

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 avril 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge, et Mme Pelletier, assesseure
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), d'origine [...], né en [...], est arrivé en Suisse en 2010. Il est marié et père de deux enfants nés en 2013. Sans formation reconnue en Suisse, il travaillait en qualité de [...] dans une entreprise de construction depuis le 16 mars 2015.

Le 19 mars 2015, il a été victime d'une chute sur un chantier. Selon le rapport établi le 21 avril 2015 par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a subi une fracture par compression latérale du bassin avec fracture des branches ichio- et ilio-pubiennes à droite ainsi qu'une fracture de l'aileron sacré droit. Un traitement conservateur a été mis en place. Une incapacité de travail totale a été attestée dans l'activité habituelle depuis lors et la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Selon la déclaration de sinistre LAA de l'employeur du 2 décembre 2015, l'assuré a glissé en descendant un escalier et a subi une entorse à la cheville gauche le 23 [recte : 24] novembre 2015. La CNA a pris le cas en charge.

L'employeur de l'intéressé a résilié les rapports de travail pour le 31 mars 2016.

L'assuré a été examiné le 24 mai 2016 par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport daté du même jour, le Dr Z._____ a noté que l'assuré avait subi une entorse sévère de la cheville avec arrachement du péroné distal le 24 novembre 2015 et un nouvel accident avec une torsion de la cheville gauche le 1^{er} décembre 2015. Il a indiqué que le bilan radiologique initial du 24 novembre 2015 faisait état d'une fracture-arrachement de l'extrémité distale postérieure du péroné gauche et que le bilan par CT-scan montrait un arrachement millimétrique à la pointe de la

malléole interne gauche, mais également des dégâts cartilagineux du dôme talien. Le patient avait bénéficié d'un traitement conservateur par immobilisation plâtrée durant huit semaines suivi d'une rééducation en physiothérapie. Le médecin a constaté que l'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 19 avril 2016 révélait des dégâts cartilagineux tibio-taliens et estimé que ceux-ci devaient faire l'objet d'un examen spécialisé par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par rapport du 7 juin 2016 à la CNA, le Dr L._____ a posé le diagnostic de status post entorse sévère de la cheville gauche le 24 novembre 2015 avec instabilité ligamentaire externe, lésion ostéochondrale du dôme du talus supéro-externe, conflit interne avec petit arrachement osseux au niveau de la pointe de la malléole interne et externe avec fracture de la partie postéro-externe de la fibula. Il a noté que le patient se plaignait de sensations de blocage, d'instabilité de sa cheville gauche à la marche en terrain irrégulier, de tuméfaction et de douleurs. Le médecin a préconisé une prise en charge chirurgicale.

Le 9 août 2016, l'assuré a subi une arthroscopie de la cheville gauche, une résection du conflit à la pointe de la malléole interne et de la malléole externe, un débridement de la lésion ostéochondrale du dôme du talus supéro-externe, une plastie du ligament latéral externe, une infiltration du nerf péroné superficiel ainsi que la mise en place d'une attelle jambière postérieure (cf. protocole opératoire du Dr L._____ du 11 août 2016).

Une IRM du bassin a été réalisée le 21 septembre 2016 par le Dr X._____, radiologue, en raison de douleurs persistantes. Celle-ci a révélé une absence de fracture visible au niveau du bassin, un respect des sacro-iliaques, une coxarthrose débutante bilatérale ainsi qu'un aspect légèrement bombé de la jonction col-tête fémorale à gauche pouvant être source d'un conflit fémoro-acétabulaire.

L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 6 février 2017, en invoquant ce qui suit : « divers douleurs. 2 accidents survenus ces deux dernière années. Fracture du bassin, côtes cassées, cheville gauche ligaments déchirés, sudeck opération ev le 09.08.2016. Etat psychique pas bon. » Il a indiqué que l'atteinte existait depuis le 19 mars 2015 et qu'il était en incapacité de travail totale depuis ce jour.

L'assuré a séjourné à la Clinique B._____ (ci-après : B._____) du 1^{er} au 29 mars 2017 afin de bénéficier de thérapies physiques et fonctionnelles pour traiter la douleur ainsi que le déficit fonctionnel de sa cheville gauche (cf. avis de sortie de B._____ du 28 mars 2017).

Le 27 juin 2017, le Dr L._____ a procédé à une nouvelle intervention sous la forme d'une arthroscopie postérieure de la cheville gauche, d'une ablation du corps libre et d'une « infiltration de 10 cc de Naropin 0,5 % » (cf. protocole opératoire du 4 juillet 2017).

Dans un rapport du 12 janvier 2018 à la CNA, le Dr L._____ a indiqué que son patient présentait une mauvaise évolution à la cheville gauche malgré une hospitalisation à B._____, deux arthroscopies de la cheville gauche et une infiltration. Il a relevé une persistance des douleurs, des douleurs de dérouillage matinal puis au cours de la journée après l'effort, ainsi que des douleurs nocturnes occasionnelles ; le patient n'arrivait plus à marcher en terrain irrégulier, son périmètre de marche en terrain plat était limité à trente minutes et il disait subir trois à quatre fois par semaine des épisodes de blocage de la cheville, souvent associés à des paresthésies allant jusqu'à la voute plantaire, dans le territoire du nerf tibial mais également sur le dos du pied prenant les deuxième à quatrième orteils dans le territoire du nerf péronié superficiel. Le médecin a relevé que l'assuré effectuait de la physiothérapie deux à trois fois par semaine, mais que cela ne le soulageait que très peu. Il a fait part de son impression, à savoir que son patient avait beaucoup de bonne volonté

mais que les douleurs chroniques de la cheville gauche avaient un impact psychologique sur lui. A son avis, une intervention sous la forme d'une arthroscopie antérieure de la cheville et d'une résection du conflit antérieur avait une chance d'améliorer les douleurs mécaniques de l'assuré.

Le 17 janvier 2018, l'assuré a subi une nouvelle intervention, soit une arthroscopie antérieure de la cheville gauche avec résection du conflit antérieur, ablation de corps libre et débridement du tissu mou, ainsi qu'une « infiltration intra-articulaire + portaux de 10 cc et Bloc de la cheville avec 10 cc Naropine 0,5 % » (cf. protocole opératoire du Dr L. _____ du 17 janvier 2018).

Le 9 mai 2018, l'assuré a été examiné par la Dre J. _____, médecin praticienne et d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son rapport du 14 mai 2018, la Dre J. _____ a estimé que la situation sur le plan médical n'était pas tout à fait stabilisée et qu'elle avait notamment besoin d'obtenir le rapport de consultation du Dr L. _____ du 18 mai prochain ; si aucune intervention chirurgicale ne devait être proposée, un bilan final rapide devrait alors être organisé.

Par rapport du 31 mai 2018 à la CNA, le Dr L. _____ a relevé que, depuis la dernière opération, les sensations de blocage avaient disparu, tout comme les douleurs nocturnes. Pour le reste, le traitement de Neurodol et Neurontin n'avait rien changé à la symptomatologie. Il a proposé une dernière opération de la cheville gauche, expliquant qu'il était possible d'améliorer les problèmes mécaniques, mais pas les douleurs neurologiques.

Le 6 juin 2018, le Dr L. _____ a procédé à une intervention, sous la forme d'une arthroscopie de la cheville gauche avec plastie du ligament latéral interne, nouvelle plastie du ligament latéral externe, résection du corps libre à la pointe de la malléole externe et du conflit antérieur, d'une « infiltration intra-articulaire de 10 cc et bloc de la cheville

avec 10 cc Naropine 0,5 % », ainsi que de la mise en place d'une attelle jambière postérieure (cf. protocole opératoire du 6 juin 2018).

Dans un rapport du 18 septembre 2018 à la CNA, le Dr L._____ a constaté que son patient avait senti un changement depuis la dernière opération, qu'il était très actif, effectuait tous les exercices comme recommandé et qu'il poursuivait la physiothérapie trois fois par semaine. Il attestait une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle, précisant qu'à son sens, l'assuré ne pourrait plus travailler dans son ancienne activité de monteur de faux plafonds.

Le 28 janvier 2019, la Dre J._____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport daté du 29 janvier 2019, elle s'est exprimée comme suit sous l'intitulé « appréciation » :

« Subjectivement, l'assuré mentionne que sa cheville G [gauche] ne va pas du tout, il a des douleurs constantes, elle gonfle, elle se bloque et pour lui la situation est bien pire qu'avant toutes ces opérations. L'assuré est dans un état de non acceptation des séquelles qui persistent après l'événement du 23.11.2015 ainsi qu'après le[s] 4 opérations qui pour lui n'ont eu aucun effet favorable. Il pense avoir perdu son temps. Il pensait que la dernière opération allait lui rendre une fonction de sa cheville comme avant l'événement de novembre 2015.

Objectivement, on ne constate pas de boiterie du MIG [membre inférieur gauche], l'assuré peut marcher sur les pointes et les talons bien qu'il déclare plus de douleurs à la marche sur les talons. L'assuré peine à se mettre accroupi et à genoux. La mobilité de la cheville G en flexion/extension est légèrement diminuée par rapport à la D [droite]. Il n'y a pas d'amyotrophie.

Sur la plan médical, la situation est maintenant stabilisée. Il n'y a plus d'intervention chirurgicale à proposer à l'assuré ni de traitement médicamenteux. L'assuré est très attaché à ses séances de physiothérapie qui sont le seul moyen qui le soulage. Nous proposons une diminution progressive sur les 3 prochains mois des séances de physiothérapie pour n'avoir plus que de la physiothérapie d'entretien à raison de quelques séances par année.

Nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes, pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche en terrains irréguliers, pas de montée et de descente d'escaliers, d'échelles, d'échafaudages ou d'escabeaux, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position statique debout mais alternance des positions assis-debout avec une activité plutôt sédentaire à semi-sédentaire.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement.

Par contre, la capacité de travail est nulle dans toutes activités s'exerçant dans le bâtiment, que ce soit dans la pose de carrelages ou dans la pose de faux-plafonds. »

Par communication du 30 janvier 2019, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2019, dans la mesure où l'examen médical du 28 janvier 2019 avait révélé que la poursuite du traitement médical ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident.

Le 5 mars 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2017 au 30 avril 2019. Dans sa motivation, il a exposé que, l'incapacité de travail existant de manière ininterrompue depuis le 19 mars 2015, c'était à partir de cette date qu'était fixé le délai d'attente d'une année. Le 19 mars 2016, l'assuré présentait toujours une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Le droit à la rente prenant naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations et l'intéressé ayant déposé sa demande de prestations le 6 février 2017, la rente pouvait être octroyée au plus tôt dès le 1^{er} août 2017. L'OAI a également relevé que, dès le 30 janvier 2019, une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée en respectant les limitations fonctionnelles (pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche en terrains irréguliers, pas de montée et de descente d'escaliers, d'échelles, d'échafaudages ou d'escabeaux, pas de port de charges supérieures à dix kilos, pas de position statique debout mais alternance des positions assis-debout avec une activité plutôt sédentaire à semi sédentaire) ; on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce des activités industrielles légères, telles le montage-assemblage de pièces légères à l'établi, le contrôle qualité, la surveillance d'un processus de production, le conditionnement léger. 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 (ci-après : l'OFS), l'intéressé étant sans activité depuis plusieurs années. Il s'est dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans

des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, par exemple dans le domaine industriel léger (soit 67'608 fr. 25 en 2019). S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 72'668 fr. 02 après indexation (29.55 fr./h x 42.5 h/hebd. x 4.35 semaines x 13 mois). L'OAI a estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 7 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était plus ouvert. Il a exposé que si la capacité de travail s'améliorait, il y avait lieu de considérer que ce changement modifiait, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il avait duré trois mois, de sorte que le droit à la rente cessait en l'occurrence au 30 avril 2019, soit trois mois après la pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par décision du 29 avril 2019, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente de 17 % à compter du 1^{er} mars 2019. Pour déterminer le taux d'invalidité, l'assureur s'est fondé sur un revenu de valide de 73'554 fr. (fixé selon la convention collective), qu'il a comparé au revenu d'invalidité de 60'968 fr. (établi sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires [ci-après : l'ESS], pour un homme, niveau de compétences 1, après un abattement de 10 % pour limitation fonctionnelles). La CNA a également octroyé à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 7,5 %, soit un montant de 9'450 francs.

L'assuré, désormais représenté par Me Séverine Berger, a formé opposition contre la décision précitée de la CNA le 31 mai 2019.

Le 5 juin 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté le projet de décision de l'OAI du 5 mars 2019, estimant qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2017 et sans limitation de sa durée au 30 avril 2019. D'après lui, à partir de cette date, seule une activité adaptée à temps partiel était exigible, de sorte que son degré d'invalidité était nettement supérieur à 7 %, et il convenait de plus de tenir compte d'un abattement d'au minimum 10 % au vu de ses limitations fonctionnelles. L'assuré a joint à son envoi un rapport établi le 4 juin 2019 par le Prof. K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, par lequel ce dernier faisait état de ce qui suit :

« J'ai revu ce jour en consultation le patient susnommé lors d'une visite de contrôle. Il présente actuellement des douleurs neuropathiques que l'on essaie de traiter avec des médicaments spécifiques. Une des caractéristiques de ce type de douleurs est que l'on ne trouve que rarement du premier coup le bon médicament et qu'elles sont de toute façon difficiles à soulager. Une autre caractéristique de ces douleurs est qu'elles sont présentes également au repos ce qui, à mon avis, exclut pour l'instant une activité professionnelle à 100%, même adaptée. Cette question doit bien sûr être réévaluée sur le moyen terme.

En revanche, la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel est généralement bénéfique aux patients souffrant de douleurs chroniques, afin de leur éviter l'entrée dans un cercle vicieux de déconditionnement. »

Le 17 juin 2019, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 7 juin 2019 par le Dr L._____. Par ce rapport, le médecin attestait avoir reçu en consultation son patient le jour-même ; celui-ci souffrait de douleurs neurogènes chroniques et quotidiennes, sa situation n'ayant pas évolué depuis la dernière opération. Il a indiqué que l'assuré ne parvenait plus à marcher en terrain irrégulier, que son périmètre de marche en terrain plat était limité à trente minutes et qu'en fin de journée, sa cheville était tuméfiée et douloureuse. Le médecin a relevé que son patient ne trouvait pas de travail vu la barrière linguistique et le manque de qualifications et qu'il lui faudrait trouver un travail en position debout-assis alternée (travail de bureau), sans port de charge lourde, sans avoir à monter/descendre des escaliers/échelles. Il a expliqué que la CNA considérait que l'assuré était prêt à travailler à 100 % dans une activité adaptée, mais que celui-ci ne disposait pas de qualification dans un emploi de bureau. Il a exposé partager l'avis du Prof. K._____, estimant que le patient n'était actuellement pas apte à travailler à 100 %, et ce même dans une activité adaptée. Partant, il demandait à la CNA et à l'OAI de réévaluer le cas, en sachant qu'une réinsertion professionnelle serait très difficile, avec peu de chance de trouver un travail dans une activité adaptée, même à temps partiel.

Poursuivant l'instruction du dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a adressé plusieurs questions au Prof. K._____ et au Dr L._____ le 31 juillet 2019.

Dans un rapport du 9 septembre 2019, le Dr L._____ a répondu aux questions de l'OAI, indiquant que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % et que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges lourdes (plus de cinq à dix kilos), pas de station debout prolongée de plus de trente à quarante-cinq minutes, périmètre de marche limité à trente à quarante-cinq minutes et travail en position alternée debout-assis. Les raisons médicales justifiant cette diminution de la capacité de travail étaient selon lui que l'assuré ne parvenait plus à marcher en terrain irrégulier, ni à monter et descendre des escaliers de manière répétitive, que le périmètre de marche de ce dernier en terrain plat était limité à trente minutes, que sa cheville était tuméfiée et douloureuse en fin de journée et qu'il souffrait de douleurs neurogènes chroniques et quotidiennes.

Le Prof. K._____ a répondu aux questions du SMR par rapport du 9 octobre 2019, comme suit :

« 1. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ?

Difficile de répondre à cette question, mais on peut imaginer que le patient pourrait travailler à 50% sur un poste alternant position assise et debout, sans port de charge, de travail physique, avec éventuellement des pauses.

2. Quelles sont les raisons médicales qui justifient cette diminution de la capacité de travail, en faisant abstraction des facteurs dont l'AI ne peut pas tenir compte (mauvaise connaissance du français, absence de qualification dans une activité de type travail de bureau) ?

Les douleurs de cheville dont souffre le patient sont de nature neuropathique et peu influencées par l'activité. Elles sont donc aussi bien présentes en station assise au repos qu'en station debout. Nous essayons actuellement un nouveau traitement anti-neuropathique, après échec des deux premiers. En cas de nouvel échec, il sera adressé au service d'antalgie du [...]. La situation est donc à réévaluer à moyen terme. »

Par avis médical SMR du 16 décembre 2019, le Dr T._____ a fait état de ce qui suit :

« Suite à mon avis SMR du [31].07.2019 nous avons reçu les réponses des deux médecins interrogés.

Les deux attestent une capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir assise ou semi-assise, sans marche au-delà de 30 minutes, sans utilisation répétitive d'escaliers et marche en terrain irrégulier, sans position debout prolongée de plus de 30 à 45 minutes, sans port de charges de plus de 5 à 10 kg ([D]r [L. _____]).

Le Dr K. _____ justifie cette diminution par les douleurs.

Les limitations fonctionnelles énumérées sont compatibles avec une activité de type travail de bureau.

Les facteurs qui empêchent l'assurée d'avoir une capacité de travail supérieure à 50% dans une telle activité sont d'une part les douleurs, et de l'autre des facteurs étrangers à l'invalidité.

Je constate que la [CNA] n'a pas encore pris position par rapport à l'opposition formulée par l'avocate le 31.05.2019.

S'agissant d'une appréciation de l'importance d'un état douloureux persistant chez un jeune assuré, il faut connaître la position de la [CNA] par rapport à cette opposition. »

Le 24 décembre 2019, le Dr L. _____ a rendu un rapport par lequel il a attesté que la symptomatologie douloureuse était la même depuis février 2019 ; il a en particulier constaté la persistance de douleurs neurogènes mal systématisées ainsi que des douleurs à la palpation rétro-malléolaire interne et de la gouttière externe en regard du retour externe et de l'hypersignal sur l'IRM. Il a ainsi proposé à son patient une nouvelle prise en charge chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie antérieure de la cheville gauche, expliquant que cela n'aurait pas d'incidence sur les douleurs neurogènes mais qu'il espérait ainsi soulager les douleurs mécaniques.

Par courrier électronique du 21 janvier 2020 à la CNA et au Dr L. _____, l'assuré a informé ces derniers qu'il renonçait à l'opération prévue le 29 janvier 2020, n'étant pas prêt psychologiquement à subir une cinquième intervention. Il a ajouté qu'il n'avait ressenti aucune amélioration après les quatre premières opérations et que cette cinquième opération ne lui procurait aucun espoir.

Dans un rapport du 28 mai 2020, la Dre F. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, et le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous deux médecins auprès de la CNA, ont en particulier relevé ce qui suit :

« Dans le cadre du dossier (...) en rapport avec le problème de la cheville gauche, la Doctoresse J._____ retient, lors de l'examen final du 28 janvier 2019, des limitations fonctionnelles qui sont tout à fait comparables avec celles définies par le Docteur L._____. Tant la Doctoresse J._____ que le Docteur L._____ tiennent compte d'une limitation des manipulations de charges, d'une limitation du périmètre de marche et de la position debout. En revanche, l'exigibilité diffère en ce qui concerne le taux d'activité. La Doctoresse J._____ estime que la capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée n'est pas altérée, ceci contrairement au Docteur L._____ et au Professeur K._____ qui défendent une réduction de la capacité de travail à 50 %, même dans une activité adaptée, et ceci d'une part en raison de douleurs mais également de problèmes linguistiques et de manque de qualifications. En ce qui concerne les douleurs, leur origine reste mal définie. Elles sont décrites tantôt neuropathiques tantôt mécaniques. Elles n'engendrent pas de boiterie lors de la marche. Dans son courrier en date du 9 septembre 2019, le Docteur L._____ décrit des douleurs neurogènes mal systématisées. Le sautillement monopodal est possible à gauche quoique douloureux. Ces douleurs expliquent la limitation du périmètre de marche.

Dans son courrier en date du 24 décembre 2019, le Docteur L._____ propose une cinquième arthroscopie de la cheville gauche. Il évoque des douleurs neurogènes mal systématisées sur lesquelles cette arthroscopie n'aura, comme il le déclare, pas d'effet. Il espère que cette arthroscopie avec toilette articulaire diminue des douleurs d'ordre mécanique, sans toutefois pouvoir préciser l'ampleur ni l'origine exacte de ces douleurs. L'imagerie à disposition n'illustre pas de lésion cartilagineuse majeure. Comme le mentionne à juste titre la Doctoresse J._____, l'aspect radiologique évoque tout au plus des lésions arthrosiques débutantes de la cheville gauche.

L'arthro IRM du 4 octobre 2019, qui est mentionnée dans le courrier du Docteur L._____, ne figure pas dans le dossier.

Dans ce contexte de douleurs chroniques, d'origine tantôt mécanique, tantôt neurogène mal systématisée dont la provenance n'est pas clairement établie et pour lesquelles une éventuelle cinquième arthroscopie est discutée, il ne nous est guère possible de considérer que la situation est médicalement stabilisée.

Nous préconisons de poursuivre les éclaircissements et de demander un deuxième avis par un chirurgien orthopédique spécialiste du pied (par exemple auprès du Docteur I._____ à [...]). »

Par communication du 6 juillet 2020 à l'assuré, la CNA a indiqué que sa décision du 24 [recte : 29] avril 2019 était annulée et que des renseignements complémentaires allaient être récoltés auprès du Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par rapports des 8 et 15 septembre 2020 à la CNA, la Dre C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le Dr I._____ et elle-même avaient examiné l'assuré et que celui-ci s'était présenté avec une cheville définitivement dysfonctionnelle ensuite de lésions dégénératives post-traumatiques et qu'il s'agissait d'un handicap définitif qui ne pouvait pas être amélioré par une cinquième chirurgie. Elle a en outre exposé que l'assuré avait clairement besoin d'un reclassement professionnel vers une activité sédentaire dont la nature devait être déterminée par le médecin du travail ; l'activité devait être essentiellement assise afin de ménager la cheville. Elle a estimé qu'il était indispensable que l'intéressé reprenne une activité professionnelle pour lui permettre de rééquilibrer sa situation.

L'assuré a fait l'objet d'un examen par la Dre F._____ le 16 novembre 2020. Dans un rapport y relatif du 20 novembre 2020, la médecin de la CNA a notamment fait état de ce qui suit :

« Appréciation

Monsieur V._____ a été donc victime en novembre 2015 d'une chute dans les escaliers entraînant une entorse sévère de sa cheville gauche avec un arrachement osseux du rétinaculum des péroniers, une lésion ostéocondrale du dôme du talus supéro-externe, un conflit interne avec petits arrachements osseux au niveau de la pointe des malléoles interne et externe et une fracture de la partie postéro-externe de la fibula.

Monsieur V._____ bénéficie de 4 interventions chirurgicales par voie arthroscopique, la dernière le 6 juin 2018.

En procédure d'opposition quant à la stabilisation de l'état de santé et la rente d'invalidité, une appréciation médicale est établie par le Centre de compétence de médecine des assurances, qui conclut entre autres à la requête d'un 2e avis auprès du Docteur I._____, afin qu'il se prononce sur ces points litigieux. Le Docteur I._____ va se limiter à se prononcer sur la stabilisation du cas, en la confirmant et à évoquer le besoin d'un reclassement professionnel sous forme d'une activité sédentaire.

Afin de statuer en connaissance de cause, nous retenons la nécessité de réaliser un examen médical, les dernières constatations cliniques datant d'env. une année.

Lors de l'examen, il est constaté, une cheville gauche, douloureuse à la palpation en médial et latéral, qui est dysfonctionnelle, mais ne présentant pas de signes en faveur d'une instabilité. Les troubles de la sensibilité sont diffus et mal systématisés.

Nous rejoignons les Docteurs I._____ et C._____ quand il[s] parle[nt] d'un état définitif de la cheville gauche chez Monsieur V._____, qui ne peut pas être amélioré par une intervention supplémentaire.

Il est reconnu un état de santé stabilisé, si en dépit d'un autre traitement/d'une thérapie, on ne peut plus s'attendre à une amélioration notable de l'état de santé dû à l'accident. C'est bien le cas de Monsieur V._____.

Nous pouvons donc reconnaître que chez Monsieur V._____, l'état de santé est stabilisé.

Nous nous rallions également à l'avis des Docteurs I._____ et C._____, comme quoi Monsieur V._____ a besoin d'un reclassement professionnel vers une activité professionnelle sédentaire.

En effet, Monsieur V._____ ne peut plus exercer son activité antérieure de plâtrier - poseur de plafonds.

En revanche, chez Monsieur V._____, une activité professionnelle adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : éviter position accroupie prolongée ou répétitive, la marche en terrain accidenté, la montée-descente d'escaliers ou d'échelles répétées ; les ports répétés de charges supérieures à 10 kg, est exigible à 100% - horaire et rendement. Une activité semi-sédentaire - alternance des positions debout et assise - est à préférer.

Monsieur V._____ ne présentant pas d'atteinte de ses membres supérieurs, un métier sédentaire avec utilisation exclusivement de ses membres supérieurs est tout à fait possible.

Pour rappel, le Docteur L._____ retenait des limitations fonctionnelles identiques en septembre 2019.

Nous rappellerons tout de même que Monsieur V._____ ne prend aucune antalgie depuis en tout cas deux semaines et qu'il supporte cet état de fait. Dans le cas contraire, il serait déjà retourné consulter auprès du Professeur K._____ pour le médicament « spécial » - aucun rendez-vous n'est prévu.

Nous tenons à préciser que la barrière linguistique ne peut interférer dans les résultats de ces consta[ta]tions cliniques.

En considérant, nous rejoignons les Docteurs I._____ et C._____, qui eux confirment la prise de position de la Docteure J._____, qui est plus détaillée quant aux limitations fonctionnelles à respecter. Les Docteurs I._____ et C._____ attestant seulement du besoin d'un reclassement professionnel vers une activité sédentaire...

(...)

Conclusions

Nous rejoignons et les Docteurs I._____ et C._____ et la Docteure J._____ quand, d'une part ils estiment que l'état de santé de Monsieur V._____ est stabilisé et d'autres part, quand ils attestent que la profession antérieure chez Monsieur V._____ n'est plus exigible, et qu'un besoin de reclassement professionnel vers une activité professionnelle sédentaire est nécessaire.

Nous nous rallions au Docteur L._____ et à la Docteure J._____ quand ils retiennent les limitations fonctionnelles suivantes : éviter position accroupie prolongée ou répétitive, la marche en terrain

accidenté, la montée-descente d'escaliers ou d'échelles répétées ; les ports répétés de charges supérieures à 10 kg. Une activité semi-sédentaire - alternance des positions debout et assise - est à préférer.

Nous confirmons que cette activité professionnelle adaptée est exigible à 100% horaire et rendement, le dérouillage matinale - d'une heure - ne pouvant être pris en considération. »

Par communication du 26 février 2021, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2020, dans la mesure où le médecin de la CNA avait retenu que la situation était stabilisée depuis la consultation du 15 septembre 2020 chez le Dr I._____.

Par décision du 3 mai 2021, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente de 16 % à compter du 1^{er} octobre 2020. Pour déterminer le taux d'invalidité, l'assureur s'est fondé sur un revenu de valide de 73'792 fr., qu'il a comparé au revenu d'invalidé de 62'339 fr. (établi sur la base de l'ESS, pour un homme, niveau de compétences 1, après un abattement de 10 % pour limitation fonctionnelles). Enfin, la CNA a octroyé à l'intéressé une IPAI de 7,5 %, soit un montant de 9'450 francs. (p. 2342)

Dans un courrier du 4 mai 2021 adressé à l'assuré et faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a rappelé son projet d'acceptation de rente du 8 [recte : 5] mars 2019, par lequel il reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2017 au 30 avril 2019, ainsi que le courrier du 5 juin 2019 par lequel l'assuré contestait ce projet. L'office a expliqué que les limitations fonctionnelles évoquées par les médecins n'entraient pas l'exercice d'une activité sédentaire. Il a également indiqué que les professions du niveau de compétence 1, telles que prises en compte pour fixer le revenu d'invalidé, comprenaient de nombreuses activités peu ou moyennement pénibles, de sorte qu'il n'existait pas de désavantage salarial dans la présente situation, par rapport au revenu médian ressortant des données salariales de l'OFS. Il a donc informé l'assuré qu'il recevrait prochainement une décision sujette à recours.

Le 27 mai 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le courrier de l'OAI précité, invoquant que son état de santé ne s'était stabilisé qu'à partir du 30 septembre 2020, comme l'avait retenu la CNA sur la base du rapport du Dr I. _____ du 15 septembre 2020, ainsi que de sa propre expertise. Il a également relevé que la CNA avait retenu une baisse de rendement de 10 % et que, par conséquent, le revenu qu'il pouvait réaliser était inférieur à celui évoqué par l'office.

Par courrier du 2 juin 2021 à l'assuré, l'OAI a expliqué que l'examen pratiqué par la CNA le 16 novembre 2020 concluait à la même capacité de travail et aux mêmes limitations fonctionnelles que l'examen pratiqué le 28 janvier 2019. Selon lui, cela signifiait que l'état de santé de l'assuré était déjà stabilisé au 30 janvier 2019. Par ailleurs, il a relevé qu'aucune base légale ne le liait aux prises de position de la CNA. Concernant l'abattement, il a renvoyé à son courrier du 4 mai 2021.

Par décision du 25 août 2021, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente entière d'invalidité, assortie de deux rentes pour enfants, à 2'067 fr. pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018 et à 2'084 fr. pour la période du 1^{er} janvier au 30 avril 2019, en reprenant la motivation développée dans son projet de décision.

B. Par acte daté du 20 septembre 2021 et adressé sous pli recommandé le 27 septembre suivant, V. _____, agissant seul, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, le recourant fait valoir que l'intimé considère à tort qu'il a recouvré une pleine capacité de travail le 30 janvier 2019. D'après lui, son état de santé ne s'est stabilisé qu'à partir du 1^{er} octobre 2020, comme l'a retenu la CNA, et ce n'est que depuis cette date que l'on peut lui imputer une capacité de travail dans une activité adaptée.

Par réponse du 15 novembre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. Il soutient que

l'examen pratiqué par la CNA le 16 novembre 2020 conclut à la même capacité de travail et aux mêmes limitations fonctionnelles que celui du 28 janvier 2019, de sorte qu'il n'y a pas de raisons de penser que la capacité de travail dans une activité adaptée était réduite entre fin janvier 2019 et novembre 2020.

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 au-delà du 30 avril 2019.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 août 2021 (ATF 144

V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) 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).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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).

4. **a)** Il est établi que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle. En outre, ce dernier ne conteste pas disposer d'une capacité résiduelle de travail lui permettant de reprendre une activité lucrative à 100 % dans une activité adaptée et d'y réaliser un revenu excluant le droit à la rente. En l'absence de tout grief sur ces points, il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

L'intéressé conteste en revanche la date à partir de laquelle il a recouvré la capacité de travail et de gain constatée par l'intimé. Il soutient, en substance, qu'il ne l'a recouvrée qu'à partir du 1^{er} octobre 2020. Ainsi, il estime que le droit à la rente aurait dû lui être reconnu au-delà du 30 avril 2019.

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité (principe d'uniformité de la notion d'invalidité ; cf. Margit Moser-Szeless in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 6 et 8 *ad* art. 8 LPG). Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation

de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

c) En l'espèce, dans sa décision du 3 mai 2021, la CNA n'expose pas les motifs pour lesquels elle revient sur sa décision du 29 avril 2019 et considère que l'état de santé de l'assuré est stabilisé seulement à partir du 30 septembre 2020 et que celui-ci peut travailler à 100 % dans une activité adaptée dès cette date. Or, force est de constater que la situation sur le plan médical n'a pas évolué entre le 28 janvier 2019 et le 30 septembre 2020.

Il ressort en effet du rapport d'examen du 29 janvier 2019 de la Dre J._____ que le recourant disposait déjà à l'époque d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Aux termes de ce rapport, la Dre J._____ a indiqué que l'examen clinique ne montrait pas de boiterie du membre inférieur gauche, l'assuré pouvant marcher sur les pointes et les talons ; celui-ci peinait toutefois à se mettre accroupi et à genoux. La médecin a constaté que la mobilité de la cheville gauche en flexion/extension était légèrement diminuée par rapport à la droite et qu'il n'existait pas d'amyotrophie. Selon elle, la situation sur le plan médical était stabilisée, aucune intervention chirurgicale ni traitement médicamenteux ne pouvant être proposé. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche en terrain irréguliers, pas de montée et de descente d'escaliers, d'échelles, d'échafaudages ou d'escabeaux, pas de port de charges supérieures à dix kilos, pas de position statique debout mais alternance des positions assis-debout avec une activité plutôt sédentaire à semi-sédentaire. Partant, elle a conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

Depuis lors, rien ne permet de constater que l'état de santé du recourant aurait évolué vers une péjoration ou une amélioration jusqu'au 30 septembre 2020.

Dans le courant de l'année 2019, le Prof. K. _____ et le Dr L. _____ ont certes émis une autre appréciation de la capacité de travail de l'assuré, indiquant que celle-ci s'élevait à 50 % (cf. rapports du 7 juin 2019 et 9 septembre 2019 du Dr L. _____ et rapports du 4 juin 2019 et 9 octobre 2019 du Prof. K. _____). Il semble qu'ils ont justifié cette réduction de la capacité de travail par les douleurs neuropathiques, les limitations fonctionnelles, le manque de qualifications de l'intéressé pour un travail de bureau, ainsi que la barrière linguistique. Or, ces deux derniers facteurs sont étrangers à la notion d'invalidité et ne sont par conséquent pas susceptibles de mener à une appréciation différente de la capacité de travail du recourant (ATF 127 V 294 consid. 5a). Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr L. _____, à savoir que l'assuré ne parvenait plus à marcher en terrain irrégulier, ni à monter et descendre des escaliers, que son périmètre de marche en terrain plat était de trente minutes et qu'en fin de journée, sa cheville était tuméfiée et douloureuse, ne permettent pas de justifier une réduction de sa capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire, laquelle a précisément pour but de ménager la santé de l'assuré. Les médecins précités n'exposent donc pas de manière convaincante quels éléments médicaux objectifs mèneraient à une réduction de moitié de la capacité de travail.

Face à ces avis divergents et au rapport du 24 décembre 2019 du Dr L. _____, par lequel celui-ci proposait une cinquième opération de la cheville gauche du recourant, les médecins de la CNA ont retenu qu'il n'était guère possible en l'état de considérer que la situation était médicalement stabilisée et ont ainsi préconisé de poursuivre les investigations en requérant un deuxième avis médical auprès d'un médecin orthopédique spécialiste du pied (cf. rapport du 28 mai 2020 de la Dre F. _____ et du Dr N. _____). La spécialiste en question, la Dre C. _____, au terme de son examen du 8 septembre 2020, a toutefois très nettement contredit l'opinion du Dr L. _____, indiquant que la cheville de l'intéressé était définitivement dysfonctionnelle et qu'il s'agissait d'un handicap définitif qui ne pouvait être amélioré par une cinquième

intervention chirurgicale. Selon elle, il était indispensable que l'assuré trouve une activité professionnelle sédentaire pour lui permettre de rééquilibrer sa situation (cf. rapports des 8 et 15 septembre 2020). La médecin n'a en revanche donné aucune indication relative à la nécessité éventuelle d'un taux d'activité réduit, ne s'exprimant pas expressément sur le taux exigible.

Dans ces conditions, la CNA a organisé un ultime examen clinique du recourant par la Dre F. _____ le 16 novembre 2020, afin de se déterminer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant. Dans son rapport du 20 novembre 2020, la médecin précitée parvient aux mêmes conclusions que la Dre J. _____ dans son rapport de janvier 2019. A cet égard, la Dre F. _____ a relevé que la cheville gauche était douloureuse à la palpation en médial et latéral et dysfonctionnelle, qu'elle ne présentait pas de signes en faveur d'une instabilité et que les troubles de la sensibilité étaient diffus et mal systématisés. Elle a reconnu que l'état de santé était stabilisé, puisqu'on ne pouvait s'attendre à une amélioration notable de l'état de santé dû à l'accident. La médecin a retenu exactement les mêmes limitations fonctionnelles que la Dre J. _____, à savoir : éviter la position accroupie prolongée ou répétitive, la marche en terrain accidenté, la montée et la descente d'escaliers ou d'échelles répétées, les ports répétés de charges supérieures à dix kilos. Selon elle, une activité adaptée était exigible à 100 %, sans baisse de rendement, une activité semi-sédentaire dans le sens d'une alternance des positions debout et assise étant préférable.

S'il était justifié de poursuivre les investigations au vu des rapports du Prof. K. _____ et du Dr L. _____, les avis médicaux de la Dre C. _____ et de la Dre F. _____ recueillis durant l'année 2020 permettent de confirmer les conclusions émises précédemment par la Dre J. _____. Ces trois médecins s'accordent sur le fait que la cheville de l'assuré est définitivement dysfonctionnelle et qu'une cinquième opération - à laquelle le recourant a d'ailleurs renoncé selon son courrier électronique du 21 janvier 2020 - ne permettrait pas d'améliorer l'état de santé de celui-ci. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par la

Dre J._____ en janvier 2019, par le Dr L._____ en septembre 2019 (pas de port de charges lourdes de plus de cinq à dix kilos, pas de station debout prolongée, périmètre de marche limité à trente à quarante-cinq minutes et travail en position alternée debout-assis) et par la Dre F._____ en novembre 2020 sont tout à fait similaires et ne laissent entrevoir aucune aggravation ou amélioration de l'état de santé du recourant durant cette période.

A cela s'ajoute que les rapports rédigés par la Dre J._____ et la Dre F._____ sont détaillés et motivés, qu'ils tiennent compte des plaintes de l'assuré et ont été établis à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante. En l'absence de constatation médicale qui exprimerait un avis contraire de manière convaincante, on doit donc admettre les conclusions de celles-ci.

d) Partant, il y a lieu de se rallier à l'appréciation de l'intimé selon laquelle le recourant a effectivement recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à compter du 30 janvier 2019, ce qui constitue un changement notable au sens requis par l'art. 17 LPGa. L'intimé était en conséquence légitimé à procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant à cette date, sans que l'on ne puisse lui opposer la poursuite de l'indemnisation par la CNA jusqu'au 30 septembre 2020. On précisera au demeurant que la notion de stabilisation de l'état de santé, si elle est déterminante en assurance-accidents pour fixer le début du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]), ne l'est pas en ce qui concerne l'assurance-invalidité. Au surplus, on relèvera que la comparaison des revenus ne prête pas le flanc à la critique, le recourant ne soulevant du reste aucun grief spécifique sur le calcul effectué par l'intimé. On peut donc retenir que le recourant a présenté un degré d'invalidité de 7 % dès le 30 janvier 2019, ce qui justifie la suppression de son droit à la rente trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit dès le 1^{er} mai 2019 (cf. art. 28 LAI et 88a al. 1 RAI).

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 août 2021 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 mis à la charge de V._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- 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 :