

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 juillet 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a RAI

E n f a i t :

A. **a)** A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation certifiante, a travaillé en Suisse dans le secteur de la construction durant plus de dix ans sous la forme de missions temporaires et en dernier lieu au service de la société de placement Q._____ SA (aujourd'hui : W._____ SA) de janvier à octobre 2017 ; à ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 24 août 2017, l'assuré a glissé puis est tombé dans un trou, alors qu'il marchait sur le chantier d'une patinoire, incident en raison duquel le travail a été interrompu dès le lendemain (déclaration de sinistre LAA complétée le 30 août 2017 par l'employeur). Lors de cet événement l'assuré a subi une tendinopathie fissurante du court fibulaire droit, une enthésiopathie du tendon d'Achille droit, une aponévrosite plantaire médiale droite, une aponévrosite plantaire gauche, une enthésite du tendon d'Achille gauche, une péronéonite, une fissuration du court fibulaire gauche, en sous-malléolaire, une enthésite achilléenne bilatérale et une minime bursite rétro-achilléenne droite (IRM des 3 et 6 novembre 2017 et ultrason du 23 février 2018). Le diagnostic de contusion des deux talons et de douleurs aux deux chevilles a été posé (rapport du 29 octobre 2017 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant).

Le cas a été pris en charge par la CNA.

Du 13 février au 14 mars 2018, l'assuré a séjourné au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Selon le rapport de sortie du 23 mars 2018 des Drs K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E._____, médecin assistante, les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives. Ces médecins ont relevé que des facteurs contextuels, notamment une kinésiophobie et une catastrophisation élevées, pouvaient influencer

négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré, lequel présentait une perception de handicap fonctionnel extrême et une focalisation sur la douleur élevée ainsi que beaucoup d'autolimitations.

b) Le 1^{er} juin 2018, A._____ 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) en raison des répercussions de l'accident du 24 août 2017 sur son état de santé.

Selon un extrait du 13 juin 2018 de son compte individuel (CI) AVS, l'assuré a notamment réalisé les revenus suivants : 55'181 fr. (2013), 60'723 fr. (2014), 59'081 fr. (2015) et 61'409 fr. (2016).

Le 4 juillet 2018, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par la CNA qui avait informé l'assuré de la fin du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2018 au soir ainsi que de l'examen de son droit à d'éventuelles autres prestations d'assurance (courrier de la CNA du 15 juin 2018).

Par décision du 9 juillet 2018, la CNA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), aux motifs qu'il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique.

c) Au vu de l'échec du traitement conservateur de la tendinopathie insertionnelle du tendon d'Achille, le 27 juin 2019, l'assuré a été opéré à la Clinique [...] SA de [...] par le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a procédé à une calcanéoplastie endoscopique, une arthroscopie sous-talienne, une synovectomie partielle postérieure, une libération du tendon fléchisseur *hallucis longus* et une plastie tendineuse du tendon d'Achille avec transfert du tendon fléchisseur *hallucis longus* de la cheville droite.

Sur la base de l'avis du 7 août 2019 de son médecin d'arrondissement, le Dr X._____, la CNA a informé l'assuré de la reprise du service de ses prestations d'assurance en lien avec la rechute annoncée (courrier du 4 septembre 2019 de la CNA).

Le Dr I._____ a fait part d'une évolution lente mais positive des douleurs au tendon avec une boiterie de l'assuré et a effectué une série d'infiltrations de cortisone depuis le 20 août 2020.

Selon un compte rendu de leur permanence du 7 octobre 2020, les médecins du SMR ont évalué la durée de l'incapacité de travail de l'assuré depuis l'intervention du 27 juin 2019 à environ trois mois mais au maximum six mois. Ils ont indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« pas de marches prolongées, ni de position statique debout prolongées »), telles que retenues dans un précédent rapport SMR du 26 juin 2019.

Dans un rapport du 27 novembre 2020 à l'OAI, le Dr I._____ a posé les diagnostics incapacitants de tendinopathie du tendon d'Achille bilatéral (depuis 2019) et de fasciite plantaire pied droit (depuis 2020). Au terme de son dernier contrôle le 9 octobre 2020, ce médecin a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle d'ouvrier de la construction depuis l'intervention chirurgicale du 27 juin 2019. Les limitations fonctionnelles étaient la tenue de la station debout et le port de charges. Le Dr I._____ n'était toutefois pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée en l'absence de stabilisation au niveau de sa cheville gauche ; il indiquait toutefois une éventuelle reprise dans un travail adapté non physique « deux à trois mois post-opératoire ».

Le 2 décembre 2020, le Dr X._____ a réexaminé l'assuré. Dans son examen final daté du même jour, le médecin d'arrondissement de la CNA a en substance relevé ce qui suit :

“Subjectivement, l’assuré ne concède guère d’amélioration. Il garde des douleurs aux 2 calcanei, davantage à D. Le périmètre de marche à plat n’excéderait pas 50 à 100 mètres sans canne. Il signale des lâchages du pied D et des gonalgies bilatérales. La nuit, une sensation d’échauffement des 2 membres inférieurs provoque de fréquents réveils.

Objectivement, l’impression qui prévaut est celle d’une amplification majeure. La marche s’effectue en effet sans boiterie significative mais à petits pas. Le patient est incapable de marcher sur les talons mais n’ébauche pas le moindre essai. La montée unipodale sur la pointe du pied est déclarée irréalisable. Cliniquement, les 2 pieds sont toutefois parfaitement calmes. La transpiration et la température des 2 pieds sont similaires. Le tannage plantaire est identique.

La situation médicale est stabilisée. Un nouveau séjour à la CRR n’apporterait certainement aucun bénéfice. Plus de 18 mois après l’intervention de juin 2019, on doit admettre que la situation médicale ne changera plus. On reconnaît à l’assuré des limitations fonctionnelles pour les marches prolongées, les marches en terrains irréguliers, les travaux accroupis ainsi que les travaux en position debout statique prolongé.

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus, l’assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail.

Aucune IPAI [indemnité pour atteinte à l’intégrité] n’est due pour les suites de l’événement du 24.08.2017.”

L’OAI a soumis le dossier à un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle, lequel a établi son rapport final le 2 février 2021. Il a conclu à l’absence de mesure professionnelle possible pour l’assuré qui ne s’était jamais senti apte à reprendre une activité. Une aide au placement ne lui était donc pas proposée mais restait sujet à réexamen à la demande de l’intéressé. Ce dernier était capable de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif du domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d’un processus de production, comme ouvrier à l’établi dans des activités simples et légères, ou encore en tant qu’ouvrier dans le conditionnement (document intitulé « Calcul du salaire exigible » du 2 février 2021).

Par projet de décision du 22 février 2021, l’OAI a fait part à l’assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d’invalidité pour la période du 1^{er} juin 2020 au 31 mars 2021, fondée sur un taux

d'invalidité de 100 % à l'échéance du délai d'attente d'une année depuis l'aggravation de son état de santé du 27 juin 2019 dans les suites de l'accident du 24 août 2017 ; dès le mois de décembre 2020, l'assuré disposait d'une capacité de travail à nouveau totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marches prolongées, pas de marches en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ainsi que des travaux en position debout statique prolongée) qui, après comparaison des revenus exigibles, excluait un préjudice économique et partant le maintien du droit à la rente entière au-delà du 31 mars 2021, trois mois après l'amélioration constatée. Une mesure de placement pouvait toutefois être accordée sur demande écrite et motivée de l'assuré.

Par courrier du 2 mars 2021, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2021 au soir. Puis, par décision du 9 mars 2021, elle a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité, considérant qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr X. _____ dans son bilan final du 2 décembre 2020. La CNA a en outre refusé le droit à une IPAI en faveur de l'assuré.

Dans le cadre de ses objections du 19 avril 2021 sur le préavis du 22 février 2021 de l'OAI, l'assuré, désormais conseillé par Me François Gillard, a demandé une suspension de l'instruction de son cas dans l'attente des résultats d'investigations médicales en cours dans son dossier avec la CNA, et subsidiairement un complément d'instruction de la part de l'OAI ainsi que le maintien de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Ce faisant, il a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un certificat médical du 14 mars 2021 du Dr L. _____ établi à la demande de l'assuré attestant ce qui suit :

“Monsieur A. _____

Né le [...], est suivi à ma consultation depuis 17 ans. Il vient régulièrement pour des contrôles de santé depuis 3-4 ans. Il vient souvent pour des problèmes des pieds en relation avec son accident du 27 [recte : 24] août 2017. Malgré de multiples traitements comprenant des traitements médicamenteux par la bouche et par

voie topique, de multiples séances de la physio et une intervention chirurgicale en mai 2019, il continue à se plaindre des douleurs des talons surtout du côté droite. Ses déplacements sont douloureux et sa capacité de marche est diminuée tout aussi bien que celle de rester debout.

En tant que médecin traitant de longue date je fais confiance à mon patient et je pense que les douleurs sont réelles, donc je pense qu'il n'est pas apte à travailler à 100% comme décidé par l'office d'AI. Une reprise totale du travail du jour au lendemain me paraît irréaliste. A mon avis il devrait passer par de[s] différents taux de capacité de travail (commencer par 25% et augmenter progressivement sur une période de quelques mois afin d'arriver progressivement à une capacité de travail réelle).

Je propose à l'office de l'AI de revoir son dossier et d'adapter la décision. [...]”;

- un rapport du 23 mars 2021 adressé à Me Gillard par le Dr I. _____ auquel était joint un certificat d'incapacité de travail à 100 % pour la période du 9 mars au 18 juin 2021. Ce médecin signalait ce qui suit :

“[...] On a diagnostiqué une tendinopathie bilatérale des tendons d'Achille et un traitement chirurgical a eu lieu pour le côté droit [...] le 27.06.2019. L'évolution a été lente, mais favorable, malheureusement avec une amélioration seulement partielle des douleurs. Par la suite, une fasciite plantaire s'est développée pour laquelle j'ai fait plusieurs infiltrations qui ont soulagé les douleurs. Le patient marche toujours avec une boiterie importante et doit utiliser des béquilles. La situation médicale est relativement stabilisée par rapport à la cheville droite, par contre les douleurs de la cheville gauche persistent au niveau de l'insertion du tendon d'Achille et au niveau du talon. Les douleurs au niveau du talon se sont améliorées suite à une série de 3 infiltrations mais si les douleurs persistent, il faudra envisager un traitement chirurgical pour le côté gauche. Par rapport aux restrictions de travail, j'ai déjà indiqué à l'AI qu'une reconversion professionnelle était nécessaire vers un travail non physique, qui limite la station debout et le port de charges à 5-10kg, idéalement un travail en position assise.” ;

- une copie de l'opposition du 5 avril 2021 formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 2 mars 2021 de la CNA, acte dont son avocat précisait qu'il valait également annonce de rechute pour les atteintes de la cheville gauche en demandant la reprise du versement des prestations d'assurance dès la mi-mars 2021.

Le 16 août 2021, le Dr I. _____ a répondu comme suit à un questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI :

"1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Amélioration modérée au niveau du pied droit des douleurs. Situation et péjoration des douleurs au niveau du tendon d'Achille gauche.

2. Quel(s) diagnostic(s) reprenez-vous actuellement impactant la capacité de travail ?

Fasciite plantaire pied droit. Séquelles d'une tendinopathie chronique du tendon d'Achille, pied droit. Tendinopathie chronique du tendon d'Achille à gauche.

3. Une hospitalisation ou une prise en charge chirurgicale a-t-elle été nécessaire depuis votre dernier rapport ? Merci de nous transmettre la lettre de sortie.

Il n'y a pas eu de nouvelle hospitalisation.

4. Avez-vous pratiqué des examens complémentaires (imagerie, ...) ? Merci de nous en transmettre une copie.

Le patient a poursuivi le traitement en physiothérapie et l'on a complété par une série d'infiltrations de cortisone au niveau du talon à droite pour la fasciite plantaire.

5. Comment a évolué la capacité de travail dans l'activité habituelle depuis votre dernier rapport ? (sur un taux de 100%) Depuis quand ?

[Pas de] changement

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Douleurs lors de la station debout prolongée, avec les activités physiques, avec le port de charges. Ceci limite toutes activités dans son ancienne activité professionnelle d'aide-maçon.

7. Respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-avant, comment a évolué la capacité de travail dans une activité adaptée à ces dernières ? (sur un taux de 100%) Depuis quand ?

Aucune progression puisque les douleurs du côté gauche restent très invalidantes. Un traitement chirurgical a été proposé au patient.

8. Indiquer quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé invoquée dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).

Le patient marche avec une boiterie importante et doit utiliser des béquilles.

9. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

-

10. Autres remarques : Un prochain contrôle est prévu le 01.10.2021. Le patient a souhaité reporter son opération de la cheville gauche en relation avec des questions de prise en charge par la SUVA."

Le 8 septembre 2021, l'OAI a enregistré à son dossier un rapport du 18 août 2021 de la physiothérapeute R. _____ indiquant que le traitement prodigué était axé sur les douleurs plantaires et calcanéennes (étirements, renforcement, massage transverse profond des fascias plantaires et des tendons d'Achille et pose de ventouses [traitement accessoire]) et qu'après cinq séances l'assuré n'avait remarqué aucune évolution.

Le SMR a pris position sur les derniers renseignements récoltés par l'OAI au dossier. Il a retenu qu'il se trouvait devant la situation d'un assuré qui avait présenté une chute sur les deux talons en 2017, sans fracture, qui avait entraîné comme complication une tendinopathie des deux tendons d'Achille. L'assuré avait été opéré du côté droit et présenté une aponévrosite plantaire secondaire cédant aux infiltrations. Le SMR a relevé que selon le Dr I. _____ la problématique était alors la tendinopathie d'Achille à gauche. Néanmoins, l'assuré avait reporté son opération. Sur la base des derniers rapports à sa disposition, le SMR a constaté que l'assuré était traité par des antalgiques de pallier 1 et que le Dr I. _____ retenait les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr X. _____ lors de son examen du 2 décembre 2020. Le SMR se ralliait à l'évaluation d'une capacité de travail de l'assuré nulle dans l'activité habituelle de maçon. Il estimait que ce dernier disposait toutefois d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (type sédentaire), respectant les restrictions aux membres inférieurs depuis la fin 2020 (avis « audition » du 8 septembre 2021).

Le 8 septembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition du 5 avril 2021 en confirmant sa décision du 9 mars 2021, avec la précision que son agence de [...] était chargée de se prononcer sur la nouvelle annonce de rechute.

Le 10 septembre 2021, Me Gillard a transmis à l'OAI, entre autres pièces, un certificat établi le 1^{er} octobre 2021 par le Dr I. _____ attestant une incapacité de travail totale de l'assuré pour la période du 1^{er} octobre au 21 décembre 2021 en raison d'accident.

Par décision du 27 septembre 2021 de son agence de [...], la CNA a refusé d'allouer à l'assuré d'autres prestations d'assurance en lien avec la rechute annoncée. Sur la base d'une nouvelle appréciation médicale du 16 juin 2021 du Dr X._____, il n'a pas été retenu une aggravation des séquelles de l'accident, ni de motif justifiant une reprise du traitement médical.

Nanti d'un compte rendu de la permanence juriste du 18 octobre 2021, l'OAI a adressé un courrier du 8 décembre 2021 à Me Gillard dans lequel il a répondu aux griefs des objections formulées le 19 avril 2021. L'OAI a estimé que son projet d'acceptation de rente du 22 février 2021 reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales de sorte qu'il devait être confirmé.

Le 7 décembre 2021, Me Gillard a transmis à l'OAI une ordonnance établie le 3 décembre 2021 par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Depuis le 7 septembre 2021, ce médecin suivait l'assuré pour les suites de son accident d'août 2017. Le traitement médicamenteux était à base de Brintellix® (10 mg/j.). L'avocat de l'assuré a demandé à l'OAI un complément d'instruction auprès du psychiatre traitant. L'administration a imparti à l'avocat un délai au 15 février 2022 pour lui faire parvenir un rapport du Dr I._____ (lettre du 23 décembre 2021 de l'OAI).

Le 24 décembre 2021, l'OAI a enregistré au dossier un rapport du 13 décembre 2021 de la Dre O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consécutif à sa consultation de l'assuré le 1^{er} décembre 2021. Selon ce médecin, l'intéressé présentait des tendinopathies du tendon d'Achille bilatérales pour lesquelles il avait été opéré du côté droit. L'intervention de juin 2019 avait conduit à une diminution partielle des douleurs. Afin d'évaluer les douleurs persistantes, un bilan radiologique effectué le 1^{er} décembre 2021 avait mis en évidence des enthèses importantes au niveau du calcanéum faces postérieure et inférieure, des remaniements au niveau de l'arrière-

pied et du médio tarse ainsi qu'une médiacalcose. L'anamnèse et l'examen clinique évoquaient le fait qu'une névralgie, due à une contusion des branches calcanéennes lors de l'accident, contribuait aux douleurs persistantes. Une radiculopathie n'était toutefois pas formellement exclue. Pour cette raison une évaluation, voire un traitement, par un ergothérapeute rééducateur sensitif certifié étaient indiqués. L'arthrose au niveau de la facette postérieure de l'articulation sous-astragalienne était par ailleurs également en mesure de provoquer des douleurs irradiantes dans l'arrière-pied et le tendon d'Achille. Une médio-calcose nette était visible des deux côtés. Partant, des douleurs provenant d'une *claudicatio intermittens* pouvaient aussi contribuer à la symptomatologie.

Le 24 décembre 2021, l'OAI a également reçu une prescription du 21 décembre 2021 d'une série de neuf séances de physiothérapie signée par la Dre O. _____ ainsi qu'un certificat médical du 21 décembre 2021 du Dr I. _____ d'incapacité de travail à 100 % pour la période du 21 décembre 2021 au 31 mars 2022 au motif d'accident.

Le 27 janvier 2022, la CNA a rejeté l'opposition du 28 octobre 2021 formée par l'assuré contre sa décision du 27 septembre 2021. Elle a notamment retenu l'absence d'élément médical objectivant une aggravation des troubles au niveau des pieds et chevilles au 1^{er} avril 2021. Ainsi que le Dr X. _____ le rappelait dans son appréciation du 16 juin 2021, l'état de l'assuré était stabilisé ; il gardait des douleurs des deux talons, mais aucunes nouvelles mesures médicales ne permettaient une amélioration notable de son état de santé ; de surcroît, il ne pouvait pas être déduit du rapport du 23 mars 2021 du Dr I. _____ une aggravation des troubles au 1^{er} avril 2021 ; enfin, le rapport de physiothérapie du 18 août (recte : 8 septembre) 2021 se limitait à relater l'absence d'évolution notée par le patient.

Le 15 février 2022, l'assuré, sous la plume de son avocat, a fait part à l'OAI de l'impossibilité pour son psychiatre traitant (Dr I. _____) d'établir une évaluation complète de son état de santé au motif qu'il ne l'avait vu qu'à quatre reprises. Il convenait d'attendre un peu,

avec la précision que le Dr I._____ se tenait à la disposition de l'administration.

Le 9 mars 2022, l'OAI a informé Me Gillard que l'ordonnance du 3 décembre 2021 de son psychiatre traitant avait été soumise au SMR pour avis et qu'il en ressortait que ce document n'apportait aucun élément médical nouveau (petite dose d'antidépresseur, absence de diagnostic et pas de limitations fonctionnelles détaillées) pour retenir une aggravation de l'état de santé. Ce faisant, l'OAI a maintenu sa prise de position du 8 décembre 2021.

Le 6 avril 2022, l'OAI a enregistré au dossier un rapport intermédiaire d'ergothérapie du 25 mars 2022 rédigé par Mme U._____, ergothérapeute HES - expliquant d'une part que le suivi avait été trop irrégulier pour obtenir des résultats et, d'autre part, que les territoires allodymiques étaient très proximaux par rapport à la cheville, ce qui pouvait peut-être signifier une atteinte de la branche crurale médiale du nerf saphène -, un certificat médical établi le 1^{er} avril 2022 par le Dr I._____ attestant d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % entre cette date et le 30 juin 2022 ainsi qu'une ordonnance pour l'ergothérapie du 1^{er} avril 2022.

Par décision du 18 juillet 2022, l'OAI a entériné le projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2020 au 31 mars 2021.

d) Le 22 septembre 2022, l'OAI a encore reçu un lot de pièces médicales, à savoir :

- un rapport du 19 juillet 2022 du Dr U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Sur la base de sa consultation de l'assuré le 6 juillet 2022, ce médecin a posé les diagnostics de tendinopathie chronique du tendon d'Achille bilatérale, insertionnelle et corporéale, de fasciite plantaire bilatérale d'évolution chronique et de chute le 24 août 2017 avec traumatisme aux deux pieds et chevilles. Au cours de son examen,

l'assuré marchait avec deux cannes-béquilles ; la marche sur les pointes des pieds et les talons était impossible comme l'appui unipodal des deux côtés ; il cherchait des appuis en marchant sans cannes. L'évolution à cinq ans de l'accident professionnel était qualifiée de chaotique avec un arrêt de travail de l'assuré qui se prolongeait, la persistance des douleurs et un patient qui s'estimait invalide. Ce dernier avait stoppé le suivi psychiatrique pour de multiples raisons. Il avait également mis fin à sa physiothérapie depuis une année. Le Dr U. _____ avait commandé une nouvelle IRM des deux chevilles et des pieds pour faire le point au niveau des tendons d'Achille et des fascias plantaires ;

- un rapport d'IRM ostéoarticulaire de la cheville droite du 22 août 2022 qui a révélé chez l'assuré une tendinopathie fissuraire sans signe de rupture du tendon d'Achille avec amincissement et fissurations interstitielles du segment moyen étendue sur 25 millimètres de longueur et un stigmatte d'une probable fixation sur le trajet du tendon fléchisseur de l'hallux à la face postérieure du calcanéenne corrélé aux antécédents opératoires ;

- un rapport d'IRM de la cheville gauche de l'assuré réalisée le 25 août 2022 concluant à l'absence, d'une part, de déchirure évidente du tendon d'Achille et, d'autre part, de signes francs d'aponévrosite plantaire et de déchirure. Cet examen mettait en évidence uniquement une discrète tendinopathie de la face profonde de la partie distale du tendon et une discrète chondropathie focale de grade IV du versant interne de la surface articulaire du pilon tibial ;

- un rapport d'ergothérapie du 15 septembre rédigé par M. S. _____, ergothérapeute. Evoquant des douleurs inflammatoires de type insertionites des tendons d'Achille droit et gauche et une névralgie fémoro-poplitée incessante des branches calcanéennes médiales droites et gauches avec allodynie mécanique sévère, cet intervenant n'avait aucune suggestion thérapeutique à formuler. Il était d'avis qu'après la rééducation et la réadaptation, il convenait de tenter la réinsertion sociale assis ;

- deux certificats médicaux des 30 septembre et 19 octobre 2022 du Dr I. _____ attestant d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % pour la période allant du 30 septembre au 14 décembre 2022.

Le 27 octobre 2022, suivant les conclusions de sa permanence juriste du même jour, l'OAI a interpellé Me Gillard pour savoir si les nouvelles pièces médicales reçues le 22 septembre 2022 devaient être considérées comme une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

B. Par acte du 14 septembre 2022, A. _____, par l'intermédiaire de son mandataire, a recouru contre la décision du 18 juillet 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à titre préalable à l'octroi de l'assistance judiciaire et à la désignation de Me Gillard en qualité d'avocat d'office et à la reprise immédiate de l'instruction du dossier par l'OAI en la complétant par la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée à un tiers indépendant. A titre principal, il a conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2021 et, à titre subsidiaire, à l'annulation de ladite décision ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Le recourant a en substance reproché à l'OAI d'avoir tenu compte des données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour évaluer son revenu d'invalidité ; à son avis, celles-ci représentaient tout au plus une moyenne qui ne pouvait pas être démontrée de façon exacte. En outre, il rappelait être âgé de 56 ans et présenter aucune réelle ou quelconque qualification dans les emplois proposés et listés ainsi que bien plus de limitations fonctionnelles que celles retenues par l'OAI. Sur ce dernier point, il reprochait à l'office intimé d'avoir « abusivement ignoré et/ou méconnu » une grave fasciite plantaire bilatérale et ses restrictions fonctionnelles. Il plaidait la nécessité d'instruire davantage son cas par la réalisation d'une expertise médicale globale confiée à un médecin tiers indépendant ; une telle expertise se justifiait d'autant plus que les derniers rapports médicaux et les

constatations récentes de la physiothérapie n'avaient pas été pris en compte par l'OAI dans le cadre de son instruction du cas. Le recourant contestait par ailleurs la qualification de la gravité de l'accident d'août 2017, lequel avait été catégorisé à tort comme étant de gravité légère malgré la persistance de graves séquelles, et non de simples contusions ; au vu des complications endurées, notamment une rechute de près de deux ans, son accident devait au moins être classé dans la catégorie des événements compliqués lui donnant le droit à des prestations d'assurance plus étendues. Il ajoutait que, contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI, son cas n'était pas stabilisé dès lors que le Dr I. _____ préconisait une nouvelle intervention et que la série de complications endurées lui avait causé des troubles psychiques considérables. Le recourant se plaignait de l'absence de prise en compte de l'aspect psychique du cas, ou à tout le moins de sa minimisation par l'OAI. Opposant l'avis de ses médecins (les Drs I. _____ et L. _____), le recourant ne s'estimait pas en mesure de reprendre une activité adaptée à son état de santé, sans marche, ni position statique debout prolongée. Moyennant l'octroi d'une réadaptation professionnelle, il plaidait être en mesure de reprendre une activité assise et très légère dans le futur ; cela n'était toutefois pas actuel étant donné ses douleurs chroniques aux deux chevilles contre-indiquant n'importe quelle activité exercée à plein temps, même légère ; ce point restait à éclaircir au travers de l'expertise médicale sollicitée. A l'appui de son argumentation, le recourant a produit des pièces déjà toutes répertoriées au dossier constitué par l'OAI. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la tenue d'une audience et la mise en œuvre d'une expertise.

Le 10 octobre 2022, le recourant a produit le rapport d'ergothérapie du 15 septembre rédigé par M. S. _____, ergothérapeute, figurant déjà au dossier. Il a en outre confirmé qu'il renonçait à des débats publics.

Par décision du 2 novembre 2022, la juge instructrice a refusé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 21 décembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, estimant que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position. En annexe à son écriture, il a joint un avis du 6 décembre 2022 de la Dre T._____, du SMR. Sur la base de son analyse des derniers rapports médicaux recueillis, cette médecin a fait le point définitif de la situation en ces termes :

“Discussion et conclusion : Nous sommes devant la situation d'un assuré ayant présenté une chute sur les 2 talons en 2017, sans fracture, ayant entraîné comme complication, une tendinopathie des tendons d'Achille D et G. L'assuré a été opéré du côté D et a présenté une aponévrosite plantaire secondaire cédant aux infiltrations et n'a pas souhaité une opération du côté G. Sur le plan somatique, en se basant sur les derniers rapports à notre disposition, nous constatons plusieurs hypothèses diagnostics différentiels évoqués devant une allodynie mécanique, mais un substrat organique a été écarté suite aux IRM de la cheville G et de la cheville D, qui ne montrent pas de déchirure, montrent des stigmates post-opératoire à D, qui ne montrent pas de fasc[i]ite plantaire, à D il est noté une discrète tendinopathie de la partie distale du tendon d'Achille qui n'est pas considérée comme une atteinte durable et ne devrait pas entraîner des douleurs incapacitantes. Par ailleurs, nous constatons un assuré qui a comme antalgiques du palier 1 et en réserve, qui a arrêté toute physiothérapie en outre à cause de ses voyages fréquents et qui utilise de la Voltaren par voie locale. En dehors des discordances radio-clinique, il existe également des discordances à l'examen ergothérapie du 15.09.2022, avec le paradoxe de l'hypoesthésie tactile douloureuse au toucher/piquer (15 grammes de charges qui pos[é] sans contact visuel), provoque une sensation de piquer. Au plan psychique, l'assuré a été suivi à 4 reprises par le psychiatre en 2021, avec un traitement à dose minimale et arrêté depuis. Il dispose des ressources, voyages à plusieurs reprises et des durées longues, dans son pays d'origine en mettant de côté son suivi ergothérapie, malgré des douleurs subjectives et met fin à tout traitement.

Ainsi, en se basant sur [tous les] éléments médicaux au dossier, il n'y a aucune raison médicale pour que l'assurée ne puisse pas exercer une activité du type sédentaire à taux plein. Donc, nous maintenons les conclusions du rapport du Dr X._____ d[e la] SUVA du 02.12.2020.”

Par réplique du 18 janvier 2023, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions et offres de preuves, en insistant sur la requête d'une expertise pluridisciplinaire au vu de son état de santé qui, selon les rapports complémentaires au dossier, s'était détérioré au cours des six derniers mois avec des limitations fonctionnelles encore bien plus

conséquentes que par le passé. Le recourant a transmis à la Cour de céans, des pièces médicales figurant déjà au dossier constitué par l'OAI.

Dans sa duplique du 6 février 2023, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, ajoutant que les rapports médicaux produits par le recourant dans sa réplique du 18 janvier 2023 avaient déjà été soumis au SMR et qu'ils n'apportaient aucun élément nouveau.

Le 26 mai 2023, le recourant a produit un rapport du 7 mars 2023 rédigé par P._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP qui, sur la base d'un examen neuropsychologique du 2 mars 2023, a constaté chez l'intéressé un tableau neuropsychologique montrant des difficultés attentionnelles, exécutives et mnésiques. Ce tableau s'inscrivait dans un problème thymique et il correspondait à un trouble neuropsychologique léger à moyen, selon les critères établis par l'Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP, 2015). Selon l'avis de cette psychologue, cet état de santé psychique se répercutait sur la capacité de travail de l'assuré.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2021.

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées).

En l'espèce, dans sa réplique du 18 janvier 2023 le recourant allègue présenter une péjoration de son état de santé survenue au cours des six derniers mois, avec des limitations fonctionnelles encore bien plus conséquentes qu'elles ne l'étaient par le passé. Cette question n'a pas à être tranchée dans le cadre du présent litige car cette aggravation potentielle intervient après la décision querellée. Néanmoins, les documents postérieurs au prononcé de la décision entreprise du 18 juillet 2022 pourront être pris en considération en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le présent litige.

c) 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). La réglementation y relative

prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1^{er} janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 18 juillet 2022 par l'OAI. Né le [...], le recourant avait au moins 55 ans révolus le 1^{er} janvier 2022. L'ancien droit, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors en l'espèce.

3. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne

droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (VALTERIO, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 6 *ad* art. 31 LAI et réf. cit. p. 495). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3068 et réf. cit. p. 833 s. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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

f) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) L'autorité intimée a alloué une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} juin 2020 au 31 mars 2021, au motif que le recourant présentait à nouveau une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de marches prolongées, pas de marches en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ni en position debout statique prolongée) depuis décembre 2020. Cette décision se base notamment sur le rapport du 2 décembre 2020 du Dr X._____, médecin d'arrondissement de la CNA (cf. avis du 6 décembre 2022 de la Dre T._____, du SMR).

Dans un premier moyen, le recourant reproche à l'office intimé d'avoir négligé ou omis certains faits ressortant de son dossier médical, en particulier la fasciite plantaire bilatérale avec ses limitations fonctionnelles ainsi que la série de complications vécue qui lui avait valu des troubles psychiques considérables. Ce faisant, il remet en question tant la détermination des limitations fonctionnelles, la stabilisation de l'état de santé que l'évaluation de la capacité de travail retenues par l'OAI sur la base de sa propre lecture des pièces médicales. Il soutient que son état de santé se serait péjoré depuis l'évaluation sur laquelle repose la décision de l'OAI, comme le confirmeraient les Drs I._____ et L._____, ce qui justifie, à ses yeux, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Le recourant déplore également une mauvaise qualification de la gravité de l'accident du 24 août 2017.

b) La chute du 24 août 2017 sur les deux talons, sans fracture a entraîné comme complication une tendinopathie des tendons d'Achille bilatérale. Le recourant a été opéré le 27 juin 2019 du côté droit et a développé une aponévrosite plantaire secondaire traitée par des infiltrations de cortisone. Il n'a pas souhaité une opération du côté gauche.

Lors de son examen le 2 décembre 2020, le médecin d'arrondissement de la CNA a procédé à un examen clinique après avoir entendu les plaintes du recourant et avoir établi une anamnèse. Il a retenu l'impression d'une amplification majeure. La marche s'effectuait sans

boiterie significative mais à petits pas. Le recourant était incapable de marcher sur les talons mais n'ébauchait pas le moindre essai. Cliniquement, les deux pieds étaient toutefois parfaitement calmes, la transpiration et la température des deux pieds étaient similaires, le tannage plantaire identique. Il a constaté, à plus de dix-huit mois de l'intervention de juin 2019, une stabilisation de la situation médicale de l'assuré. Il a reconnu une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pour les marches prolongées, en terrains irréguliers, les travaux accroupis ainsi que les travaux en position debout statique prolongé. Cette évaluation médicale complète, qui tient compte également des avis des médecins traitants, a toute valeur probante.

Compte tenu des diagnostics incapacitants de fasciite plantaire pied droit, de séquelles d'une tendinopathie chronique du tendon d'Achille, pied droit, et de tendinopathie chronique du tendon d'Achille à gauche, le Dr I. _____ a retenu des limitations fonctionnelles identiques à celles du Dr X. _____ qui limitaient toutes activités dans l'ancienne profession d'aide-maçon. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues (rapports des 27 novembre 2020 et 16 août 2021).

Suivant le point de vue du SMR, qui valide les conclusions du Dr X. _____ et constate qu'aucun document médical n'en contredit les éléments objectifs (cf. avis du 8 septembre 2021), l'OAI a retenu à juste titre que, si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de maçon, il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (type sédentaire) respectant les limitations des membres inférieurs depuis la fin de l'année 2020. Les rapports médicaux établis par la suite ne sont pas de nature à modifier cette appréciation.

Dans son rapport du 23 mars 2021, le Dr I. _____ a expliqué que l'évolution de l'état de santé du recourant à la suite de son accident avait été lente, mais qu'elle s'était finalement révélée favorable. Les douleurs n'avaient cependant pas totalement disparu. Une fasciite

plantaire s'était ensuite développée. Afin de soulager les douleurs causées par cette dernière, plusieurs infiltrations avaient été réalisées avec succès. Ce médecin a alors reconnu que la situation médicale était relativement stabilisée en ce qui concernait la cheville droite. S'agissant de la cheville gauche, les douleurs persistaient, mais avaient fini par diminuer après une série de trois infiltrations. Aussi, il ne ressort aucunement de ce rapport que la situation du recourant se serait aggravée depuis la stabilisation constatée par le Dr X. _____. Le Dr I. _____ y expose au contraire une continuité dans les plaintes, voire une amélioration au niveau des douleurs, de sorte que l'existence d'une rechute ne peut être inférée de ce document.

Une permanence des plaintes a également été mise en évidence par le Dr L. _____ dans son rapport du 14 mars 2021. Une aggravation des troubles n'est donc pas rendue vraisemblable au regard de cette pièce, cela d'autant plus que le médecin traitant a escompté une amélioration progressive de la capacité de travail de l'assuré.

La Dre O. _____, quant à elle, s'est essentiellement contentée de décrire, dans son rapport du 13 décembre 2021, les plaintes du recourant ainsi que d'émettre des hypothèses sur l'origine des douleurs aux pieds, à savoir des douleurs déjà présentes avant le printemps 2021 et sans signaler pour autant que l'état de santé de son patient se serait péjoré.

Dans son ordonnance du 3 décembre 2021, le Dr I. _____ qui n'avait vu l'assuré qu'à quatre reprises, n'a fourni aucun renseignement excepté que l'intéressé était suivi en consultation chez lui depuis le 7 septembre 2021 avec un traitement médicamenteux à base de Brintellix® (10 mg par jour), représentant une petite dose d'antidépresseur selon le SMR. La présence d'une atteinte de nature psychique n'est à cet égard pas établie et encore moins diagnostiquée par ce spécialiste, lequel ne mentionne du reste pas quelles seraient les limitations fonctionnelles à retenir sur cet axe. On ajoute que par ailleurs et contrairement à ce qu'en

dit le recourant, la qualification de l'accident n'a pas d'incidence sur l'évaluation du droit à la rente d'invalidité.

Une aggravation de l'état de santé du recourant ne ressort pas non plus du rapport du 19 juillet 2022 du Dr U._____. En effet, ce dernier y fait uniquement état d'une persistance des douleurs chez le recourant et spécifie que la fasciite plantaire est apparue en parallèle à la tendinopathie d'insertion du tendon d'Achille diagnostiquée en 2019 par le Dr I._____, soit avant que les douleurs au pied droit diminuent. Les douleurs du côté gauche stagnant, une consultation auprès de la Dre O._____ avait eu lieu en décembre 2021. Le Dr U._____ dévoile en outre que le suivi psychiatrique chez le Dr I._____ avait été interrompu pour diverses raisons et que le recourant avait également arrêté sa physiothérapie depuis une année. Par ailleurs, il mentionne dans ses conclusions que le recourant « se sent invalide », sans toutefois objectiver ce ressenti.

Le rapport établi le 18 août 2021 par la physiothérapeute R._____ constate uniquement l'absence d'amélioration de l'état de santé du recourant et met en lumière des douleurs aux pieds préexistantes. De surcroît, les Drs K._____ et E._____ de la CRR évoquaient déjà un périmètre de marche limité à une durée d'environ dix minutes dans leur rapport du 23 mars 2018. De tels éléments ne rendent par conséquent pas vraisemblable une péjoration des troubles au-delà de décembre 2020.

Le rapport intermédiaire d'ergothérapie du 25 mars 2022 n'apporte pas d'élément nouveau permettant d'objectiver une aggravation de la situation du recourant sur le plan médical. L'ergothérapeute U._____ précise d'ailleurs que le suivi est trop irrégulier pour obtenir des résultats, son patient ayant été absent du 14 décembre 2021 au 28 janvier 2022 et du 26 février au 23 mars 2022 en raison de voyages à l'étranger.

Aucune modification des troubles ne peut au demeurant être déduite des IRM pratiquées les 22 et 25 août 2022 sur les deux chevilles

du recourant, dans la mesure où celles-ci ont principalement laissé apparaître des tendinopathies, soit des lésions ayant déjà été diagnostiquées avant la stabilisation de l'état de santé en décembre 2020.

Les divers certificats médicaux du Dr I._____, les ordonnances d'ergothérapie et de physiothérapie ne donnent aucune indication objective nouvelle permettant concrètement une modification de l'état de santé du recourant.

Enfin, le rapport du 7 mars 2023 de la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP P._____ a été établi sur la base d'un examen neuropsychologique du 2 mars 2023. Outre que ce document n'est pas établi par un médecin et ne comporte donc aucun diagnostic nouveau, il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a, et les références; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 262 consid. 1, 117 V 287 consid. 4, et les références; TF 9C_81/2007 et 9C_397/2007 cités). Il n'y a donc de toute manière pas lieu de tenir compte de ce rapport d'examen neuropsychologique postérieur de plusieurs mois à la décision attaquée du 18 juillet 2022.

En définitive, l'évaluation médicale retenue par l'OAI doit être confirmée, le recourant se voyant reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de décembre 2020.

c) Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical (« pas de marches prolongées, pas de marches en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ainsi que des travaux en position debout statique prolongée ») ne présentent pas de

spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail (sur cette notion : ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références) offre en effet un large éventail d'activités légères dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation professionnelle.

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Au moment déterminant où les médecins ont constaté qu'il disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à ce sujet, cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 et consid. 3.4), soit en 2021, l'assuré, né en [...], était âgé de 55 ans. Il disposait alors d'une durée d'activité de près de dix années ce qui n'excluait pas d'emblée le caractère exploitable de sa capacité résiduelle de travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2). Il n'est ainsi pas irréaliste d'admettre qu'un tel marché équilibré, et non concret, offre à un assuré âgé d'environ 55 ans disposant d'une capacité de travail à 100% et d'une expérience professionnelle de plus de dix années en Suisse de réelles possibilités d'embauche dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que des activités industrielles légères de type conditionnement, contrôle de qualité et ouvrier de montage, notamment.

d) Au vu des pièces médicales au dossier, les faits pertinents ont été constatés de manière complète. En l'absence d'une modification des troubles rendue vraisemblable par le recourant, l'intimé s'en est tenu

aux conclusions du rapport du 2 décembre 2020 du Dr X._____. Après avoir soumis l'ensemble des éléments médicaux dont il disposait à son service médical dont les avis successifs figurent au dossier, l'office intimé a estimé, à juste titre, qu'il n'existait aucun motif médical chez le recourant entravant l'exigibilité d'une activité adaptée de type sédentaire à plein temps sur le marché du travail. Les griefs du recourant relatifs à la détermination de ses limitations fonctionnelles, à la stabilisation de son état de santé et à l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, tous infondés, sont rejetés.

5. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que le recourant présente.

a) L'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

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

c) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée.

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

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

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

d) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 60'132 fr. (en 2020 dans l'activité habituelle d'ouvrier de la construction) avec un revenu d'invalidité de 65'542 fr. 36, lequel était fondé

sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'OFS et tenait compte d'un abattement de 5 % lié au facteur de l'âge, pour aboutir au constat que le recourant était en mesure de réaliser un revenu plus ou moins identique à ce qu'il réalisait avant son accident.

e) En lien avec le calcul de son taux d'invalidité, le recourant conteste le revenu d'invalidé, pris en compte, selon lui, de manière erronée sur la base des données salariales de l'OFS. Il est d'avis qu'il ne s'agit-là que d'une moyenne qui ne saurait s'appliquer dans son cas. Ce faisant, le recourant perd de vue qu'en l'absence de reprise d'activité professionnelle comme en l'espèce, la jurisprudence constante du Tribunal fédéral prévoit de recourir aux données salariales statistiques de l'ESS pour l'établissement du revenu avec invalidité (cf. consid. 6c/aa supra ; ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; 139 V 592 consid. 2.3 et 126 V 75 consid. 3b/aa). Le grief soulevé est donc manifestement mal fondé.

f) En ce qui concerne la question de l'abattement retenu sur le salaire statistique, le recourant se limite d'abord à invoquer son âge, sans indiquer en quoi celui-ci représenterait une circonstance rendant concrètement plus difficile sa réintégration du marché du travail et justifierait de retenir un abattement supérieur à celui pris en compte globalement par l'OAI, qui paraît adéquat.

Ensuite, il convient d'examiner si comme il l'affirme, les limitations fonctionnelles du recourant peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple et légère, et ne nécessitant pas de formation particulière.

Outre qu'elles ont été prises en compte une première fois lors de l'évaluation de sa capacité de travail sous l'angle médical il convient de rappeler que les restrictions fonctionnelles présentées par le recourant sont « pas de marches prolongées, pas de marches en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ainsi que des travaux en position debout statique prolongée ». A la lumière des activités physiques ou manuelles

simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (ESS 2020, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1), un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant l'ensemble des limitations fonctionnelles touchant les membres inférieurs de l'intéressé. Une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap. En effet, un abattement n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 3.2.4 et la référence), ce qui n'est pas le cas du recourant (cf. consid. 4d supra)

En conséquence de ce qui précède, en prenant en considération l'âge du recourant, le taux d'abattement de 5 % n'est pas critiquable, l'intimé n'ayant pas fait usage d'un critère inapproprié ni excédé son pouvoir d'appréciation.

Il s'en suit que les moyens du recourant doivent être rejetés.

g) Finalement, de la comparaison entre un revenu sans invalidité de 60'132 fr. et un revenu d'invalidité de 65'542 fr. 36, il résulte l'absence de préjudice économique. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne plus droit au maintien de la rente entière au-delà du 31 mars 2021, soit trois mois après l'amélioration (cf. art. 88a al. 1 RAI), comme l'a retenu à juste titre l'OAI dans sa décision.

6. a) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (TF 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai

que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

La jurisprudence considère qu'il existe cependant des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2 et les références). Dans l'ATF 145 V 209, le Tribunal fédéral a précisé qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'invalidité d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y a lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente.

b) Selon la jurisprudence, en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, c'est-à-dire lorsque la volonté de se réadapter n'existe pas pour des raisons étrangères à l'invalidité, la rente peut être réduite ou

supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA (TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, *in* SVR 2016 IV n° 27 p. 80; TF 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3 et les nombreuses références).

La question du moment auquel la limite des 55 ans doit être déterminée a été laissée ouverte par le Tribunal fédéral jusqu'à l'arrêt 8C_104/2021 du 27 juin 2022 (destiné à la publication). Le moment déterminant pour l'aptitude à la réadaptation par soi-même dans ce cadre est celui de la décision, même dans le cadre de l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et octroyée avec effet rétroactif (TF 8C_104/2021 précité, consid. 7.3.2). Notre Haute Cour a de plus indiqué que cette question devait être examinée d'office (*idem*, consid. 7.1.4).

c) En l'espèce, le recourant, né en [...], avait atteint l'âge de 55 ans révolus au moment de la décision du 18 juillet 2022. Théoriquement, au vu des principes développés ci-avant, il pourrait ainsi prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation.

Toutefois, selon le service de réadaptation de l'intimé aucune mesure professionnelle n'était envisageable chez l'assuré qui ne s'était jamais senti apte à reprendre une activité (document intitulé « REA - Rapport final » du 2 février 2021). Le recourant n'a du reste pas formulé de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. Il appert dès lors l'absence de volonté de réadaptation de la part du recourant étant souligné par ailleurs que l'exercice d'une activité simple et légère accessible sans aucune formation professionnelle ne nécessite pas de gros effort de réadaptation. En l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation chez le recourant âgé de plus de 55 ans pour des motifs étrangers à l'invalidité, la rente limitée dans le temps pouvait être supprimée sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA. Il convient de rappeler que dans le projet de décision du 22 février 2021, l'office intimé a communiqué au

recourant la possibilité qui lui était offerte de bénéficier d'une aide au placement accordée sur demande écrite et motivée.

7. Le dossier est complet permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 18 juillet 2022 par l'intimé 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) 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 18 juillet 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 de A. _____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me François Gillard (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :