

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Gauron-Carlin, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

O. _____, au [...], recourant, représenté par le syndicat Unia Région Vaud,
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a RAI.

E n f a i t :

A. a) O._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait en qualité de [...] à 100 % depuis le 1^{er} décembre 2012 auprès de l'entreprise N._____ SA.

Le 15 octobre 2014, l'assuré a été victime d'un accident sur un chantier. Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par son employeur le 17 octobre 2014, le crochet d'une pelle mécanique s'est décroché au-dessus d'une fouille et a « rebondi » sur la jambe de l'intéressé, lui causant des fractures du pied. Le travail a été interrompu ensuite de l'accident.

L'assuré a séjourné au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux Q._____ (ci-après : les Q._____) du 15 au 17 octobre 2014, date de son retour à domicile. Le Prof. T._____, médecin-chef de service, le Dr R._____, chef de clinique, et le Dr C._____, médecin interne, ont alors posé les diagnostics de fracture non déplacée interarticulaire métaphyso-épiphysaire de la base du deuxième métatarse et du troisième métatarse, à droite, et de fracture extra articulaire métaphyso-épiphysaire de la face plantaire de la base du quatrième métatarse, à droite. Ils ont mis en place un traitement conservateur et indiqué que le patient suivrait une rééducation à la marche en décharge totale durant six semaines post-opératoires sous protection d'une attelle jambière-postérieure. Ils ont ainsi attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2014 (cf. lettre de sortie du 22 octobre 2014 des Q._____).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge (cf. courrier du 21 octobre 2014).

L'assuré 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 10 mars 2015, invoquant une fracture non déplacée des deuxième et troisième métatarses à droite, ainsi qu'une fracture

métaphyso-épiphysaire du quatrième métatarse droit. Il a indiqué être en incapacité de travail totale depuis le 15 octobre 2014.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 26 mars 2015, N._____ SA a indiqué que le salaire mensuel de l'assuré s'élevait à 5'125 fr. depuis le 1^{er} janvier 2014.

Aux termes d'un rapport du 16 avril 2015 à l'OAI, le Dr W._____, médecin assistant au sein du Groupement Hospitalier [...], site de [...], a indiqué qu'un plâtre avait été circularisé le 22 octobre 2014, puis retiré le 15 décembre 2014, date à partir de laquelle la physiothérapie avait débuté. Il a noté que le patient se présentait à des contrôles cliniques toutes les trois à quatre semaines. L'évolution était toujours jugée favorable par l'assuré grâce à la physiothérapie, mais le médecin a observé un patient cliniquement très algique et limité dans ses déplacements. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 15 octobre 2014.

Le 14 octobre 2015, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un rapport à l'OAI partiellement illisible, dont il ressort en particulier que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle depuis le 15 octobre 2014 et qu'une capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être exigée à 100 % depuis le 20 mai 2015.

Par projet de décision du 9 février 2016, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait refuser sa demande de rente d'invalidité, au motif qu'une pleine capacité de travail lui avait été reconnue sur le plan médical dans une activité adaptée (sans position debout prolongée) dès le mois de mai 2015, laquelle lui permettrait de ne subir aucun préjudice économique, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 21 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 février 2016.

b) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 17 octobre 2017, en raison d'un pied bloqué par une arthrodèse du Lisfranc par suite de l'accident du 15 octobre 2014. Il a mentionné une opération subie le 1^{er} septembre 2016 et une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident.

Dans un rapport du 7 novembre 2017, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a indiqué avoir opéré l'assuré en date du 1^{er} septembre 2016 d'une arthrodèse du Lisfranc à droite, dans un contexte post-traumatique chroniquement douloureux. Il a noté avoir pratiqué, en date du 7 septembre 2017, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de ce pied droit. Le médecin précité a relevé que l'évolution avait été plutôt difficile dans un premier temps, marquée par des douleurs au niveau de la cicatrice et au niveau du pied globalement ; fort heureusement, à ce jour, l'évolution semblait aller vers le mieux, avec un patient qui déclarait subir moins de douleurs, même s'il n'avait pas retrouvé un pied asymptomatique. Le Dr Z._____ a également exposé que le périmètre de marche semblait gentiment s'agrandir. La cicatrice était encore très douloureuse, tant à la palpation qu'à l'effleurement. Il a préconisé des séances d'ergothérapies dans un but de désensibilisation cicatricielle et attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2017. Le médecin a également estimé que son patient ne pourrait pas reprendre son activité de [...] au vu du handicap résiduel potentiel que pouvait présenter son pied, de sorte qu'il faudrait songer à une réorientation professionnelle dans un travail ayant clairement moins de contraintes physiques au niveau de son pied droit.

Le 6 décembre 2017, l'OAI a reçu une copie du dossier de la CNA, contenant notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 4 février 2016, faisant suite à un examen du jour-même par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, lequel a posé les diagnostics de status après fracture des bases des métatarsiens 2, 3 et 4 à droite, de douleurs persistantes du

tarse et d'arthrose débutante des articulations du Lisfranc du deuxième et troisième rayon. Le Dr F. _____ a relevé que le Dr J. _____ avait proposé, en septembre 2015, une arthrodèse métatarso-cunéiforme des rayons 2 et 3 du pied droit, mais que cette intervention n'avait pas été effectuée. Il a ainsi recommandé que l'assuré soit vu par un spécialiste en chirurgie du pied pour un deuxième avis. Selon le médecin d'arrondissement de la CNA, le cas de l'assuré n'était pas stabilisé et l'incapacité de travail en tant que manoeuvre de la construction était justifiée. Il a toutefois retenu que celui-ci était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire une activité sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre des escaliers ou des pentes à répétition et de porter des charges de plus de quinze kilos ;

- un rapport du 5 octobre 2016 du Dr Z. _____, dont il ressort que l'assuré a séjourné au Service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de [...] du 1^{er} au 5 septembre 2016, en raison d'une intervention chirurgicale subie le 1^{er} septembre 2016, sous la forme d'un allongement du gastrocnémien selon Strayer, d'une prise de greffe osseuse au niveau du pilon tibial droit et d'une arthrodèse du Lisfranc du pied droit ;

- un rapport du 27 mars 2017 du Dr Z. _____, par lequel celui-ci a indiqué avoir pratiqué l'ablation d'une vis en date du 23 février 2017, laquelle était légèrement proéminente et dérangeait l'assuré. Cette opération avait amené un soulagement au patient, qui ne présentait pas de douleurs au niveau du Lisfranc médial ou central, mais présentait des douleurs sur le côté du pied et peut-être au niveau de la cheville, qui étaient dues à sa démarche un peu hésitante. Le médecin précité a noté que l'évolution était clairement favorable, l'assuré pouvant bénéficier d'un support plantaire semi-rigide, voire rigide, et commencer la physiothérapie. Il a attesté une incapacité de travail totale.

Le 7 février 2018, l'assuré a été examiné par la Dre B. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du 20 février suivant, cette dernière a posé les diagnostics de « douleurs

persistantes et fluctuantes de type allodymiques au niveau des cicatrices », de « status après fracture des bases des métatarsiens 2, 3 et 4 le 15.10.2014 avec arthrose débutante des articulations du Lisfrancs du 2^{ème} et 3^{ème} rayon », de « status après allongement du gastrocnémien selon Strayer, prise de greffe osseuse au niveau du pilon tibial D [droit] et arthrodèse de l'articulation du Lisfranc médial et central du pied D », de status après AMO (ablation de matériel d'ostéosynthèse) d'une vis gênant l'assuré le 23.02.2017 » et de « status après AMO le 07.09.2017 ». Elle a notamment émis l'appréciation suivante (sic) :

« Subjectivement, l'assuré mentionne encore la persistance de douleurs qui augmentent lors de la marche en terrain irrégulier, lors de la marche en descente et en descendant les escaliers. Il mentionne également des douleurs vives au niveau des cicatrices et notamment surtout au niveau de la cicatrice au-dessus de sa malléole interne.

Objectivement, on constate une augmentation de l'amyotrophie de la cuisse D, une mobilité de la cheville diminuée mais malgré tout préservée avec une diminution de force de l'ensemble du MID [membre inférieur droit].

On est frappé par les douleurs vives engendrées juste à l'effleurement et malgré la protection de gel sur cette cicatrice au niveau de la jambe et au-dessus de la malléole interne.

Sur le plan médical, la situation n'est pas tout à fait stabilisée et nous proposons à l'assuré de demander un consilium dans le Service du Prof. P. _____ au D. _____ [Centre D. _____] pour voir si ces douleurs au niveau des cicatrices peuvent être améliorées par une éventuelle neurolyse ou un autre traitement.

En accord avec l'assuré nous allons prendre contact avec le Dr Z. _____ par téléphone pour lui faire part de nos observations et propositions.

Sur le plan des limitations fonctionnelles, nous pouvons d'ores et déjà retenir que l'assuré ne peut pas effectuer d'activité nécessitant des marches répétées prolongées, la marche en terrain irrégulier, pas d'activité nécessitant un travail sur les échafaudages, escaliers ou échelles, pas d'activité nécessitant une position à genoux ou accroupie, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position statique debout ou assis et activité nécessitant un alternance des positions assis/debout.

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement.

L'assuré ne peut plus exercer d'activité lourde (manœuvre sur les chantiers, dans le génie civile, maçon, activité dans une cuisine ou dans le nettoyage). »

Par rapport du 27 février 2018 au médecin traitant de l'assuré, le Dr Z. _____ a indiqué avoir réalisé une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'avant-pied, laquelle n'avait pas objectivé de problématique de type névrome de Morton ou nécrose. Il estimait qu'il existait encore des douleurs d'ordre clairement neurogène, avec cicatrice douloureuse et irradiation au niveau des premier, deuxième et troisième métatarsiens, essentiellement sur le versant dorsal du pied. Il a relevé que la proposition de la Dre B. _____ de demander un avis au Prof. P. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main et médecin chef au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du D. _____, permettrait peut-être d'envisager d'autres options thérapeutiques, outre les séances d'ergothérapie, qui pourraient amener un bénéfice par rapport à l'évolution du pied.

Dans un rapport du 14 juin 2018 à la CNA, le Prof. P. _____ et le Dr G. _____, chef de clinique au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du D. _____, ont fait part de ce qui suit (sic) :

« Le patient nous consulte sur proposition de la SUVA. Ce dernier a bénéficié d'une arthrodèse du lysfranc à droite en 2016 qui se solde par des décharges électriques de la cheville droite jusqu'à l'hallux et des douleurs à la marche. Il se plaint de douleurs sur la malléole interne en regard de la cicatrice avec une irradiation dans le gros orteil avec une intensité de 8/10 de type électrique. Le facteur déclenchant est le toucher et le patient dénie un rythme circadien. Au vu d'une évolution depuis 2016 tout à fait stable, on parle d'une catamnèse chronique.

A l'examen clinique, on note des cicatrices calmes, non inflammatoires avec un Tinel à la face interne de la cheville à 7cm proximal de la cicatrice avec une hypoesthésie de la face interne de la cheville et du talon et d'une extension de l'hallux à M3 (contre gravité).

Au vu des douleurs neuropathiques sur le trajet du nerf saphène après le stripping du tendon effectué en 2016, nous posons l'indication d'une lésion nerveuse du N. Saphène et proposons l'exploration et une neurolyse du nerf concerné. »

Le 12 mars 2019, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales, à savoir une neurolyse du nerf sciatique poplité externe droit, une neurolyse des branches terminales du saphène droit, une excision de la cicatrice du dos du pied droit, ainsi qu'une ténolyse du

tendon de l'extenseur du gros orteil dans le dorsum du pied (cf. protocole opératoire du 14 mars 2019 du Prof. P._____).

Aux termes d'un rapport du 31 juillet 2019 à la CNA, le Prof. P._____ a relevé que les nerfs neurolysés provoquaient beaucoup moins de douleurs mais que le patient présentait tous les signes d'un tunnel tarsien, lequel n'avait pas été constaté dès le départ compte tenu de la douleur importante localisée sur les autres nerfs. Il a ainsi préconisé une révision du tunnel tarsien.

Le 27 août 2019, l'assuré a subi une neurolyse du nerf tibial postérieur droit au niveau du tunnel tarsien (cf. protocole opératoire du 30 août 2019 du Prof. P._____).

Dans un rapport du 21 novembre 2019 au Dr Z._____, le Dr V._____, médecin assistant auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du D._____, a indiqué que le patient se plaignait d'une hyperesthésie persistante sur le territoire du saphène interne droit et que le Prof. P._____ et lui-même lui avaient ainsi proposé de sectionner et enfouir le nerf saphène interne, ce qui pourrait le soulager. Le Dr V._____ a exposé que l'intéressé avait refusé cette intervention, de sorte que le Prof. P._____ et lui ne prévoyaient pas de le revoir à leur consultation.

Par rapport du 14 février 2020 à la CNA, le Dr Z._____ a observé que l'assuré montrait des cicatrices péri-malléolaires internes encore marquées et électrisantes sur la partie distale, la mobilité du genou et de la cheville étant conservée. Il a indiqué ne pas avoir de proposition thérapeutique pertinente, hormis la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie, qui amenaient un soulagement dans le quotidien du patient.

A la demande de la CNA, l'assuré a été examiné par le Dr K._____, spécialiste en neurologie, le 22 septembre 2020. Dans son rapport du même jour, ce médecin a fait part de l'appréciation suivante :

« Ce patient présente un syndrome douloureux au MI droit, post-traumatique après fracture écrasement des métatarsiens 2 à 4 le 15.10.2014.

Sur le plan strictement neurologique on peut mettre en évidence un tableau de neuropathie purement sensitive mais avec phénomène allodymique très marqué dans le territoire distal du nerf saphène ainsi que dans le territoire distal du nerf péronier superficiel, secondairement à des interventions de neurolyse.

Le pronostic est réservé. D'un point de vue thérapeutique je recommande de tenter un traitement à base de Lyrica. »

Le 4 décembre 2020, l'assuré a à nouveau été examiné par la Dre B. _____, laquelle a rendu un rapport le même jour, dont la teneur est en particulier la suivante :

« Subjectivement, l'assuré mentionne la persistance voire l'aggravation des douleurs au niveau de son MID qui se situent de manière constante au niveau du bord externe du genou D et au niveau externe du pied D avec des douleurs allodymiques dans le territoire du nerf saphène distal, les douleurs au niveau du bord externe du genou D et du bord externe du pied D sont accentuées par la marche, la marche dans les escaliers, dans les pentes ou dans les rampes ainsi que par le port de charges. En fin d'examen il va se plaindre également de douleurs au niveau de la base des orteils avec un enraidissement.

Un examen neurologique a été pratiqué chez le Dr K. _____ qui a confirmé la présence d'un tableau de neuropathie purement sensitive avec des phénomènes allodymiques très marqués dans le territoire distal du nerf saphène ainsi que dans le territoire distal du nerf péronier superficiel, secondairement aux interventions de neurolyses et a proposé un traitement de Lyrica qui a été mis en place par le médecin traitant et a été interrompu en raison des effets secondaires puis réintroduit à plus petites doses avec pour l'instant peu d'effets. L'assuré nous explique qu'il a refusé une nouvelle intervention chirurgicale proposée par le Prof. P. _____ et qui consistait à sectionner et enfouir le nerf saphène interne.

Objectivement, on constate une boiterie d'épargne du MID, un assuré qui mentionne ne pas pouvoir marcher sur les pointes et les talons sans essayer, un accroupissement profond impossible en raison de douleurs sur le bord externe du genou D, une amyotrophie de 2 cm de la cuisse, probablement en relation avec le port de l'attelle au niveau du genou D alors qu'il n'y a pas d'amyotrophie au niveau du mollet, une mobilité de la cheville diminuée en flexion et en extension ainsi qu'une mobilité diminuée au niveau du genou D sans explication morphologique puisqu'une IRM du genou D récente était normale.

On constate une allodymie importante au niveau du territoire distal du nerf saphène mais nous n'avons pas constaté d'allodymie dans le territoire distal du nerf péronier superficiel.

Sur le plan médical, la situation est presque stabilisée et nous avons proposé à l'assuré une évaluation courte à la Clinique romande de réadaptation (CRR) dans le but de procéder à une évaluation de ses capacités résiduelles fonctionnelles et de ses capacités professionnelles avec consultation par le consultant d'orthopédie, éventuellement le neurologue mais surtout une évaluation du chaussage de l'assuré à l'atelier pieds-chaussures.

L'assuré mentionne qu'un tel séjour paraît quasi impossible car son épouse finit le travail à 21h00 et qu'il a ses 3 enfants dont il doit s'occuper dont le deuxième présente des problèmes psychologiques qui nécessitent un suivi par l'Assurance Invalidité et qui ne permet pas à toutes personnes de s'en occuper. Par ailleurs il précise qu'il n'a aucune famille sur place ni son épouse ni personne qui pourrait garder les enfants.

Nous lui proposons quand même d'essayer de voir avec son épouse s'il n'y a pas possibilité de trouver un arrangement pour qu'il puisse se rendre 2 semaines à la CRR faire cette évaluation. L'assuré va regarder avec son épouse et nous tiendra informé dans le courant de la semaine prochaine voire au plus tard dans 10 jours.

Nous pouvons d'ores et déjà retenir les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la marche dans des escaliers, des échelles ou sur des échafaudages, pas d'activités en position statique debout et pas de port de charges lourdes (supérieures à 10 kg).

L'activité de [...] n'est plus une activité exigible et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, est attendue sans diminution de rendement. »

Aux termes d'une appréciation du 8 février 2020 (*recte* : 2021), la Dre B._____ a relevé qu'il n'y avait plus de traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. Elle a noté que ce dernier aurait pu bénéficier d'un court séjour à la CRR pour effectuer du renforcement musculaire, ce qu'il avait refusé pour des raisons familiales. Au vu de ce qui précède, elle a retenu que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé et que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la marche dans les escaliers, sur des échelles ou sur des échafaudages, pas d'activités en position statique debout et pas de port de charges lourdes supérieures à dix kilos. Selon la médecin d'arrondissement de la CNA, l'activité de [...] n'était plus exigible et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les

limitations fonctionnelles décrites, était attendue sans diminution de rendement et à temps complet.

Par projet de décision du 10 mars 2021, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} avril 2018 au 31 mai 2021. Il a retenu que, depuis le 1^{er} septembre 2016, date du début du délai d'attente, sa capacité de travail était considérablement restreinte. A la fin du délai d'attente d'une année, le 1^{er} septembre 2017, il était en incapacité de travail et de gain totale dans toute activité, de sorte qu'un degré d'invalidité de 100 % était reconnu depuis cette date. L'OAI a toutefois relevé que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt six mois après la réception de la demande AI, laquelle avait été déposée le 18 octobre 2017. Dès lors, les prestations ne pouvaient être versées qu'à partir du 1^{er} avril 2018. L'office précité a en outre exposé qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (sans marche prolongée ou en terrains irréguliers, sans position accroupie ou à genoux, sans travaux nécessitant la marche dans les escaliers, sur des échelles ou sur des échafaudages, sans position statique debout et sans port de charges lourdes supérieures à dix kilos) était exigible sans diminution de rendement depuis le 8 février 2021, d'après l'examen de la médecin de la CNA. De la comparaison du revenu sans invalidité de 69'632 fr. (soit le revenu annoncé par l'employeur en 2014 annexé jusqu'en 2021) avec le revenu avec invalidité fondé sur l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires) pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, de 66'132 fr. 24 compte tenu d'un abattement de 5 % lié à ses limitations fonctionnelles, il résultait un degré d'invalidité s'élevant à 5.03 %, ce degré d'invalidité, inférieur à 40 %, n'ouvrant pas le droit à une rente. Par conséquent, le droit à une rente entière s'éteignait au 31 mai 2021, soit au terme du délai de trois mois suivant le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par courrier du 12 mars 2021, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2021, dans la mesure où l'examen

médical subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement médical.

Par courrier non daté reçu le 25 mars 2021 par la CNA, l'assuré a contesté la position de cette dernière telle qu'elle figure dans son courrier du 12 mars 2021.

Le 14 avril 2021, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI du 10 mars 2021. Il a estimé que son état n'était pas stable et qu'il n'était pas possible de retenir une telle capacité de travail résiduelle, puisqu'il souffrait toujours de décharges électriques, d'une sensibilité accentuée sur ses cicatrices à la marche au niveau de la cheville, de douleurs persistantes au niveau du genou à la marche et au repos et d'un endormissement de la jambe et du pied. En raison de ces troubles, l'assuré a indiqué qu'il avait toujours besoin de physiothérapie et de plusieurs médicaments, dont un puissant antalgique.

Sur demande de l'OAI, l'assuré a en particulier transmis, le 12 mai 2021, les pièces suivantes :

- un rapport du 3 mai 2021 à la CNA, dans lequel le Dr Z._____ a indiqué que la décision prise le 12 mars 2021 de mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière lui paraissait inappropriée. Il a rappelé que son patient souffrait toujours d'importantes douleurs au niveau de son genou et de sa cheville droits et que la situation évoluait de manière défavorable. Le médecin a en outre relevé que l'assuré était sous traitement par morphine en continu et que la physiothérapie et l'ergothérapie étaient primordiales pour soulager son quotidien. Selon lui, il était impossible pour son patient de se présenter à l'assurance-chômage, car il ne pouvait imaginer qu'un employeur soit prêt à l'engager, quelle que soit la profession, au vu du risque d'absence potentiel et des douleurs. Le Dr Z._____ a encore observé qu'une importante composante de douleurs s'ajoutait aux limitations fonctionnelles retenues par la médecin d'arrondissement de la CNA ;

- un rapport du 11 mai 2021, par lequel Mme H._____, physiothérapeute, a noté que l'assuré présentait toujours de fortes douleurs au niveau du genou et de son pied, lesquelles le limitaient beaucoup dans ses activités de la vie quotidienne et dans la progression des exercices de physiothérapie. Elle a relevé que les traitements permettaient de soulager de manière temporaire le patient et qu'il n'était pas envisageable de les arrêter pour le moment puisque les douleurs et les raideurs revenaient rapidement.

Par décision du 25 mai 2021, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, estimant qu'il n'existait aucune diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. Elle a en effet considéré que ce dernier était capable d'exercer une activité ne nécessitant pas de port de charges supérieures à dix kilos, de marche prolongée, de marche en terrains irréguliers, de position accroupie ou à genoux, de marche dans les escaliers, d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, ainsi que de position statique debout. Une telle activité était exigible à 100 % et permettrait à l'intéressé de réaliser, selon l'ESS, un revenu résiduel de 66'001 fr., compte tenu d'un abattement de 5 % pour limitations fonctionnelles ; comparé au revenu réalisable sans l'accident de 68'705 fr., il en résultait seulement une perte de 4 %, inférieure au taux de 10 % donnant droit à une rente.

Le 30 juillet 2021, l'assuré, désormais représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a complété ses objections au projet de décision de l'OAI. Il a contesté l'appréciation de la médecin d'arrondissement de la CNA s'agissant de la capacité de travail retenue dans une activité adaptée, se référant aux rapports de ses médecins traitants. Il a en outre indiqué être actuellement suivi par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Pour étayer ses dires, l'assuré a transmis les pièces suivantes :

- un rapport établi le 24 juin 2021 par son médecin traitant, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, par lequel ce dernier a indiqué que son patient devait prendre un traitement morphinique pour soulager ses douleurs intenses et que, dans ce

contexte, il était difficile d'envisager une reprise de son travail, qui requerrait un effort physique, mais aussi une réadaptation dans un autre travail, qui demanderait de la concentration au niveau intellectuel ;

- un rapport du 28 juin 2021 du Dr Z._____, par lequel celui-ci a fait état de ce qui suit :

« Question 1. Considérez-vous que l'état de santé de Monsieur O._____ est stabilisé ?

La situation n'est clairement pas stabilisée. On peut même dire qu'elle s'est empirée suite à ces chirurgies qu'il a eues au niveau des nerfs du membre inférieur droit, à tel point qu'actuellement il doit prendre des médicaments plus forts, tel que du MST [morphine] de manière quotidienne. La physiothérapie et l'ergothérapie semblent primordiales pour soulager le quotidien du patient.

Question 2. Y aurait-il des traitements chirurgicaux ou médicaux qui pourraient l'améliorer/soulager le patient ?

A mon sens, d'un point de vue chirurgical, je ne vois pas ce qui pourrait soulager le patient actuellement.

D'un point de vue d'un traitement non chirurgical, la physiothérapie, l'ergothérapie et la prise de médicament paraissent indispensables. Malgré la prise de ces médicaments, les douleurs persistent de manière assez importante, principalement au niveau du genou, sur la face latérale et au niveau de la cheville également, sur la partie interne.

Question 3. A quel taux évaluez-vous actuellement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

A cette question, nous avons discuté de manière claire avec Monsieur O._____. Actuellement, une activité professionnelle à 100% paraît difficile d'un point de vue de la tolérance du patient. On miserait peut-être plutôt sur un 50%, mais bien entendu dans un travail qui ne soit pas trop physique, où il peut alterner une position assise et debout.

Au niveau de la conduite automobile, il est limité à environ 1 heure, ensuite la cheville et le genou deviennent assez douloureux. Au niveau de la montée - descente des escaliers ou échelles, cela n'est pas possible.

Je noterai également dans cette question que, à l'époque, il avait fait l'[...], où on l'avait surtout testé dans son activité précédente de travailleur en génie civil où il était toute la journée sur les routes. Bien entendu, ce genre d'activité professionnelle n'est plus possible pour lui. Il doit vraiment être réorienté sur un travail moins physique, en tenant compte des paramètres précédemment cités.

Evidemment, tout cela doit être testé et le patient est totalement ouvert à tester ce genre d'activité professionnelle.

Question 4. Quel type d'activité pourrait être adaptée selon vous ?

cf. question 3.

Question 5. Autres remarques ?

Monsieur O._____ est motivé à pouvoir retravailler. Il n'a que [...] ans. Il se rend compte qu'être sans activité professionnelle ne l'enchantent pas du tout. Bien entendu, il est tout à fait conscient également des limites physiques et des limites marquées par la douleur qu'il présente. Mais il est très demandeur de pouvoir tester des activités professionnelles moins lourdes, chose qui n'a, à priori, encore jamais été faite jusqu'à maintenant. »

Le 2 août 2021, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 29 juillet 2021, dans lequel le Dr L._____ a indiqué l'avoir traité du 14 mai au 17 juin 2021 en raison d'une crise émotionnelle sévère survenue dans le contexte de procédures asséculo-logiques concernant son accident professionnel en 2014. L'intéressé se sentait désespéré et victime des décisions des assurances, qui le mettaient dans une situation financière très difficile. Le psychiatre traitant a expliqué que son patient avait déjà été sous traitement d'un antidépresseur et d'un somnifère prescrits par son médecin traitant ; ce dernier n'était pas apte au travail pendant la période du traitement susmentionnée en raison de son trouble psychiatrique. Il a relevé que l'assuré avait surmonté l'essentiel de cette crise grâce au soutien du syndicat et que, même si son état restait fragile, il s'était senti suffisamment rétabli pour continuer sans une aide psychiatrique spécifique.

Par rapport du 14 septembre 2021 à l'OAI, le Dr L._____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) depuis le mois de mai 2021. Il a expliqué que l'assuré s'était adressé à lui en raison d'une crise anxiodépressive provoquée par le traitement asséculo-logique de son handicap physique causé par un accident professionnel, qui le privait de moyens de subsistance. L'intéressé décrivait une réaction anxiodépressive mixte liée à l'absence de revenu ; il se sentait blessé par la non-reconnaissance de son handicap physique par les assurances. Le psychiatre a observé que son patient était envahi par des émotions mixtes, dont de l'anxiété pour sa situation et son avenir sur le plan financier, de la colère impuissante, des moments d'effondrement dépressif, une honte de son handicap, mais pas d'état de stress posttraumatique ni d'autres symptômes psychiatriques. Le suivi psychiatrique s'était terminé le 22 juillet 2021, le pronostic était

désormais favorable, aucune mesure n'était envisagée et il n'existait pas de limitation sur le plan psychiatrique.

Le 18 octobre 2021, le Dr Z._____ a adressé son patient au Centre d'antalgie du D._____ à cause de douleurs neurologiques ingérables. Aux termes de son rapport du même jour, il a indiqué que la situation s'était empirée, les douleurs étant présentes tant au niveau du genou droit, sur la partie antéro-latérale, qu'au niveau du talon droit. Il a noté que le patient devait prendre de la morphine quotidiennement, le Tramal ne faisant pratiquement plus d'effet, et qu'il bénéficiait de physiothérapie et d'ergothérapie, lesquels soulageaient un minimum la symptomatologie.

Par décision sur opposition du 11 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

Par acte du 9 décembre 2021, l'assuré, toujours représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée.

Par rapport du 25 février 2022, les Drs E._____ et M._____, spécialistes en anesthésiologie et médecins auprès du Centre d'antalgie du D._____, ont posé les diagnostics de douleurs chroniques neuropathiques au niveau de la cheville et du pied droits dans les territoires des nerfs saphènes et fibulaires superficiels, ainsi que de « très probable » syndrome régional douloureux complexe (ci-après : SRDC) de type 2. Ils ont convenu de traiter le patient dans un premier temps par des mesures non invasives, telles qu'une crème à base d'amitriptyline/kétamine, ainsi que des patchs de Neurodols, et ont également proposé au recourant d'effectuer une perfusion de lidocaïne intraveineuse, potentiellement efficace sur des douleurs neuropathiques, laquelle pourra être réitérée en cas de succès. Les Drs E._____ et M._____ ont en outre proposé la poursuite de la médication actuelle et de la physiothérapie, tout en relevant qu'en cas de diminution de

l'allodynie grâce aux mesures précitées, l'utilisation de la stimulation électrique transcutanée et des séances d'ergothérapie seraient à envisager.

Le 21 mars 2022, une scintigraphie osseuse a été réalisée à la suite d'une forte suspicion d'un SRDC du pied et de la cheville droits. Le rapport y relatif, daté du même jour, émettait les conclusions suivantes :

« Cet examen scintigraphique montre quelques petites hyperactivités du 2^e cunéiforme du pied droit en présence de remaniements osseux post-mise en place et ablation du matériel métallique, à confronter aux antécédents. Également, sous réserve d'un CT "Low dose" effectué pour correction d'atténuation, aspect "moucheté" des os du tarse du pied droit, dont un SDRC au décours ne peut être exclu.
Pas de lésion hyperactive anormale du rachis cervico-dorso-lombaire. »

Aux termes d'un avis du 28 avril 2022, la Dre X._____, médecin praticienne et médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a émis l'appréciation suivante :

« **Discussion et conclusion** : Nous sommes devant la situation d'un assuré ayant présenté des fractures non déplacées des 3 métatarsiens en accident de travail en 2014. Suite à la persistance des douleurs un Sudeck a été déjà suspecté en 2014. Depuis cette date plusieurs opérations ont été réalisées pour des douleurs persistantes. Dans son examen final le médecin d'arrondissement conclut à une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle et une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] entière dans une activité non physique respectant les LF [limitations fonctionnelles]. La décision de la SUVA et le projet de décision de l'AI ont été contestés par l'assuré, nous sommes interrogés sur les derniers RM [rapports médicaux].

En se basant sur les RM à notre disposition, nous relevons plusieurs incohérences médicalement. D'abord au plan clinique, nous constatons que lors des examens cliniques effectués par la SUVA ou sur la demande de la SUVA (par le Dr K._____), l'assuré dit ne pas pouvoir se tenir ou marcher sur les pointes ou les talons du fait des douleurs au niveau du MID. Cependant, lors de l'examen effectué par le Dr M._____ (centre d'antalgie), l'assuré maintient sans difficulté les pointes et les talons. Donc, est ce qu'il y a une amélioration des douleurs ou les plaintes changent en fonction des examinateurs ?

Nous constatons également des discordances au niveau de la prise des morphiniques que d'après le Dr Z._____ cette prise n'est pas continue, mais plutôt aléatoire. Alors que le médecin traitant fait état d'une prise de morphiniques justifiant une ITT [incapacité de

travail totale] et que l'assuré déclare au moment de l'anamnèse réalisée par le centre d'antalgie de prendre des morphiniques en continu malgré des nausées et des vertiges. Nous peinons à comprendre le facteur d'aggravation entre le RM du 28.06.2021 retenant une CTAA à 50% avec les mêmes LF retenues par le médecin d'arrondissement et le RM du 18.10.2021 retenant une ITT dans toute activité par le Dr Z._____, sans changement de la situation médicale. Nous peinons également à comprendre une ITT dans toute activité chez un assuré qui refuse un séjour à la CRR, car il doit s'occuper de ses enfants (dont le dernier de très bas âge), tous les soirs et en absence de son épouse. Concernant le Sudeck, encore une fois retenu par le centre d'antalgie, les facteurs diagnostics cliniquement se base sur les déclaration subjectives de l'assuré, et la scintigraphie n'est pas typique et ne confirme pas ce diagnostic, mais conclut que ce diagnostic ne peut pas être écarté et ceci dans le cas d'un assuré opéré à plusieurs reprises au niveau du pied D. Enfin, au plan psychiatrique, il n'y a pas d'IT [incapacité de travail] durable ni de LF retenues par le Dr L._____.

Ainsi, nous concluons que les éléments médicaux apportés dans les derniers RM, ne nous permettent en aucun cas de nous écarter des conclusions de l'examen médical du médecin d'arrondissement. Il n'y a dès lors pas de raison de modifier notre position. »

Par courrier du 19 juillet 2022, faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a retenu que les médecins traitants n'évoquaient pas d'aggravation manifeste de l'état de santé de l'assuré et ne mentionnaient aucun élément qui permettrait de retenir que l'état de santé ne s'est pas stabilisé. Renvoyant à l'avis médical du SMR du 28 avril 2022, il a maintenu sa position telle qu'elle ressortait de son projet de décision du 10 mars 2021.

Par décision du 22 août 2022, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente entière d'invalidité à 1'936 fr. pour la période du 1^{er} avril au 31 octobre 2018. Il a en outre fixé le montant mensuel de la rente entière d'invalidité, assortie de trois rentes pour enfant, à 4'018 fr. pour la période du 1^{er} novembre au 31 décembre 2018, à 4'053 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020 et à 4'087 fr. pour la période du 1^{er} janvier au 31 mai 2021.

B. Par acte du 14 septembre 2022, O._____, toujours représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sarévision (*recte* : sa réforme) dans

le sens de la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2021 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre préalable, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale afin d'évaluer sa capacité résiduelle de travail. En substance, le recourant fait valoir que les conclusions de la Dre B._____, sur lesquelles l'intimé s'est basé, sont mises en doute par plusieurs rapports médicaux, en particulier par les rapports établis les 3 mai, 28 juin et 18 octobre 2021 par le Dr Z._____, qui attestent qu'il ne peut reprendre aucune activité à temps plein en raison de ses douleurs importantes. De même, le recourant soutient que le rapport du Dr S._____ du 24 juin 2021 consolide l'avis du Dr Z._____, puisque ce dernier atteste qu'il est en incapacité totale de travailler en raison du traitement morphinique, lequel engendre des troubles de la concentration. En outre, le recourant invoque que les limitations fonctionnelles telles que retenues par la Dre B._____ le 7 février 2018 ne sont plus d'actualité, plusieurs médecins ayant relevé que la situation s'était péjorée depuis lors. Il soutient que la médecin d'arrondissement n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles établies en 2019 n'auraient pas subi d'évolution et qu'elle ne s'est pas non plus prononcée sur l'influence du traitement morphinique sur sa capacité de travail, de sorte que l'intimé ne pouvait se fonder sur cet avis insuffisamment motivé. Selon lui, l'intimé n'a pas assez investigué son état de santé et ne peut dès lors se prononcer en l'état sur sa capacité résiduelle de travail. Pour étayer ses dires, le recourant a produit plusieurs pièces figurant déjà au dossier, ainsi que les pièces suivantes :

- un rapport du 11 septembre 2020 à la CNA, par lequel le Dr Z._____ a relevé que l'évolution par rapport aux opérations subies par le patient était mitigée, ce dernier estimant être plus gêné qu'avant celles-ci. Il a expliqué que, depuis la neurolyse au niveau de son genou droit, l'intéressé décrivait des douleurs sur la face latérale de son genou, comme des brûlures, qui augmentaient à la marche et n'étaient pas soulagées par la physiothérapie. Après avoir effectué une IRM, laquelle n'avait pas révélé de lésion anatomique pouvant expliquer les douleurs ressenties par le

patient, il a estimé qu'il s'agissait clairement de « douleurs de type rénévation au niveau de cette neurolyse ». Le médecin a ainsi conclu que la situation n'était pas stabilisée chez le recourant, qui restait encore dépendant des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Il a en outre indiqué que la situation n'était pas simple au niveau professionnel, les douleurs rendant difficile la recherche d'un emploi ;

- un rapport du 22 août 2022, par lequel le Dr Z._____ a expliqué que la situation restait mitigée avec des douleurs « tout le temps présentes » ; selon lui, une reprise de travail à 50 % en tenant compte des limitations fonctionnelles pouvait être tentée, mais pas au-delà ;

- un rapport du 2 septembre 2022 du Dr S._____, dont il ressort qu'une reprise de travail à maximum 50 % était envisageable et surtout bénéfique d'un point de vue psychique et somatique.

Par réponse du 1^{er} décembre 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse.

Le 9 janvier 2023, le recourant a déclaré persister dans ses conclusions et n'avoir aucune autre réquisition de preuve.

Dans l'intervalle, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt le 26 septembre 2022, en la cause AA 166/21 - 124/2022, par lequel elle a rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition de la CNA du 11 novembre 2021. En substance, elle a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et que c'était à juste titre que la CNA s'était fondée sur l'appréciation de la Dre B._____ du 4 décembre 2020, complétée le 8 février 2021, pour retenir une capacité de travail résiduelle de 100 % dès février 2020 ; elle a confirmé les revenus avec et sans invalidité retenus par cette dernière, le degré d'invalidité n'ouvrant ainsi pas le droit à la rente d'invalidité. La Cour de céans a notamment considéré que l'appréciation de la Dre B._____ bénéficiait d'une pleine valeur probante et n'était mise en doute, même faiblement, par aucun élément médical au dossier ; en particulier, les rapports des

3 mai, 28 juin et 18 octobre 2021 du Dr Z._____, le rapport du 24 juin 2021 du Dr S._____, et le rapport du 25 février 2022 des Drs E._____, et M._____ ne permettaient pas de jeter le doute sur l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA.

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 31 mai 2021.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). 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).

Le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que l'éventuelle modification déterminante date du 8 février 2021.

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

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

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). 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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) 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).

5. Par décision du 22 août 2022, l'intimé a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mai 2021. Il a en effet considéré que le droit à la rente s'éteignait le 31 mai 2021, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail, intervenue en février 2021. L'atteinte à la santé physique faisant suite à un accident, la décision entreprise est principalement fondée sur le dossier de la CNA, plus particulièrement sur l'appréciation de la Dre B. _____ du 4 décembre 2020, complétée le 8 février 2021. Le recourant conteste l'appréciation de la Dre B. _____, laquelle serait contredite par plusieurs rapports de ses médecins attestant d'une capacité de travail résiduelle partielle, voire nulle. Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports établis par la médecin d'arrondissement de la CNA.

a) La Dre B. _____ a examiné le recourant pour la dernière fois le 4 décembre 2020. Au terme de cet examen, elle a constaté une boiterie d'épargne du membre inférieur droit, un assuré qui mentionnait ne pas pouvoir marcher sur les pointes et les talons sans essayer, un accroupissement profond impossible en raison de douleurs sur le bord externe du genou droit, une amyotrophie de deux centimètres de la cuisse, probablement en relation avec le port de l'attelle au niveau du genou droit alors qu'il n'y avait pas d'amyotrophie au niveau du mollet, une mobilité de la cheville diminuée en flexion et en extension ainsi qu'une mobilité diminuée au niveau du genou droit sans explication morphologique puisqu'une IRM du genou droit récente était normale. Elle

a également observé une allodynie importante au niveau du territoire distal du nerf saphène mais aucune allodynie dans le territoire distal du nerf péronier superficiel. Tenant compte de l'ensemble des éléments au dossier, la Dre B._____ a retenu que la situation était presque stabilisée et proposé un court séjour à la CRR, dans le but de procéder à une évaluation des capacités résiduelles fonctionnelles et des capacités professionnelles de l'assuré. Elle a d'ores et déjà retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activité nécessitant la marche dans des escaliers, sur des échelles ou des échafaudages, pas d'activité en position statique debout et pas de port de charges supérieures à dix kilos. En outre, la médecin d'arrondissement de la CNA a estimé que l'activité de [...] n'était plus exigible et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées était attendue sans diminution de rendement. Le recourant n'ayant pas pu effectuer le séjour proposé à la CRR, pour des motifs personnels, la médecin d'arrondissement a rédigé une appréciation le 8 février 2021, dans laquelle elle concluait à une stabilisation de l'état de santé de l'assuré et retenait les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites dans son rapport du 4 décembre 2020. D'après elle, une pleine capacité de travail était attendue sans diminution et à temps complet dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b) En l'occurrence, la Cour de céans s'est déjà prononcée sur la force probante du rapport du 4 décembre 2020, complété le 8 février 2021, de la Dre B._____ au regard du dossier de la CNA, dans son arrêt du 26 septembre 2022 traitant du droit de l'intéressé aux prestations de l'assurance-accidents (arrêt CASSO AA 166/21 - 124/2022). Elle a en particulier retenu que les éléments médicaux au dossier de la CNA - notamment les rapports des 3 mai, 28 juin et 18 octobre 2021 du Dr Z._____, du 24 juin 2021 du Dr S._____ et du 25 février 2022 des Drs E._____ et M._____ - ne permettaient pas de mettre en doute, même faiblement, les conclusions de la médecin d'arrondissement, lesquelles avaient pleine valeur probante.

Les considérants de l'arrêt précité peuvent être transposés au cas d'espèce en tant qu'ils concernent les rapports susmentionnés. En effet, le recourant invoque également ces rapports à l'appui de son recours à l'encontre de la décision de l'OAI afin de discréditer l'appréciation de la Dre B._____, sur laquelle cet office s'est fondé pour établir sa capacité de travail résiduelle.

Ainsi, il convient de retenir, s'agissant des rapports susmentionnés du Dr Z._____, que ceux-ci se basent uniquement sur l'avis subjectif du recourant et les importantes douleurs rapportées par celui-ci pour évaluer sa capacité de travail, son raisonnement ne se basant sur aucune appréciation médicale objective et n'étant nullement étayé. De plus, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. A cela s'ajoute que le Dr Z._____ ne fait pas état de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles retenues par la Dre B._____ liées aux douleurs présentées, lesquelles ont d'ailleurs été admises par la médecin d'arrondissement, qui a précisément retenu des limitations fonctionnelles importantes en lien avec celles-ci (pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la marche dans les escaliers, sur des échelles ou sur des échafaudages, pas d'activités en position statique debout et pas de port de charges lourdes supérieures à dix kilos).

On ajoutera que l'argument du Dr Z._____ présenté dans son rapport du 3 mai 2021 selon lequel il était difficile de concevoir qu'un employeur soit prêt à engager son patient au vu du risque d'absence potentiel et des douleurs ne saurait être pris en compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. Il n'apparaît pas qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telle supposerait de la part d'un employeur des concessions irréalistes, étant rappelé que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en

considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Ainsi, pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé au regard des conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2).

En ce qui concerne le rapport du 24 juin 2021 du médecin traitant du recourant, selon lequel ce dernier était incapable de travailler compte tenu des douleurs et du traitement à base de morphine, qui troublait sa concentration, la Cour de céans a relevé que cette opinion, qui n'était au demeurant pas motivée, s'était essentiellement fondée sur les douleurs du recourant et que le Dr S. _____ n'avait pas mis en évidence un élément objectif nouveau par rapport à l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA. A cela s'ajoute que l'activité adaptée exigible consistait en une activité physique ou manuelle simple et répétitive, ne nécessitant aucune formation ; il n'était ainsi pas question d'une activité requérant une concentration intellectuelle.

S'agissant enfin du rapport du 25 février 2022 des Drs E. _____ et M. _____, qui posait le diagnostic « très probable » ou « potentiel » de SRDC de type 2 en phase tardive, devant encore être confirmé par des examens, en sus des douleurs chroniques neuropathiques déjà connues, la Cour de céans a exposé dans son arrêt du 26 septembre 2022 qu'un scanner réalisé le 14 février 2017 avait révélé un aspect moucheté de la trame osseuse dans un possible contexte de Südeck et que, lors de son examen du 7 février 2018, la Dre B. _____ avait évoqué la possibilité d'un SRDC, mais ne l'avait finalement pas retenu, les symptômes n'étant pas présents ; ainsi, un diagnostic nouveau, devant encore être confirmé par des examens médicaux, envisagé par la médecin d'arrondissement mais non retenu faute d'arguments objectifs, ne pouvait constituer un fait nouveau permettant

de jeter le doute sur l'évaluation médicale de celle-ci. A cela s'ajoute que le dossier de l'OAI contient le résultat de la scintigraphie osseuse réalisée le 21 mars 2022, qui a révélé que les os du tarse du pied droit avaient un aspect « moucheté », dont un SRDC au décours ne pouvait être exclu. Cet examen n'a ainsi pas permis de confirmer de manière certaine les suspicions des Drs E. _____ et M. _____. En outre, comme dans l'arrêt relatif à l'assurance-accidents, on mentionnera à cet égard la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, il ne ressort pas de l'éventuel diagnostic différentiel l'existence de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en compte et les douleurs invoquées sont largement connues.

c) Le recourant a également produit un rapport du 11 mai 2021 de sa physiothérapeute, lequel n'apparaît pas au dossier de la CNA. Il en ressort que l'intéressé présentait toujours de fortes douleurs au niveau du genou et de son pied, qui le limitaient dans ses activités de la vie quotidienne et dans la progression des exercices de physiothérapie ; les traitements permettaient de soulager le patient temporairement et ne devaient pas être arrêtés. Ce rapport ne permet toutefois pas d'invalider les conclusions de la Dre B. _____, l'invalidité devant être estimée par un médecin, qualification que Mme H. _____ ne détient pas. En outre, comme déjà relevé, les douleurs ont bel et bien été prises en compte par la médecin d'arrondissement de la CNA, l'activité adaptée devant permettre de respecter les limitations fonctionnelles et, ainsi, d'éviter de causer des douleurs à l'assuré en ménageant en particulier son pied.

Le recourant a encore produit à l'appui de son recours dans la présente procédure deux nouveaux rapports rédigés par ses médecins traitants. Aux termes d'un rapport du 22 août 2022, le Dr Z. _____ a expliqué que la situation restait mitigée avec des douleurs présentes

« tout le temps ». Selon lui, une reprise de travail à 50 % en tenant compte des limitations fonctionnelles pouvait être tentée, mais pas au-delà. De même, dans un rapport du 2 septembre 2022, le Dr S. _____ a indiqué qu'une reprise de travail à 50 % au maximum était envisageable. Ces rapports, non étayés, ne font état d'aucun élément objectif permettant d'expliquer pourquoi l'assuré ne serait pas capable d'assumer une activité adaptée à temps complet et, en particulier, en quoi les douleurs empêcheraient l'assuré d'exercer l'activité adaptée retenue par la médecin d'arrondissement. Ils ne font pas non plus état d'une aggravation de l'état de santé du recourant et le Dr S. _____ convainc d'autant moins qu'il n'explique pas pourquoi la capacité de travail de son patient aurait évolué favorablement depuis son dernier rapport du 24 juin 2021.

d) Les éléments médicaux au dossier ne permettent donc pas de mettre en doute les conclusions de la médecin d'arrondissement de la CNA. A cela s'ajoute que le rapport du 4 décembre 2020, complété le 8 février 2021, de la Dre B. _____ est détaillé et motivé, que ses conclusions sont claires et étayées, qu'il tient compte des plaintes de l'assuré et a été établi à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est donc erroné de soutenir, à l'instar du recourant, que les limitations fonctionnelles retenues par celle-ci ne sont plus d'actualité. En l'absence de constatation médicale qui exprimerait un avis contraire de manière convaincante, on doit donc admettre les conclusions de la médecin d'arrondissement.

6. Au stade de la procédure d'audition, le recourant a également allégué être atteint dans sa santé psychique, ayant dû consulter le Dr L. _____ dès le mois de mai 2021.

Le recourant a produit à cet égard deux rapports de son psychiatre traitant, dont il ressort qu'il a été suivi par celui-ci du 14 mai au 17 juin ou 22 juillet 2021 en raison d'une crise émotionnelle sévère survenue dans le contexte des procédures devant les assurances-

accidents et invalidité concernant son accident professionnel en 2014. Le Dr L. _____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) depuis le mois de mai 2021. Il a expliqué que son patient se sentait blessé par la non-reconnaissance de son handicap physique par les assurances et qu'il était anxieux en regard de son avenir sur le plan financier ; il ressentait également de la colère impuissante, des moments d'effondrement dépressifs et une honte de son handicap. Cela étant, le psychiatre a relevé que l'intéressé avait surmonté l'essentiel de cette crise et que, même si son état restait fragile, il s'était senti suffisamment rétabli pour cesser son suivi psychiatrique. D'après lui, ce trouble psychiatrique avait entraîné une incapacité de travail durant son traitement psychiatrique. Le pronostic était désormais favorable, aucune mesure n'était envisagée et il n'existait aucune limitation sur le plan psychiatrique.

Dans ces circonstances, on ne saurait retenir que l'atteinte psychiatrique était invalidante et devait être prise en compte par l'office intimé. L'atteinte est en effet apparue vraisemblablement en réaction au projet de décision de l'OAI du 10 mars 2021 et à la décision de la CNA du 12 mars 2021, lui refusant des prestations d'assurance. L'incapacité de travail en ayant découlé a été de très courte durée, le suivi psychiatrique n'ayant duré que deux ou trois mois, le temps que l'intéressé surmonte l'essentiel de cette crise. Il apparaît en outre que cette atteinte n'existe plus ou n'ait à tout le moins plus aucune incidence sur la capacité de travail de l'intéressé. Le grief du recourant à cet égard doit ainsi être rejeté.

7. a) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à suivre l'appréciation de la Dre B. _____ et à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 8 février 2021, sans diminution de rendement, ce qui constitue un changement notable au sens requis par l'art. 17 LPGA. On précisera au demeurant que la notion de stabilisation de l'état de santé invoquée par le recourant, 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.

b) Au surplus, 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 5 % dès le 8 février 2021, 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} juin 2021 (cf. art. 28 LAI et 88a al. 1 RAI).

8. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de l'assuré en ce sens doit ainsi être rejetée 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).

9. 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 (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 22 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'O._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Syndicat Unia Région Vaud (pour O._____),
- 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 :