

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 468 vom 24. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_468](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__468)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 468 du 24 juin 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 468 del 24 giugno 2019

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 LAI, 16 LPG, 17 LPG, 88a al. 1 RAI

### Erwägungen

#### E. 24

juin 2019 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher , présidente  
MM. Métral et Piguët, juges Greffière : Mme Chaboudez \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : G. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, Secrétariat du Nord  
Vaudois, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.  
\_\_\_\_\_ Art.

#### E. 28

LAI ; 17 LGPA E n f a i t : A. G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 novembre 2012 en raison d'une hernie discale L4-L5 gauche, pour laquelle il a été opéré le 12 septembre 2012. Par décision du 2 avril 2014, l'OAI a rejeté sa demande de prestations, au motif que, si son activité habituelle de maçon n'était plus totalement adaptée à son état de santé, il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juin 2013. L'assuré a recommencé à travailler comme maçon le 4 novembre 2013. A partir de juin 2015, il a travaillé comme ouvrier de la construction pour l'agence de placement M. \_\_\_\_\_ SA. Le 28 juin 2015, alors qu'il jouait avec son fils, l'assuré a sauté d'une table et s'est blessé en se réceptionnant. Il a été hospitalisé le soir même à l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ (ci-après : H. \_\_\_\_\_), où une fracture comminutive intra-articulaire du calcanéum droit a été diagnostiquée, et il a été mis en arrêt de travail. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Lors d'une opération du 3 juillet 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une réduction et une ostéosynthèse de la fracture par plaque. Le 23 juillet 2015, M. \_\_\_\_\_ SA a signifié à l'assuré la fin de son contrat de mission pour le 28 juillet 2015. Dans un rapport médical du 17 novembre 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a attesté une évolution difficile, l'assuré pouvant marcher en charge complète, mais ressentant rapidement des douleurs. Du point de vue radiologique, l'évolution était bonne sur les radiographies standards et un CT-Scan avait montré que les fractures étaient quasiment toutes consolidées. Il y avait cependant une importante déminéralisation osseuse, qui pouvait expliquer la persistance de la symptomatologie douloureuse. L'assuré a séjourné du 8 décembre 2015 au 26 janvier 2016 à la S. \_\_\_\_\_ (ci-après : S. \_\_\_\_\_). Dans le rapport

établi le 18 février 2016, les Dresses P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont indiqué notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du pied D [droit] **DIAGNOSTIC SUPPLEMENTAIRE** -

28.06.2015 : chute avec fracture comminutive intra-articulaire déplacée du calcanéum droit traitée chirurgicalement Interventions : - 03.07.2015 : réduction et ostéosynthèse (plaque VA locking calcaneum 2.7 stabilisée par 2 vis LCP) du calcanéum droit **CO-MORBIDITES** - Ethylisme chronique - Tabagisme **ANTECEDENTS** - 2012 : Hernioplastie L3-L4 - 1993 : Accident de moto avec fracture mandibule ostéosynthésée [...] Appréciation et discussion

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs à 7/10 qui sont soulagées par le Dafalgan 1 gr ou Tramal 50 mg, pris en réserve. Les douleurs au niveau de l'articulation talo-crurale empiront au cours de la marche précisément au moment de déroulement du pied. Le patient ne marche pas sans cannes. Il décrit aussi des fourmillements au niveau des orteils du pied droit qui apparaissent de manière fluctuante au cours de la journée surtout après de la marche durant plus de 15 minutes. [...] Examens radiologiques : Rx de la cheville D du 28.06.2015 : fracture du calcanéum droit multifragmentaire intra-articulaire. L'angle de Bohler a diminué à 13 degrés. Rx de la cheville et pied D du 06.07.2015 : matériel d'ostéosynthèse en place par plaque et vis. Réduction de la fracture sans signes de déplacement. Rx de la cheville D du 21.12.2015 : matériel d'ostéosynthèse en place par plaque et vis. Réduction de la fracture sans signes de déplacement. CT de la cheville D du 12.01.2015 [recte : 2016] : status post ostéosynthèse par plaque et vis du calcanéum, matériel en place, pas de signes de déscollement. Trait de fracture persistant corticalisé remontant jusqu'à la surface articulaire sous-talienne postérieure avec marche d'escalier. Petit[...] affaissement de la surface articulaire sous-talienne postérieure avec l'angle de Boehler à 25. Déminéralisation osseuse. SPECT-CT de la cheville D du 22.01.2015 [recte : 2016] : hyperactivité du pied et cheville droite dans les trois phases, surtout au niveau sous-talienne avec images scannographique[s] décrite[s] comme ci-dessus. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. Les plaintes et limitations fonctionnelles [ne] s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : le contexte familial[...] est difficile, et le patient présente avec de une kinésiophobie sévère traduit par des autolimitations [sic]. [...] Le traitement antalgique a été assuré par la prise de Brufen 600 mg 3x/j et du Tramal (retard) 100 mg 2x/j ainsi qu'en réserve du Dafalgan et du Tramadol. L'évolution subjective et objective est favorable (cf. rapports et test fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée. Aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : port de charges, marche prolongée, marche sur terrains irréguliers, montée et descente des escaliers ou des échelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie 2 x/semaine (en individuel, ainsi qu'en ETH en salle de fitness) pourrait permettre d'améliorer les limitations fonctionnelles du patient. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical. Le patient est vu par notre consultant orthopédiste Dr. [...]. Au vu de la symptomatologie ainsi que les images radiologiques, il est proposé que le patient soit convoqué à la consultation spécialisée du pied au N. \_\_\_\_\_ (Dr [...] et Dr T. \_\_\_\_\_) à 9 mois après son accident (fin mars 2016) afin d'évaluer la suite de prise en charge. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable pour les facteurs médicaux cités ci-dessus. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant

les limitations fonctionnelles retenues une fois le cas stabilisé est favorable. » A la suite d'une demande de détection précoce transmise le 26 janvier 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en date du 18 mars 2016. Le 16 mars 2016, l'assuré a été examiné par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef de l'Unité d'orthopédie du N. \_\_\_\_\_ (ci-après : N. \_\_\_\_\_). Dans un rapport établi le 23 mars 2016, ce médecin, ainsi que le Dr R. \_\_\_\_\_, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic de « pseudarthrose partielle calcanéus droit avec incongruence sous-talienne dans un contexte de sp. ROOS [status post réduction ouverte et ostéosynthèse] du calcanéum ». Ils ont également écrit ce qui suit : « Examens complémentaires L'examen radiologique montre un sp. ROOS du calcanéus avec un matériel en place, une vis plantaire légèrement proéminente et une des vis moyenne étant largement proéminente médialement à l'os. Le CT réalisé montre une pseudarthrose partielle essentiellement au niveau de la partie médiale du calcanéus. Présence d'une incongruence de la sous-talienne postérieure avec effondrement de la partie la plus antérieure et latérale de la surface articulaire. Problèmes et attitude M. G. \_\_\_\_\_ présente une pseudarthrose partielle du calcanéus droit avec incongruence sous-talienne et proéminence du matériel d'ostéosynthèse. Dans ce contexte et malgré les antécédents du patient nous proposons la réalisation de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse associée à une arthrodèse de la sous-talienne par voie postérieure (= par la partie postérieure de l'incision). [...] » L'assuré a été opéré au N. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour une arthrose sous-talienne droite post-traumatique, un status post réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque du calcanéus droit et une paresthésie du rameau calcanéen du nerf sural à droite. L'intervention a consisté en une ablation du matériel d'ostéosynthèse du calcanéus droit, une arthrodèse sous-talienne droite et une neurolyse du nerf sural. Selon un rapport de consultation du 10 août 2016 du N. \_\_\_\_\_, l'assuré allait bien et les douleurs étaient en diminution. Lors du contrôle à trois mois, le 28 septembre 2016, l'assuré marchait encore avec des cannes à l'extérieur et les douleurs continuaient de diminuer. Selon un rapport du 30 janvier 2017 des Drs D. \_\_\_\_\_, chef de clinique, et Q. \_\_\_\_\_, médecin assistant, du Centre du pied du N. \_\_\_\_\_, le pronostic était mauvais. Ces médecins considéraient que l'assuré présentait des restrictions physiques. Ainsi, il ne pouvait rester de longues durées en position debout statique ni porter de charges lourdes ni marcher sur de longues distances. L'assuré a été examiné le 15 février 2017 par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Il a notamment relevé que la scintigraphie osseuse du 22 janvier 2016 montrait un aspect compatible avec une neuroalgodystrophie de stade I du pied et de la cheville droits. Au terme de son examen, le médecin a décidé d'un nouveau séjour à la S. \_\_\_\_\_. Ainsi, l'assuré a de nouveau séjourné à la S. \_\_\_\_\_ du 28 février 2017 au 22 mars 2017. Le rapport du 3 avril 2017 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjointe, et du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin assistant, se conclut ainsi : « A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs au niveau des cheville et pied droits, constantes, au repos à 1-2/10 et au maximum à 7-8/10, surtout à la mobilisation et la marche, décrit comme un étai et des crampes. Les douleurs sont météo-dépendantes et partiellement soulagées par les médicaments. Le patient décrit également une cheville qui gonfle avec des changements de couleur et de température. [...] Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. Actuellement, on retrouve encore quelques symptômes et des signes compatibles avec un

SDRC. Mais ceux-ci sont légers pour tout ce qui concerne les troubles vasomoteurs, sudomoteurs, et la présence d'œdème. On rappelle qu'il faut interpréter avec prudence les signes purement sensitifs et moteurs dans ce contexte, marqué aussi par un contexte psycho-social défavorable (cf. ci-dessous). Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient telles qu'une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles chez un patient avec des traits de personnalité anxio-dépressifs et qui démontre un comportement autolimitant et douloureux. De plus, la situation socio-professionnelle et familiale est difficile chez ce patient, sans contrat de travail, sans formation certifiante, ne maîtrisant pas le français, avec des problèmes de santé dans son entourage proche. [...] Il n'y a pas d'évolution subjective et objective significative (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient a effectué les exercices demandés. Cependant, la douleur limite l'élaboration d'un programme de rééducation adéquat. Aucune incohérence n'a été relevée, dans le sens où le patient est constant dans son comportement douloureux et ses auto-limitations. Durant le séjour; une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée. Le score au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) administré dans la langue maternelle du patient (Portugais), n'est pas cohérent. Le score de 71 atteint par le sujet avant la réalisation des différents tests correspond à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu du résultat réalisé au cours de l'évaluation on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum est jugée incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation comme moyen. Pendant cette évaluation il a pu lever du sol à hauteur de la taille 20 kg; lever de la taille à hauteur de la tête 15 kg; lever horizontalement 10 kg avec des auto-limitations; porter de la main droite (dominante) à 7.5 kg, avec autolimitations; porter de la main gauche à 15 kg avec auto-limitations; travailler au-dessus du niveau de la tête légèrement limité par des auto-limitations; position assise sans problème; pousser en statique 6 kg; tirer en statique 12 kg; pousser en dynamique (force de poussée) légèrement limité; tirer en dynamique (force de traction) légèrement limitée; monter sur une échelle légèrement limité. Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation correspond donc à un niveau d'effort léger à moyen (10-15 kg), selon le D.O.T. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : ports de charges lourdes. Marches prolongées. Marches en terrains irréguliers. Montées et descentes d'escaliers ou d'échelles. Positions contraignantes pour la cheville (accroupie). On peut donc conclure qu'à la sortie la situation médicale n'est pas encore stabilisée. En revanche, les limitations fonctionnelles ne vont plus changer de manière significative. Nous proposons la poursuite de physiothérapie en ambulatoire, ce qui pourrait améliorer la qualité de vie du patient. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 1 mois. Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et non médicaux discutés ci-dessus. Pendant le séjour, le patient est évalué aux ateliers professionnels. Cette évaluation met en évidence des difficultés dans le maintien de la station debout ainsi que dans ses déplacements. Cependant, nous constatons que dans une activité qui éveille un certain intérêt et lui permettant d'adopter une position de travail assise, le patient est parfaitement capable d'œuvrer jusqu'à 2 heures consécutives aux

ateliers professionnels. En l'état actuel, il nous paraît difficilement imaginable que M. G.\_\_\_\_\_ reprenne son ancienne activité professionnelle. En effet, les douleurs alléguées ainsi que le niveau d'effort démontré ne sont pas compatibles avec son ancienne profession. De plus, l'aspect médical de sa situation reste au premier plan pour lui. [...] INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MANOEUVRE-MACON - 100 % du 28.02.2017 et pour une longue durée. » Le 21 juin 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen final. Son rapport du même jour se termine ainsi : « Je ne reviens pas en détail sur les antécédents mentionnés ci-dessus. L'assuré a souffert d'une fracture comminutive du calcanéum D des suites d'une chute le 28.06.2015. La fracture a fait l'objet d'une réduction sanglante et d'une ostéosynthèse par le Dr K.\_\_\_\_\_ le 03.07.2015. L'assuré a fait un premier séjour à la S.\_\_\_\_\_ du 08.12.2015 au 26.01.2016. On a relevé une algoneurodystrophie de stade I. Le patient a été ensuite adressé à l'équipe du Dr T.\_\_\_\_\_ à l'Hôpital orthopédique et celui-ci a procédé à une AMO du calcanéus D et une arthrodèse sous-talienne ainsi qu'à une neurolyse du nerf sural le 01.07.2016 ayant permis une consolidation radiologique de l'arthrodèse sous-talaire D. Un deuxième séjour à la S.\_\_\_\_\_ du 28.02 au 22.03.2017 a permis de souligner une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous-estimation des capacités fonctionnelles. Le séjour n'a pas permis d'évolution subjective et objective significative. Des limitations fonctionnelles ont été reconnues pour le port de lourdes charges, les marches en terrains irréguliers, les marches prolongées, la montée ou descente d'escaliers et d'échelles. On a retenu également des limitations fonctionnelles pour les travaux accroupis ou à genoux. On peut confirmer les limitations émises durant le dernier séjour à la S.\_\_\_\_\_.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs du pied et de la cheville D qu'il situe sur le bord latéral du pied ainsi qu'au niveau de l'articulation tibio-talienne antérieure. Des plaintes douloureuses sont également présentes au niveau du tubercule postérieur du calcanéus D. Les douleurs irradient proximale vers le genou et limitent le périmètre de marche à plat à 15-20 minutes. Le pied D de l'assuré reste tuméfié. L'antalgie est faite de la prise de Tramadol®. Objectivement, la marche s'effectue avec une boiterie importante à D et un déroulement incomplet du pas. L'accroupissement est à peine ébauché et la marche sur les talons et la pointe des pieds est refusée. L'arthrodèse sous-talaire D est fixée en bonne position et consolidée radiologiquement. Il existe une amyotrophie d'environ 3 cm de la cuisse et du mollet D par rapport au côté sain. [...] Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles citées ci-dessus, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail. » Par lettre du 23 juin 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 31 juillet 2017 au soir, estimant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par décision du 5 juillet 2017, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente, la perte économique étant inférieure à 10 %. En particulier, l'assurance estimait que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans différents secteurs de l'industrie à la condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : sans port de lourdes charges, sans marches en terrains irréguliers, sans marches prolongées, la montée ou descente d'escaliers et d'échelles sont à éviter, ainsi que les travaux en position accroupies ou à genoux. En octobre 2017, l'assuré a consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, dont le rapport du 18 octobre 2017 se conclut ainsi : « Douleurs chroniques après ostéosynthèse du calcanéum en juillet 2015, et arthrodèse de l'articulation sous-astragaliennne en juillet 2016. Certainement, les douleurs sont aggravées par une situation psychosociale et personnelle difficiles. Pourtant il existe certainement une douleur

neurologique due à une lésion du nerf sural et également un CRPS chronique qui nécessitent un traitement. Le CRPS est mentionné dans plusieurs rapports, mais le traitement a été souvent arrêté assez tôt. Pour cette raison, j'ai prescrit à M. G. \_\_\_\_\_, une ergothérapie et j'ai prescrit du Pregabalin. » Dans un projet du 7 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 septembre 2017. Il estimait en effet qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de port de lourdes charges, marches en terrain irrégulier et prolongées, montée ou descente d'escaliers et d'échelles, position accroupie ou à genoux) existait depuis le 21 juin 2017. Le 29 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 5 juillet 2017. Par courrier du 11 décembre 2017, l'assuré a fait valoir ses objections au projet de décision de l'OAI. Il a produit des certificats d'incapacité de travail, dont l'un établi par le Dr Z. \_\_\_\_\_ le 16 novembre 2017, concluant à la présence d'une incapacité de travail de 75 % pour un travail seulement assis, du 16 novembre 2017 au 31 décembre 2017. Il a par ailleurs transmis un certificat médical du 6 octobre 2017, en partie illisible, concernant son suivi par le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré a également consulté le Dr B. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, qui a écrit le rapport suivant en date du 8 janvier 2018 : « J'ai vu à ma consultation le patient susnommé qui, en juin 2015, suite à une chute d'une hauteur d'environ 1m50, se réceptionne sur le pied droit, occasionnant une fracture très communitive du calcanéum droit, ayant nécessité une intervention en juillet 2015 avec fixation par une plaque calcanéenne. Suite à cette ostéosynthèse, le patient a continué à présenter d'importantes douleurs avec développement d'une arthrose sous talienne secondaire et également un syndrome d'irritation du nerf sural. Il a donc été réopéré à nouveau en juillet 2016 avec neurolyse du nerf sural et arthrodèse sous-talienne, fixée par 2 vis 7.0 en compression. L'intervention s'est relativement bien déroulée, avec une bonne consolidation osseuse. Néanmoins, Monsieur G. \_\_\_\_\_ continue à avoir des plaintes douloureuses multifactorielles. D'une part, des plaintes de surcharge sur les autres articulations du pied, également des douleurs relativement indéterminées sur tout le pied, dont une origine neurologique est possible ou un syndrome régional douloureux, et également une gêne au niveau du talon qui peut, en partie, être mise en rapport avec les têtes de vis, qui sont un peu protubérantes au niveau de l'os et qui peuvent provoquer un hyperappui local. En outre, le patient se plaint également d'un pied constamment froid et d'une perte de force. Il marche, bien entendu, avec une boiterie antalgique relativement marquée, ce qui provoque des douleurs sur le reste du squelette et également des douleurs musculaires. Concernant les questions et l'avis qui m'est demandé, à savoir qu'une décision de la SUVA a été notifié[e] stipulant, d'une part, que la situation de l'assuré était stable et, d'autre part, que l'invalidité de l'assuré était inférieure à 10 % dans une activité à plein temps, adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge lourde, marches en terrain irrégulier ou prolongées, montée ou descente d'escaliers et échelles, position accroupie ou à genoux) et il m'est demandé de me prononcer [sic], notamment quant à 2 questions : D'une part, si l'état de santé est considéré comme stable ou non et, d'autre part, si dans une activité selon la SUVA, l'assuré peut travailler à temps complet comme cela a été affirmé dans la décision de la SUVA, ou si plutôt le patient a un temps de travail limité à 2h/j, comme cela avait été proposé par le Dr Z. \_\_\_\_\_, qui a été sollicité comme 2<sup>ème</sup> avis. Concernant le 1<sup>er</sup> point, j'estime que l'état de santé du patient ne peut pas être considéré comme stabilisé, puisque Monsieur G. \_\_\_\_\_ a une gêne à la palpation de la partie postérieure du talon, en rapport avec les vis qui sont quelque peu proéminentes et que

donc une ablation de ces vis devrait pouvoir lui être proposée. D'autre part, il s'agit ici d'une arthrodèse sous-talienne qui, actuellement, commence à provoquer des surcharges sur les autres articulations avoisinantes et cette surcharge va probablement continuer à évoluer. On peut donc s'attendre à ce qu'à l'avenir une arthrose des articulations adjacentes se développe, qui pourra nécessiter d'autres interventions chirurgicales, de type arthrodèse. Pour le moment, en tout cas, le port d'un soutien de la voûte plantaire, avec une chaussure orthopédique et des lits plantaires adaptés, est absolument indispensable et est consécutif à l'accident, donc doit être prise en charge dans ce cadre-là. Le patient ayant encore des douleurs relativement importantes, il pourrait être envisagé de procéder à quelques modifications dans les actuels supports, afin d'essayer de stabiliser davantage le pied. Ensuite, concernant la 2ème question, à savoir l'activité au travail, il est clair que dans une activité lourde dans la construction, comme le patient le faisait avant, un retour au travail est absolument exclu et impossible. Il faut considérer qu'il est inapte à 100% et ce de manière définitive. En ce qui concerne les limitations que la SUVA a évoqué[es], j'estime que pas toutes les limitations n'ont été évoquées. En effet, à aucun moment il n'a été considéré le fait que le patient ne peut pas rester immobile et assis de manière prolongée, puisqu'après environ 2h il commence à avoir une tuméfaction du pied et de la cheville, qui nécessite qu'il se lève, qu'il se mette en position allongée, surélève le pied et fasse des massages de drainage. Il a ensuite besoin de plusieurs heures pour récupérer de cette tuméfaction et douleur consécutives à la position assise prolongée. Cette limitation n'a pas du tout été évoquée par la SUVA qui j'estime est importante et déterminante. En effet, avec cette situation, il est dans tous les cas impossible d'estimer que le patient peut exercer une quelconque activité professionnelle à 100 %. Je pense, en revanche, qu'il peut effectuer une activité sédentaire, mais qui doit être limitée au maximum à deux fois 2h/j en considérant une pause de plusieurs heures, mais minimum 2h, entre chaque reprise du travail. Je considérerai donc que le patient pourrait exercer au maximum un temps de travail à 50 % avec les limitations suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée, pas d'escaliers ni d'échelle, pas de position accroupie ni à genoux, pas de position assise supérieure à 2h, être autorisé à changer de position, voir[e] se lever, de manière occasionnelle et respecter un temps d'arrêt de minimum 2h entre les temps de travail qui, encore une fois, devrai[en]t être limités à maximum 2h. En outre, il ne doit pas travailler dans des environnements qui soi[en]t trop froid, ni humides. On peut donc considérer que Monsieur G.\_\_\_\_\_ peut travailler maximum deux fois 2h/j avec un temps de pause minimum de 2h entre chaque temps de travail. Il est également clair, pour ma part, que le patient doit pouvoir bénéficier d'une réorientation professionnelle et qu'il doit être aidé dans ce sens. L'ensemble de ses problèmes sont complètement à amputer [sic] directement à l'accident survenu en 2015. Il est à noter que, bien sûr, au vu du grand nombre de problèmes que cet accident [a] provoqu[és] au patient, il a très vraisemblablement développé un trouble dépressif relativement important qui, je pense, devrait être évalué et éventuellement pris en charge par un psychiatre. Je pense également qu'un suivi et surtout, si une chirurgie doit être effectuée au niveau de ce pied, celle-ci doit obligatoirement être faite dans un centre spécialisé uniquement en chirurgie du pied et éventuellement une expertise extra-judiciaire plus étoffée pourrait éventuellement [être] envisagée. Je pourrais éventuellement proposer la clinique [...] [sic] à Genève. » Dans un avis du 1 er février 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que les avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ et du Dr B.\_\_\_\_\_ n'étaient pas suffisamment étayés pour renverser les rapports de la S.\_\_\_\_\_ et a relevé que sur l'axe psychiatrique,

le Dr U. \_\_\_\_\_ n'indiquait aucun diagnostic et ni ne motivait une quelconque incapacité de travail. Par lettre du 22 mars 2018, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il maintenait que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, que l'assuré pourrait mettre en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, secteur dans lequel son manque de formation professionnelle et sa maîtrise insuffisante du français n'avaient pas d'influence. Le 28 mai 2018, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a transmis à l'OAI le rapport de la scintigraphie osseuse réalisée le 26 mars 2018 et un rapport du même jour de la Dresse V. \_\_\_\_\_, médecin associée au Centre du pied au N. \_\_\_\_\_. Celle-ci a écrit que l'assuré présentait des douleurs invalidantes quotidiennes de l'arrière-pied assez diffuses qui empêchaient toute sorte de reprise du travail, même assis, en raison de tuméfactions importantes itératives et de douleurs constantes. Une ablation des deux vis était envisagée si la consolidation de l'arthrodèse était acquise, mais cette intervention n'aurait que peu d'influence sur les douleurs diffuses du pied, sauf sur les douleurs bien reproductibles au sommet du talon. Dans un avis du 5 juin 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_ a considéré que ce rapport ne remettait pas en cause son précédent avis. Par décision du 7 juin 2018, l'OAI a confirmé son projet et octroyé à l'assuré une rente d'invalidité limitée dans le temps. B. Par recours du 6 juillet 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente AI au-delà du 30 septembre 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Il a soutenu que sa capacité de travail, même dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues, était impossible à un taux d'occupation de 100 %. Il a requis son interrogatoire et la mise en place d'une expertise médicale. Par réponse du 11 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant s'est déterminé le 25 octobre 2018. En cours de procédure, il a produit un certain nombre de pièces dont : - Un rapport du 19 octobre 2018 du Dr U. \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), sous médication et suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Le médecin écrit que parallèlement à ses douleurs, le recourant a « développé un état dépressif, qui s'extériorise par des ruminations, perte de l'estime de soi, trouble de sommeil, angoisses, anhédonie, manque de concentration, oublis, tristesse, phobie sociale, sentiment d'injustice et de révolte et, parfois, des idées suicidaires. Cet état dépressif s'est chronicisé avec le temps. » - Un rapport du 16 novembre 2018 de la Dresse V. \_\_\_\_\_ dans lequel celle-ci pose les diagnostics suivants : « - Status post fracture comminutive du calcanéus droit traitée chirurgicalement en juillet 2015. - Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrodèse sous-talienne associée à une neurolyse du nerf sural en juillet 2016. - Status post infiltration cortisonnée de l'articulation calcanéo-cuboïdienne le 22.08.2018 à [...] avec un effet partiellement bénéfique. » - Le rapport de scintigraphie osseuse du 28 janvier 2019, mettant en évidence une intense hypercaptation tardive calcanéenne droite évoquant plutôt des phénomènes réparatoires post-traumatiques et ne montrant pas d'élément en faveur d'une éventuelle algoneurodystrophie. - Un rapport du 21 février 2019 de la Dresse V. \_\_\_\_\_ dont il résulte que le matériel d'ostéosynthèse de l'arthrodèse sous-talienne a été retiré le 23 novembre 2018. Le médecin écrit encore ceci : « En conclusion le patient présente donc un léger bénéfice de cette ablation des deux vis. Il garde par contre comme prévu des douleurs résiduelles post-chirurgicales et post-traumatiques de son arrière-pied, également liées à une arthrose débutante de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Il présente aussi des éléments neuropathiques dans le territoire du nerf sural. Dans ce contexte il n'y a plus d'indication à d'autres investigations car comme je l'ai mentionné dans mon courrier

précédent il n'y aura pas d'autres gestes chirurgicaux à faire au vu d'un risque élevé de complications. Je pense qu'à ce stade le patient pourrait encore bénéficier de quelques séances de physiothérapie pour essayer d'améliorer le drainage et le tonus musculaire. Je lui ai donc fait une prescription dans ce sens. Je ne pense pas que ce patient pourra retravailler comme maçon au vu de la douleur chronique qu'il présente et un arrêt de travail depuis 2015. Je propose encore de l'adresser à un centre d'antalgie pour essayer d'optimiser le traitement anti-douleurs. Je prolonge l'arrêt de travail à 100 % pendant 1 mois pour laisser le temps au patient de régulariser sa situation avec la SUVA et l'AI. J'adresse aussi un courrier de demande de rendez-vous auprès de notre centre d'antalgie où le patient sera convoqué dans les meilleurs délais. » Interpellé, le SMR, par le Dr F. \_\_\_\_\_, relève, dans un avis du 8 avril 2019, que les rapports de la Dresse V. \_\_\_\_\_ ne décrivent pas de nouvelle atteinte à la santé, ni de péjoration de l'atteinte du pied droit. Il constate aussi que si la capacité de travail dans l'activité de maçon est considérée comme nulle par la Dresse V. \_\_\_\_\_, ce qui n'est pas contesté, celle-ci ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ni ne mentionne de nouvelles limitations fonctionnelles. En date du 18 mars 2019, le recourant a fait savoir qu'une expertise orthopédique allait être mise en œuvre et a requis « une prolongation de délai, jusqu'à droit connu sur l'expertise annoncée », demande qui a été rejetée par avis de la juge instructeur du 22 mars 2019. 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 de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2017. 3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 142 V 290 consid. 4 et 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des

descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1). b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA ; ATF 141 V 9 consid. 2.3) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C\_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Aux termes de l'art. 88 a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 4. a) Il n'est nullement contesté que le recourant présente une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, les médecins de la S. \_\_\_\_\_ et le Dr W. \_\_\_\_\_ ont estimé, dans leurs rapports respectifs des 3 avril 2017 et 21 juin 2017, qu'on pouvait attendre du recourant qu'il exerce à plein temps une activité sans port de charges lourdes, sans marches prolongées, ni marches en terrains irréguliers, sans montées ou descentes d'escaliers ou d'échelles, et sans positions contraignantes pour la cheville, comme les travaux accroupi ou à genoux. Certes, les médecins de la S. \_\_\_\_\_

indiquent que le pronostic de réinsertion professionnelle est défavorable, comme le recourant le relève dans son recours. Il faut toutefois comprendre de leurs explications que le pronostic d'un retour dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident, et que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, est défavorable en raison de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles du recourant. Lors des deux séjours du recourant à la S. \_\_\_\_\_, les médecins ont en effet relevé chez lui une kinésiophobie, une catastrophisation, un comportement autolimitant avec une sous-estimation de ses capacités et un contexte familial et socio-professionnel difficile. Ces facteurs ne relèvent toutefois pas de la notion d'invalidité et ne sont par conséquent pas susceptibles de mener à une appréciation différente de la capacité de travail du recourant (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 8C\_561/2007 du 8 mai 2008 consid. 3.1.2). Force est de constater que les rapports rédigés par les médecins de la S. \_\_\_\_\_ sont détaillés et motivés, qu'ils tiennent compte des plaintes de l'assuré et ont été établis à l'issue des deux séjours que celui-ci a effectués à la S. \_\_\_\_\_ et en connaissance de son dossier, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même de l'appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2017, lequel a pris ses conclusions après avoir examiné le recourant, en tenant compte de ses plaintes, de l'anamnèse et de l'ensemble du dossier. En particulier, ces médecins se sont prononcés en tenant compte de l'atteinte neurologique du nerf sural, pour laquelle une neurolyse a été pratiquée le 1<sup>er</sup> juillet 2016, ainsi que des éléments ayant fait suspecter un éventuel syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS en anglais, également appelé algo[neuro]dystrophie). Cette pathologie a été évoquée, mais non retenue, lors du premier séjour du recourant à la S. \_\_\_\_\_ (rapport du 18 février 2016). Lors du second séjour dans cet établissement, quelques symptômes et signes compatibles avec un SDRC étaient présents, mais de manière légère pour ce qui concerne les troubles vasomoteurs, sudomoteurs et la présence d'œdème. Les médecins précisaient que les signes purement sensitifs et moteurs devaient être interprétés avec prudence compte tenu également du contexte psycho-social défavorable. Ils ont ainsi posé un diagnostic de SDRC au décours (rapport du 3 avril 2017). Le Dr Z. \_\_\_\_\_ conclut à la persistance d'un SDRC, mais sans toutefois indiquer les critères qui lui font retenir un tel diagnostic (cf. à ce sujet CASSO AA 69/16 – 62/2019 du 9 mai 2019 consid. 5a). Il ne mentionne en outre pas que cette atteinte serait incapacitante. Quoiqu'il en soit, son appréciation n'étant ni détaillée ni motivée, on ne saurait reconnaître une pleine valeur probante à son rapport du 18 octobre 2017. Dans son recours, le recourant se prévaut notamment du certificat médical du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 16 novembre 2017, qui attestait une incapacité de travail de 75 % dans une activité assise. Ce médecin ne motive toutefois absolument pas ses conclusions et son certificat ne concernait en outre que la période du 16 novembre au 31 décembre 2017. Se référant au rapport médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2018, le recourant fait valoir que sa capacité de travail serait d'au maximum 50 % dans une activité adaptée, puisqu'en plus des limitations fonctionnelles citées plus haut, il ne pourrait pas rester en position assise pendant plus de deux heures, devrait pouvoir changer de position, voire se lever, devrait alterner des périodes de travail de maximum deux heures avec des pauses d'une durée de deux heures et devrait éviter les environnements de travail froids ou humides. Le Dr B. \_\_\_\_\_ explique ces limitations supplémentaires par le fait qu'après deux heures en position statique, le recourant présente une tuméfaction du pied et de la cheville, qui nécessite qu'il se lève, qu'il se mette en position allongée, surélève le pied et fasse des massages de drainage. Dans son avis du 1<sup>er</sup>

février 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève que le Dr B. \_\_\_\_\_ se fonde avant tout sur les plaintes subjectives du recourant, sans mentionner de status circonstancié. On ignore en particulier s'il a observé lui-même la péjoration de l'œdème au terme d'une consultation d'au moins deux heures ou s'il base son appréciation uniquement sur les déclarations du recourant. Il est par ailleurs étonnant que seul le Dr B. \_\_\_\_\_ évoque ce problème de tuméfaction du pied en cas de position statique de plus de deux heures, alors que cet élément n'a jamais été soulevé par les autres médecins. Son appréciation n'est en effet pas corroborée par l'observation en stationnaire effectuée lors des deux séjours du recourant à la S. \_\_\_\_\_, qui ont chacun duré plusieurs semaines. Le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ ne permet ainsi pas de s'écarter des conclusions des médecins de la S. \_\_\_\_\_, confirmées par le Dr W. \_\_\_\_\_ à l'issue de l'examen qu'il a pratiqué le 21 juin 2017. Sur le plan psychique, le Dr U. \_\_\_\_\_ retient que le recourant présente un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée qui nécessite un traitement antidépresseur et anxiolytique ainsi qu'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Le rapport médical établi par le Dr U. \_\_\_\_\_ est toutefois relativement succinct et ses conclusions ne sont pas motivées, ce qui nuit fortement à sa valeur probante. En tout état de cause, le Dr U. \_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une quelconque incapacité de travail en lien avec cette atteinte. Il faut par ailleurs rappeler qu'une évaluation psychiatrique du recourant a été effectuée lors de son premier séjour à la S. \_\_\_\_\_, à l'issue de laquelle aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu (cf. consilium psychiatrique du 21 décembre 2015). De même, le rapport établi le 3 avril 2017 à la fin du deuxième séjour à la S. \_\_\_\_\_ précise qu'aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, et qu'en particulier, aucune psychopathologie n'a été retenue. Cela étant, il faut conclure que le recourant ne présente pas d'atteinte psychique incapacitante. Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondé à considérer que le recourant avait retrouvé, depuis le 21 juin 2017, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant le port de charges lourdes, les marches prolongées ou en terrains irréguliers, les montées ou descentes d'escaliers ou d'échelles, ainsi que les positions contraignantes pour la cheville. b) Pour la comparaison des gains, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 72'783 fr. pour l'année 2017, calculé sur la base des informations transmises par l'employeur le

### **E. 30**

mars 2016, montant qui n'est pas contesté. S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé s'est basé sur le salaire perçu par des hommes pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé selon l'ESS 2014, à savoir 5'312 fr., montant qu'il a adapté à l'horaire de travail usuel dans les entreprises en 2017 (41,7 heures) et sur lequel il a procédé à une indexation de 0,4 %, ce qui donnait un revenu annuel de 66'718 fr. 93. Il faut toutefois constater que l'OAI aurait dû adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux des hommes de 2014 à 2017 (soit une indexation de 0,3 % pour l'année 2015, puis 0,6 % pour l'année 2016 et 0,4 % pour l'année 2017 ; ATF 129 V 408), ce qui donne un revenu avec invalidité de 67'320 fr. 60. Le recourant considère qu'il y a lieu de tenir compte du fait qu'il n'est pas beaucoup formé et qu'il ne maîtrise pas le français. S'il est possible de procéder à un abattement sur le montant ressortant des statistiques pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), un tel abattement ne se justifie toutefois pas en l'occurrence. En effet, comme l'OAI l'a mentionné, l'absence de formation

professionnelle du recourant et ses difficultés avec le français n'ont pas d'influence dans le cadre des activités simples et légères auxquelles il est renvoyé (TF I 674/06 du 29 mai 2007 consid. 4.1.1). Au final, la comparaison des revenus avec et sans invalidité donne lieu à un degré d'invalidité de 7,5 %, insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Dès lors, en application de l'art. 88 a al. 1 RAI, c'est à juste titre que l'OAI a mis un terme à la rente entière d'invalidité octroyée au recourant trois mois après l'amélioration de son état de santé, c'est-à-dire au 30 septembre 2017. 5. L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise comme le requiert le recourant, de même qu'à son interrogatoire. Il ne se justifie pas non plus d'attendre la production du rapport d'expertise privée annoncé, ce dernier n'apparaissant pas susceptible de remettre en question les conclusions concordantes des Drs P.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, étant également rappelé que les médecins de la S.\_\_\_\_\_ ont établi leur rapport après avoir suivi le recourant pendant plusieurs semaines. 6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.