les médecins s'accordent quant au fait que le recourant souffre de lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies et d'arthropathie ainsi que d'une méralgie

paresthésique de la cuisse droite, comme l'a retenu le Dr R. _____ lors de son examen. Il est également admis que l'assuré présente une obésité, un syndrome métabolique, ainsi que des apnées obstructives du sommeil (rapport d'examen SMR p. 13).

Dans ses conclusions, le Dr R. _____ a exposé de manière claire et dénuée de contradiction les raisons pour lesquelles il estimait que le recourant disposait, à tout le moins depuis le 14 décembre 2020, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : activité en zone basse, postures en porte-à-faux du tronc, postures statiques, mouvements répétitifs de rotation, flexion, extension lombaire, port de charges au-delà de 10 kg, marche sans pause au-delà de 1 heure ; l'activité doit permettre à l'assuré de se lever de la position assise au moins une fois par heure.

Le recourant se prévaut de l'avis de son médecin traitant, qui estime que sa capacité de travail est limitée. Il faut tout d'abord constater que, dans ses différents rapports, le Dr K. _____ a estimé que l'assuré avait récupéré une capacité de travail limitée dans l'activité habituelle, d'abord de 50 % dès octobre 2020 (rapport du 21 janvier 2021), puis de 30 % en moyenne sur l'ensemble de l'année 2021 (rapport du 17 décembre 2021) et enfin de 20 % (rapport du 31 décembre 2024). Or, l'OAI a retenu, sur la base du rapport d'examen SMR, que l'activité habituelle n'était plus exigible. L'amélioration de la capacité de travail à laquelle il a conclu dès janvier 2022 concerne la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 21 janvier 2021, le Dr K. _____ ne se prononce pas sur cette question. Il estimait cependant que les limitations fonctionnelles devraient porter sur l'évitement de tout travail nécessitant des ports de charges en porte-à-faux du tronc, sur tout port de charge supérieure à 20 kg et l'évitement des positions statiques prolongées, en privilégiant une activité permettant d'alterner les positions, idéalement toutes les 15 à 30 minutes. Ces limitations rejoignent globalement celles arrêtées dans le rapport d'examen SMR. Dans son rapport du 17 décembre 2021, le Dr K. _____ renvoie à l'avis du Dr S. _____ sur la capacité de travail dans une activité

adaptée. C'est également sur les rapports du Dr S._____ que le Dr R._____ s'est fondé pour conclure à l'existence d'une pleine capacité de travail depuis le 14 décembre 2020. Il s'agit en effet de la date du dernier contrôle par ce médecin avant qu'il indique, dans son rapport du 11 janvier 2021, que l'assuré devrait théoriquement avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 24 février 2022, il a confirmé que l'assuré avait *a priori* une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles provisoires étant le port de charges lourdes et le port répétitif de charges de plus de 10 kg, les positions statiques prolongées et les positions en porte-à-faux. Les conclusions du Dr S._____ concordent par conséquent avec celles du Dr R._____, à la différence que ce dernier a daté la récupération d'une pleine capacité de travail sur le plan somatique au 14 décembre 2020 alors que le Dr S._____ mentionne la date du 1^{er} avril 2022 dans son rapport du 24 février 2022, estimant que la situation médicale n'était pas encore stabilisée puisque le patient allait être suivi prochainement par l'I._____. Les traitements prévus n'empêchaient cependant manifestement pas l'exercice d'une activité légère puisque le recourant a lui-même indiqué, lors de la consultation du 9 mai 2022 à l'I._____, qu'il jugeait ses lombalgies non-handicapantes (rapport du Dr K._____ du 31 décembre 2024) et puisque les infiltrations faites pour sa meralgie paresthésique l'avaient bien soulagé (rapport d'examen SMR p. 22), atteinte au demeurant jugée non incapacitante par le Dr R._____ (ibidem).

Dans son rapport du 31 décembre 2024, le Dr K._____ mentionne l'apparition d'une fasciite plantaire droite en juillet 2023, respectivement en novembre 2023, jusqu'à juin 2024. Dans son avis du 27 janvier 2025, le SMR mentionne la fasciite plantaire sans y voir une aggravation de l'état de santé. Il ressort en effet du rapport du Dr K._____ qu'il a recommandé à l'assuré un chaussage adapté ainsi que des exercices d'étirement à réaliser, mesures sur lesquelles il a insisté en vue d'une diminution des douleurs. Au vu de ces traitements, tout à fait exigibles, il n'y a pas lieu de considérer qu'il s'agit d'une atteinte durablement incapacitante.

Dans ce même rapport, le Dr K. _____ fait état d'une stagnation de l'évolution sur le plan somatique, avec la survenue régulière d'exacerbations douloureuses au niveau de la cuisse droite, du talon droit et de la région lombaire. Il considère que l'assuré pourrait hypothétiquement augmenter son taux d'activité jusqu'à 60 % uniquement, mais sans motiver sérieusement son point de vue ni exposer en quoi l'argumentation développée par le Dr R. _____ serait erronée. Dans son avis du 27 janvier 2025, le SMR estime vraisemblable que les douleurs alléguées soient provoquées par le maintien à 20 % d'une activité inadaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré ayant continué à travailler par périodes dans l'entreprise de son frère. Le SMR relève en outre que l'assuré est en mesure de marcher 30 minutes selon le rapport du Dr K. _____ et que la vie quotidienne qu'il mène est tout à fait compatible avec une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr K. _____ dans son rapport du 31 décembre 2024, à savoir l'exercice d'un travail simple de manutention permettant d'alterner les moments de marche et ceux de position assise et debout, sont par ailleurs compatibles avec celles retenues par le Dr R. _____.

En conséquence, le volet rhumatologique du rapport d'examen du SMR doit se voir accorder une pleine valeur probante.

bb) En ce qui concerne le volet psychiatrique, le Dr B. _____ a conclu à un trouble anxieux et dépressif mixte succédant, après six mois, à un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, actuellement en rémission, ainsi qu'à des jeux pathologiques, actuellement en rémission, à la dislocation de la famille par séparation et divorce, à l'accentuation de certains traits de personnalité à la fois dépendants et immatures, de même qu'à des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de tabac.

Il explique de manière convaincante qu'il n'y a pas de raison de retenir l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel

moyen à sévère, diagnostic posé par la Dre C._____ et repris par le Dr K._____. Il relève à cet égard que les rapports médicaux et l'anamnèse s'accordent pour dire qu'il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques et dépressifs avant la première séparation de l'assuré avec son épouse en décembre 2018. Les deux épisodes qui ont nécessité un suivi psychiatrique ont tous deux eu la même origine, à savoir la séparation physique avec son épouse, et l'amélioration de son état en 2019 a concorde avec un rapprochement avec son épouse suivi de la reprise de la vie commune peu de temps après.

Le Dr B._____ est également convaincant lorsqu'il relève que le second épisode dépressif est en rémission depuis que l'assuré s'est résolu à accepter la situation de divorce, en particulier pour faire plaisir à l'ensemble de ses enfants et pouvoir revoir ses aînés, qu'il ne voyait plus depuis plus d'une année. Le médecin du SMR a ainsi constaté qu'on était dans une situation où la séparation était à l'origine des troubles et où le fait de renouer des liens, que ça soit avec son épouse la première fois, puis avec ses enfants la seconde fois, avait entraîné la rémission des troubles, ce qui justifiait de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Dans la mesure où le deuxième épisode avait duré plus de six mois, il était nécessaire, conformément aux règles de la CIM-10, de le requalifier en trouble anxieux et dépressif mixte et de préciser les circonstances du trouble, en l'occurrence en retenant l'existence d'une dislocation de la famille par séparation ou divorce.

Le médecin du SMR a mentionné pour quelles raisons il a retenu l'existence de symptômes anxieux et non uniquement dépressifs. Il a précisé que, depuis décembre 2021, ces symptômes avaient en partie disparu et que ceux qui restaient présentaient un caractère sporadique, ce qui justifiait de conclure à une rémission depuis cette date (examen SMR p. 26).

Le Dr B._____ s'est éloigné de l'avis de la psychiatre traitante en retenant le diagnostic d'accentuation de traits de

personnalité, à la fois dépendants et impulsifs, et non un trouble de la personnalité actuellement décompensé. Il a indiqué que les traits de personnalité dépendants se limitaient à la subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont il est proche, que sa réticence à faire des demandes n'existait pas auparavant et qu'il n'avait jamais présenté de préoccupations particulières, ni de peur d'être abandonné ou livré à lui-même. Le médecin du SMR a nié l'existence d'une dépendance de l'assuré à son épouse, relevant que celui-ci avait géré pendant six ans son entreprise quasiment seul et, si son épouse s'était occupée des questions administratives, ce n'était pas pendant plus de deux heures par semaine en moyenne et c'était essentiellement dû à sa méconnaissance de la langue française écrite. De même, c'était son épouse qui conduisait car il ne disposait pas du permis de conduire, et il l'avait passé à la suite de la séparation. Selon le Dr B._____, l'impulsivité ne faisait pas partie de la personnalité de l'assuré et ne s'était manifestée que dans les situations de séparation conjugale, qu'elle avait été aggravée par le sentiment d'atteinte narcissique liée au divorce (après, qui plus est, une faillite) et était accentuée par la prise d'alcool. Il a observé que ces traits de personnalité n'étaient plus présents à l'examen psychiatrique et constaté qu'ils n'avaient jamais été incapacitants puisque le recourant avait pu garder une activité professionnelle dans l'entreprise de son frère.

Le Dr B._____ expose ainsi de manière motivée et convaincante les raisons pour lesquelles il s'éloigne des conclusions de la psychiatre traitante. Les compléments d'explications que celle-ci a apportés dans son rapport du 11 mai 2023, postérieur au rapport d'examen SMR, ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions du Dr B._____. Comme le relève le SMR dans son avis du 20 juillet 2023, la psychiatre traitante n'amène aucun élément nouveau et exprime seulement un point de vue différent de celui de l'expert. Les éléments ressortant de son rapport contredisent par ailleurs les pièces au dossier. Elle décrit en effet l'assuré comme une personne complètement perdue, sans motivation ni énergie vitale, passant quasi l'entier de ses journées dans son lit, assailli de ruminations anxieuses, avec des idées suicidaires bien présentes, tandis qu'il ressort de l'anamnèse recueillie lors de

l'examen SMR que l'assuré sort en moyenne trois fois par semaine faire une promenade d'environ une heure, qu'il passe la soirée un jour sur deux avec son fils cadet, qu'il est autonome pour les tâches ménagères (examen SMR p. 17), que ses idées suicidaires ont disparu depuis décembre 2021 (examen SMR p. 20) et qu'il ne décrit pas, depuis cette date, de diminution de l'intérêt et du plaisir (examen SMR p. 15), étant précisé que ses seuls centres d'intérêt - lesquels n'ont pas évolué dans le temps - sont la fréquentation de sa famille et le visionnage d'émissions de son pays d'origine (examen SMR p. 18). De même, dans son rapport du 31 décembre 2024, le Dr K. _____ mentionne que l'assuré marchait régulièrement en 2023, allant parfois de [...] jusqu'à [...], ou faisait des balades d'une heure au bord du lac. Le Dr R. _____ a en outre souligné que la musculature de l'assuré n'était pas compatible avec un alitement prolongé (examen SMR p. 22). S'agissant par ailleurs des conclusions de la Dre C. _____ relatives à la capacité de travail du recourant, elles n'apparaissent pas cohérentes puisqu'elle a d'abord envisagé la reprise d'une activité adaptée de 50 % à moyen terme dans son rapport du 19 février 2021, avant d'exclure, dans son rapport du 11 mai 2023, toute capacité de travail dans un emploi autre qu'occupationnel, sans aucunement motiver ce changement de position.

De son côté, le Dr B. _____ s'est prononcé sur la capacité de travail de manière motivée et détaillée, sur la base d'un examen de l'ensemble des critères définis par la jurisprudence pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychiques. Ce médecin a ainsi relevé, s'agissant du caractère de gravité des diagnostics retenus, que même si un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive est souvent considéré comme non incapacitant, il faut constater en l'occurrence que la fragilité narcissique de l'assuré, amplifiée par les échecs tant professionnels que conjugaux, avait aggravé son effondrement thymique et qu'il se justifiait de retenir l'existence d'une totale incapacité de travail pendant les deux épisodes, du 4 décembre 2018 au 6 mai 2019, puis du 5 novembre 2020 au 31 mars 2021, et ensuite d'une incapacité de travail de 80 % du 1^{er} avril 2021 jusqu'à décembre 2021. Le médecin du SMR a pris en compte les traitements

entrepris et s'est prononcé sur la cohérence (examen SMR p. 29). Il a en outre constaté que les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne permettaient de constater que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assuré ainsi que son autonomie dans la vie quotidienne étaient globalement conservées (examen SMR pp. 24-25).

Le Dr B._____ fixe la date de la rémission du trouble dépressif à décembre 2021 en indiquant que, depuis ce moment, il ne persiste plus que des tensions motrices avec tristesse et labilité émotionnelle, à raison de 4-5 épisodes par semaine de moins de 30 minutes, qui se calment spontanément le plus souvent (examen SMR pp. 24, 26, 28-29).

Dans sa réplique, le recourant fait valoir que ce médecin n'aurait pas tenu compte du rapport médical établi à l'A._____ le 7 mai 2022 et estime qu'il faut verser au dossier les pièces médicales en mains de cet établissement. On ne saurait le suivre. En effet, ce rapport, qui figure en annexe du rapport du SMR, est résumé dans ce dernier parmi les documents du dossier (examen SMR p. 9), ce qui indique qu'il était connu des médecins du SMR. Ce document ne permet par ailleurs pas de contredire les conclusions du rapport d'examen SMR. Le fait qu'il indique que le recourant est connu pour un trouble thymique, sans plus de précision, n'apporte aucun élément nouveau puisqu'il est admis que le recourant a présenté un trouble anxieux et dépressif, ayant fait suite à un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Ce rapport s'inscrit en outre dans un contexte particulier, à savoir la survenue d'un trouble thymique avec une composante de colère à la suite d'une chute, au cours de laquelle l'assuré a cassé ses prothèses dentaires, et dans le cadre d'une consommation excessive d'alcool. Or le psychiatre du SMR a également posé le diagnostic de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et relevé les conséquences nocives de ceux-ci. Ce diagnostic est considéré comme non incapacitant tant par le SMR que les médecins traitants. On ne saurait en outre voir dans cette situation particulière et isolée, qui a amené l'assuré à consulter les urgences, un

élément qui irait à l'encontre de la rémission constatée par le Dr B._____.

d) En conséquence, l'OAI pouvait se fonder sur le rapport d'examen du SMR et reconnaître que le recourant était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques à compter de janvier 2022.

8. Le recourant fait valoir que l'OAI aurait dû instruire le taux auquel il travaillerait s'il était en bonne santé, puisque son taux d'activité effectif a fluctué. Il ressort cependant d'un entretien téléphonique du 23 novembre 2020 entre un conseiller de l'OAI et le recourant que ce dernier était inscrit au chômage à 100 % depuis le 1^{er} août 2019, ce qui démontre qu'il entendait travailler à plein temps. En outre, le recourant n'a jamais prétendu, avant son mémoire de réplique, qu'il ne travaillerait pas à 100 % s'il était en bonne santé. Partant, l'OAI a à juste titre retenu un statut d'actif à 100 %.

9. a) Pour ce qui est du préjudice économique du recourant, celui-ci conteste les montants retenus à titre de revenus avec et sans invalidité.

Il convient de constater, à titre préliminaire, que c'est à juste titre que l'OAI a effectué la comparaison des gains par rapport à l'année 2022. Comme déjà mentionné ci-dessus, il est admis qu'en mai 2021, l'assuré présentait une totale incapacité de travail en toutes activités et, partant, un degré d'invalidité de 100 %. Le présent calcul porte en revanche sur son taux d'invalidité après la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès janvier 2022 et doit donc être fait par rapport à l'année 2022, en application du nouveau droit, puisque la réduction ou suppression du droit à la rente interviendrait trois mois après cette amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

b) Le recourant estime que son revenu sans invalidité doit être fixé à 88'540 fr. sur la base du salaire qu'il touchait en 2014 alors qu'il travaillait à plein temps.

Il n'y a toutefois aucune raison de prendre en compte un salaire perçu dans une activité salariée qui s'est terminée plusieurs années avant le début de l'atteinte à la santé. Il convient, au contraire, de constater qu'au moment où sa capacité de gain a été diminuée en raison de son atteinte à la santé, le recourant ne travaillait qu'à un taux réduit dans l'entreprise de son frère et touchait des prestations de l'assurance chômage et de l'aide sociale pour le surplus. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les données salariales statistiques de l'ESS dans le secteur de la construction et, singulièrement, sur le niveau de compétences 1, au vu du parcours du recourant et de son absence de formation (voir également à ce sujet la prise de position du service de réadaptation du 22 septembre 2023). Le revenu sans invalidité arrêté à 69'929 fr. 11 doit ainsi être confirmé.

c) Le recourant critique également le revenu d'invalidité retenu, estimant qu'il devait être fixé à 47'349 fr. compte tenu d'un abattement de 25 % en raison de son origine étrangère, du fait qu'il ne sait ni lire ni écrire en français, qu'il ne bénéficie d'aucune formation, qu'il est âgé de 57 ans et souffre d'obésité morbide.

Dans sa prise de position du 22 septembre 2023, le service de réadaptation de l'OAI a écarté tout abattement en constatant que le recourant disposait d'une capacité de travail supérieure à 50 %, se référant à l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023. Le Tribunal fédéral a depuis lors jugé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et qu'il y a lieu d'examiner la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

En l'occurrence, il convient de relever que les activités adaptées envisagées par l'intimé font partie du niveau de compétence 1 de l'ESS et ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, si bien que les effets pénalisant au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisants, ce d'autant moins que la jurisprudence considère que de tels emplois, non qualifiés, sont généralement disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (TF 8C_438/2022 du 26 mai 2023 consid. 4.3.4 et les références citées). C'est également en vain que le recourant se réfère à ses capacités linguistiques déficientes comme facteur d'abattement dès lors que le niveau de qualification professionnelle déterminant ne nécessite en l'espèce pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (TF 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.4 ; TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2). Le fait que le recourant est de nationalité étrangère n'est guère plus pertinent, puisque les salaires statistiques de l'ESS sont basés sur les revenus de la population résidente tant suisse qu'étrangère et que le recourant réside en Suisse depuis 1993 et dispose d'un permis d'établissement. Pour le reste, l'obésité du recourant n'est pas considérée comme engendrant en elle-même des limitations fonctionnelles, de sorte qu'on ne voit pas à quel titre elle justifierait un abattement. Finalement, on peut préciser que le marché du travail recouvre un large éventail d'activités simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu d'invalidé fixé par l'OAI à 64'887 fr. 19 peut ainsi être confirmé.

d) C'est ainsi à bon droit que l'OAI a retenu que le recourant ne présentait plus qu'un degré d'invalidité de 7 % à partir de janvier 2022, insuffisant pour maintenir un droit à une rente d'invalidité.

10. a) Cela étant, il convient encore d'examiner l'éventuel besoin du recourant de mesures de réadaptation en vue de mettre en valeur la capacité de travail médico-théorique reconnue.

b) Il existe en effet des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires,

malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (ATF 148 V 321 consid. 7.1.2 ; TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 7.2 et les références). L'examen – et, cas échéant, l'exécution – des éventuelles mesures constituent alors une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (ATF 148 V 321 consid. 7.1.3 ; TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 et les références). Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente, ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, les organes de l'assurance-invalidité doivent vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (ATF 145 V 209 consid. 5.1 et 5.4 ; TF 9C_291/2023 ibidem et les références). Pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint, il faut se fonder sur le moment du prononcé de la décision (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

c) En l'occurrence, le recourant, né le [...] 1968, était âgé de plus de 55 ans au moment où l'OAI lui a octroyé une rente d'invalidité limitée dans le temps, le 8 juillet 2024. Il appartient ainsi à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité de travail résiduelle. Le

recourant a donc droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente. Or cet examen n'a pas été effectué par l'intimé.

Les prises de position du service de réadaptation de l'OAI datent des 13 janvier et 23 septembre 2023 et n'ont pas analysé la nécessité de mesures d'ordre professionnel au regard de l'âge du recourant, lequel n'avait pas encore atteint l'âge de 55 ans à ce moment-là. Dans son rapport du 13 janvier 2023, le service de réadaptation a renoncé à proposer une aide au placement au recourant au motif que celui-ci ne souhaitait pas reprendre une activité professionnelle au vu des éléments de « l'expertise ». Il faut toutefois rappeler que l'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6 et les références). Il y a notamment lieu de tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail (TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1). En l'occurrence, lors de l'examen SMR, le recourant a certes indiqué au rhumatologue qu'il ne pouvait pas travailler - étant précisé que son activité habituelle a effectivement été jugée inexigible - mais a déclaré à l'expert psychiatre qu'il n'avait aucune idée de ses attentes envers l'OAI, expliquant que c'étaient ses médecins qui avaient fait la demande de prestations (examen SMR p. 16). Il faut en outre souligner que le recourant ne s'estime pas incapable d'exercer toute activité puisqu'il a continué à travailler par périodes à un taux de 20 % dans l'entreprise de son frère. On ne saurait dès lors conclure d'emblée à l'absence de volonté de réadaptation de la part du recourant, au vu des éléments du dossier. Cela étant, dans la mesure où l'OAI ne lui a jamais proposé une quelconque mesure de réadaptation, on ignore si celui-ci serait preneur de telles mesures.

Il faut constater qu'en raison de sa pleine capacité de travail médico-théorique, de son absence de formation et de son âge, les mesures de réadaptation qui pourraient entrer en ligne de compte à

l'égard du recourant se limitent concrètement à celles qui peuvent être octroyées dans le cadre de l'aide au placement. Il paraît dès lors adéquat, compte tenu des circonstances du cas d'espèce et notamment de l'incertitude quant à l'aptitude subjective du recourant à la réadaptation, de confirmer la fin du droit à la rente telle que prononcée par l'OAI dans la décision litigieuse tout en ordonnant à l'intimé de proposer une aide au placement au recourant.

11. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans qu'il n'apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, de solliciter la production du dossier médical du recourant en mains de l'A. _____ ou d'auditionner les Drs C. _____ et K. _____. Il se justifie dès lors de renoncer à de telles mesures d'instruction 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).

12. a) Le recours doit par conséquent être partiellement admis. La décision litigieuse est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 31 mars 2022. Il est en outre ordonné à l'OAI de proposer au recourant une aide au placement.

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 de la partie intimée, vu l'issue du litige (TF 9C_65/2024 du 12 août 2024 consid. 4.3).

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 11 avril 2025 par Me Boris Heinzer, dont l'intervention a commencé au stade de la réplique alors que l'OAI avait déjà conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière du 1^{er} mai 2021 au 31 mars 2022, il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, d'arrêter cette

indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 8 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que M. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 31 mars 2022.
- III.** Il est ordonné à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud de proposer une aide au placement à M. _____.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à M. _____ à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Boris Heinzer (pour M. _____),
- 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 :