

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1963, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1989. Il a travaillé, dès 1994, en qualité de monteur en échafaudages, puis également en qualité de nettoyeur.
2. En date du 27 juin 2006, l'assuré a subi un accident, qui a eu pour conséquence une fracture du calcaneum droit, multifragmentaire et disloquée.
3. Le 7 juillet 2006, l'assuré a été opéré. L'intervention a consisté en une réduction sanglante et une ostéosynthèse avec plaque calcaneum.
4. Par rapport du 30 janvier 2007, le Dr A_____, spécialiste FMH en orthopédie et en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a noté une consolidation osseuse apparemment en bonne voie et la persistance d'une limitation fonctionnelle douloureuse en cas de charge complète et de marche sur terrain inégal, d'où une nécessité de continuer à utiliser des cannes anglaises.
5. L'assuré a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après la CRR) du 6 février au 7 mars 2007. Dans un rapport du 22 mars 2007, les médecins ont retenu un diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, des diagnostics secondaires de douleurs de la cheville droite, de fracture dislocation multifragmentaire du calcaneum droit et de l'extrémité distale du péroné le 27 juin 2006 et de réduction sanglante et d'ostéosynthèse avec plaque calcaneum le 7 juillet 2006. La capacité de travail dans l'activité habituelle de chef monteur en échafaudages était nulle pour une durée prolongée. Le bilan radiologique montrait une réduction satisfaisante, un matériel d'ostéosynthèse en place, mais il persistait encore quelques traits visibles de fracture.
6. Le 28 mars 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI), en raison d'une atteinte à son pied droit.
7. Dans un rapport du 26 avril 2007, le Dr B_____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, a retenu un status après une fracture multifragmentaire du calcaneum droit ostéosynthésée et une fracture distale du péroné ostéosynthésée, diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, toutefois, une activité ne nécessitant pas de déplacements sur de longues distances (pompiste, chauffeur-livreur) pouvait être exercée durant 8 heures par jour, sans diminution de rendement.
8. Dans un questionnaire du 8 mai 2007, le dernier employeur de l'assuré (X_____ SA) a déterminé que celui-ci avait travaillé, en qualité de monteur charpente tubulaire, du 1^{er} avril 2005 au 27 juin 2006, date à laquelle était intervenu l'accident. Son revenu mensuel était de 5'550 fr., toutefois dès le 1^{er} janvier 2007, il aurait été de 5'585 francs. L'horaire de travail était de 9 heures par jour 5 jours par semaine.

9. Le 24 octobre 2007, le Dr B_____ a expliqué à l'OAI que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de monteur en échafaudages, qu'il convenait de réévaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, qui devait avoir lieu en novembre 2007. Si les douleurs disparaissaient, il pourrait reprendre son activité de monteur, sinon, seules des activités sédentaires seraient possibles. Les limitations fonctionnelles concernaient les déplacements, au vu de la persistance de douleurs au talon droit à la marche.
10. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse, complétée par une arthrodèse sous-astragalienne, est intervenue en date du 20 décembre 2007.
11. Par rapport du 28 août 2008, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a relevé que l'évolution actuelle n'était pas favorable et que l'arthrodèse n'était pas consolidée. Une réintervention avait été décidée par les médecins. La situation n'était donc pas stabilisée et l'incapacité de travail restait totale.
12. En date du 5 février 2009, l'assuré a subi une nouvelle intervention consistant en une reprise d'arthrodèse sous-talienne, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une autogreffe spongieuse du tibia proximal droit.
13. Le 20 avril 2010, le dernier employeur de l'assuré (X_____ SA) a indiqué à l'assureur-accidents que le revenu mensuel de l'assuré aurait été en 2009, de 5'693 fr., complété d'un 13^{ème} salaire de 8.33% et du paiement des vacances à hauteur de 10.60% et en 2010, de 5'693 fr. durant trois mois et de 5'723 fr. durant 9 mois, complété d'un 13^{ème} salaire de 8.33% et du paiement des vacances à hauteur de 10.60%.
14. En date du 22 juillet 2010, l'assuré a ainsi subi une troisième arthrodèse sous-astragalienne droite avec une greffe osseuse autologue à droite.
15. Dans un rapport du 24 janvier 2011, le Dr D_____ a déclaré que la dernière intervention avait porté ses fruits. Le contrôle du 12 novembre 2010 montrait une consolidation de l'arthrodèse sous-talienne. Il a ajouté que la situation de l'assuré ne pourrait pas se régler de façon expéditive et que celui-ci avait besoin d'une évaluation fine de son ancien poste de travail et de ses nouvelles capacités professionnelles, étant précisé qu'en théorie, il n'y avait aucune restriction à prévoir sur le plan mécanique au niveau de cette arthrodèse, qui était guérie. Il y aurait toutefois potentiellement des restrictions, plutôt d'ordre réadaptatives, raison pour laquelle une prise en charge par rééducation spécifique devait lui être offerte. L'assuré était toujours en arrêt de travail à 100% et était au bénéfice d'une prise en charge physio-thérapeutique.
16. Le 2 février 2011, le Dr B_____ a retenu que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis le mois de juin 2006, son incapacité de travail étant toujours de 100%, et que l'évolution était actuellement peu favorable, bien qu'il arrive à se déplacer sans cannes. L'assuré devrait bénéficier d'un reclassement professionnel.

17. Par rapport du 9 février 2011, le Dr D_____ a retenu que la situation était stabilisée, que l'assuré marchait sans cannes et que celui-ci se sentait beaucoup mieux, mais qu'il avait une certaine restriction personnelle post-traumatique, sous la forme notamment d'une fatigabilité accrue du pied. A la question de savoir si une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de monteur-charpente ou une aptitude au placement était envisageable dans le mois à venir, le médecin a répondu par l'affirmative, en expliquant que l'assuré ne pourrait plus être un « travailleur de force », ce qui devait être évalué par des équipes spécialisées.
18. Le 14 février 2011, Y_____ SA a informé l'assureur-accidents que l'assuré travaillait dans son entreprise au moment de son accident. Dans une déclaration du même jour, Y_____ SA a notamment relevé que l'accident du 27 juin 2006 était intervenu chez l'employeur principal de l'assuré, soit X_____ SA.
19. Le 28 février 2011, Y_____ SA a signalé à l'assureur-accidents les revenus que l'assuré aurait obtenus entre 2006 et 2011. En particulier, durant les années 2010 et 2011, son revenu horaire aurait été de 18 fr. 20, complété de 8.33% pour les vacances, étant précisé qu'il travaillait 12h50 par semaine.
20. Dans un rapport final du 11 mars 2011, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a noté, à l'examen, une limitation douloureuse de la mobilité de l'arrière-pied de la cheville sur un status après une arthrodèse sous-astragaliennne ainsi que quelques légers signes irritatifs du genou droit et un syndrome vertébral lombaire modéré, sans manifestations radiculaires. Les radiographies témoignaient d'un status après une arthrodèse sous-astragaliennne consolidée. L'état était ainsi suffisamment stabilisé pour permettre un bilan assécurologique. Sur le plan professionnel, les séquelles de l'accident ne permettaient pas le retour, à moyen ou à long terme, vers une activité professionnelle sur les chantiers, toutefois, l'assuré pourrait vraisemblablement mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, permettant des changements de positions ou n'exigeant que de courts déplacements.
21. Dans un avis du 18 mars 2011, le Dr F_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR), a conclu que conformément aux conclusions du Dr E_____ du 11 mars 2011, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle dès le 27 juin 2006, mais entière dès le 12 novembre 2010 (date de l'observation de la consolidation de l'arthrodèse) dans une activité adaptée, sédentaire, sans longs déplacements et avec une possibilité de changer de position.
22. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 5 septembre au 4 décembre 2011, puis d'une mesure d'entraînement aux activités industrielles légères du 5 décembre 2011 au 4 mars 2012 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après les EPI). Il résulte des conclusions du rapport des EPI du 9 mars 2012 que l'assuré ne pouvait pas être actuellement réadapté dans le circuit économique ordinaire. En effet, la période de quatre mois de

réentraînement dans une activité industrielle légère n'avait pas donné les résultats escomptés. L'assuré avait montré de nombreux signes d'inconfort aux pieds (gonflements) et au dos et son tonus avait diminué sur la durée. Dès le 9 janvier 2012, il avait travaillé à mi-temps, conformément au certificat médical établi par son médecin traitant. Les rendements de l'assuré plafonnaient à 60% sur un mi-temps. Les maîtres de réadaptation ont notamment noté que l'assuré avait cherché, tout au long de son stage, à montrer qu'aucune position de travail ne lui convenait, avec de très fréquentes alternances, des déambulations dans l'atelier, des signes importants de souffrance avec des grimaces exprimant de fortes douleurs, des pauses sur sa place de travail pour se détendre en prenant, le plus souvent, des positions inadéquates en se vautrant sur l'établi ou en posant les deux pieds allongés sur l'établi. Il s'était montré plaintif, très démonstratif et centré sur ses douleurs et ses limitations. Il avait surtout cherché la reconnaissance de ses atteintes et à montrer qu'il n'était pas dans un état de santé assez acceptable pour envisager d'exercer une quelconque activité lucrative. Les rendements étaient globalement médiocres, avec une tendance à l'autolimitation aux alentours de 50%, cela même dans les activités les plus simples et les plus légères. Les atteintes au pied et même au dos ne justifiaient pas de tels résultats. La dextérité manuelle se développait mieux dans les activités moyennement fines, mais l'assuré avait tendance à bâcler le travail. L'assuré n'avait pas suffisamment tenté de s'adapter aux activités proposées ni montré de motivation à réintégrer le monde du travail. Il n'était pas dans une dynamique de reprise d'activité professionnelle. Le comportement de l'assuré en situation de travail était incompatible avec une reprise d'activité professionnelle dans le circuit économique normal. Les maîtres de réadaptation ont déterminé que l'assuré pouvait travailler en tant qu'ouvrier dans l'assemblage à l'établi ou dans le conditionnement, étant précisé que les pièces devaient être légères et les manipulations simples et peu nombreuses.

23. Par courrier du 8 mars 2012, le Dr B _____ a attesté que l'assuré l'avait consulté les 28 octobre et 15 décembre 2011 pour des douleurs et des œdèmes du pied gauche (la fracture du calcanéum était à droite), suite à une station debout prolongée. Malgré ses conseils de mobiliser fréquemment le membre inférieur gauche et de s'asseoir régulièrement quelques minutes, l'œdème s'est aggravé et l'assuré l'avait à nouveau consulté le 6 janvier 2012, de sorte que ce médecin l'avait mis en arrêt de travail à 50% dès le 5 janvier 2012. L'état de santé ne s'était pas modifié, l'assuré se plaignant toujours de douleurs. Il disait également souffrir de lombalgies. D'après le médecin, la capacité de travail pourrait être améliorée dans le cadre d'une activité adaptée au handicap, ne nécessitant ni de parcourir de longues distances ni de maintenir la station debout ou assise prolongée.
24. Suite à un avis du SMR du 15 mars 2012 persistant dans ses conclusions précédentes du 18 mars 2011, l'OAI a clos le mandat de réadaptation en date du 5 avril 2012. Un calcul du degré d'invalidité a été effectué à cette occasion, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 89'370 fr. pour 2010 (71'500 fr. et

12'216 fr. 90 en 2006) et d'un revenu d'invalidé 2010 de 55'048 fr., fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ci-après ESS 2010), étant précisé qu'un abattement de 10% a été retenu. Il en résultait un degré d'invalidité de 38%.

25. Le 24 avril 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui allouer une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} juin 2007 au 28 février 2011, date à laquelle tout droit à une rente s'éteignait. En effet, la capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 27 juin 2006 dans toutes les activités lucratives, toutefois dès le 12 novembre 2010, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité étant de 38% durant l'année 2010, l'assuré n'avait plus de droit à une rente dès le 1^{er} mars 2011.
26. Le 7 mai 2012, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a expliqué avoir suivi, dès le 5 septembre 2011, un stage d'orientation professionnelle suivi d'un réentraînement professionnel, période durant laquelle il a eu de la difficulté à pouvoir conserver la même position et ses nuits étaient également difficiles, ses douleurs l'obligeant à se lever régulièrement et l'empêchant d'avoir un sommeil réparateur. Ces éléments avaient conduit son médecin traitant à attester d'une incapacité de travail de 50%, afin qu'il puisse reposer son pied, de sorte qu'il n'y avait pas eu de mauvaise volonté de sa part. Il a également produit un certificat établi en date du 19 avril 2012 par le Dr B_____, attestant d'une totale incapacité de travail de durée indéterminée dès le 9 janvier 2012.
27. En date du 21 juin 2012, l'assureur-accidents a rendu une décision, par laquelle il a notamment alloué à l'assuré, dès le 1^{er} mars 2012, une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 38%, étant précisé que le gain annuel assuré s'élevait à 90'160 francs.
28. Sur requête de l'OAI, le Dr B_____ l'a informé, par rapport du 12 septembre 2012, qu'il n'avait pas réalisé d'examen spécialisé, mais que l'assuré a été suivi au service d'orthopédie des HUG par le Dr D_____ jusqu'en juin 2011 et que des examens spécialisés y avaient été effectués. La cheville de l'assuré était calme et il existait une raideur articulaire très importante dans tous les plans à ce niveau ainsi que des douleurs à la palpation périmalléolaire extérieure et antérieure. Depuis le 9 janvier 2012, les douleurs et le status articulaire restaient inchangés. A son avis, l'assuré pourrait théoriquement exercer une activité adaptée à 50% depuis le début de l'année 2012, mais il se demandait quelle était cette activité. L'assuré pouvait exercer une activité avec les membres supérieurs, mais avec des changements fréquents de positions (assis-debout) et sans déplacements, sauf pour de petites distances (10 à 20 mètres), en raison des douleurs qu'il ressentait au niveau de la cheville et du dos.
29. Par décision du 10 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet précité.
30. Par acte du 11 juillet 2013, l'assuré, représenté par un conseil, interjette recours contre ladite décision de l'OAI, concluant préalablement, à la comparution

personnelle des parties, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité postérieurement au 28 février 2011 d'une durée indéterminée, avec intérêts moratoires à 5% l'an courant dès le 1^{er} juin 2007, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise et plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, sous suite de dépens. Il reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des déclarations des Drs B_____ et D_____, ainsi que des constatations des EPI, et que le SMR n'a pas déterminé concrètement les activités qu'il était susceptible d'exercer. Selon les avis de ses médecins et des EPI, sa capacité de travail est toujours nulle à ce jour tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2011.

31. Dans sa réponse du 10 septembre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours, au motif que les conclusions du médecin traitant du recourant invoquées par celui-ci ne permettent pas de remettre en cause son évaluation. En outre, l'inaptitude à être réadapté retenue par les responsables de stage aux EPI n'est pas en relation de causalité avec l'atteinte à la santé, de sorte que les conclusions médicales l'emportent sur celles des EPI.
32. En date du 7 novembre 2013, le recourant persiste dans ses précédentes conclusions, en reprenant pour l'essentiel son ancienne argumentation. Par ailleurs, il a subi une intervention chirurgicale en date du 16 octobre 2013 et a été « médiqué » suite à celle-ci. Il produit notamment à l'appui de son écriture :
 - un rapport de scintigraphie osseuse partielle du 25 juillet 2013, qui a conclu aux éléments suivants : une très vraisemblablement mobilité de la vis calcanéotaliennne droite la plus latérale avec un défaut de couverture latérale de son extrémité distale, des remaniements dégénératifs mécaniques débutants peu évolutifs des articulations talo-fibulaire et tibio-taliennne à droite et une fusion satisfaisante de l'arthrodèse tibio-taliennne droite ;
 - une convocation d'admission du recourant en date du 15 octobre 2013 à la Clinique La Colline pour subir une intervention ambulatoire par le Dr D_____ ;
 - un certificat du même jour établi par le Dr D_____, attestant que le recourant est en incapacité de travail à 100% du 16 octobre au 17 novembre 2013.
33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité postérieurement au 28 février 2011, singulièrement sur sa capacité de travail.
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations dès le 28 février 2011 doit être examiné au regard des modifications apportées par la 5^{ème} révision de la LAI jusqu'au 31 décembre 2011 et dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA), sous réserve de ce qui suit (cf. consid. 11).
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

6. Il convient tout d'abord de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis le mois de novembre 2010, comme retenu par l'intimé.

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de

l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

7. a) En l'occurrence, l'intimé a considéré qu'entre le 27 juin 2006 et le 12 novembre 2010, le recourant était en incapacité totale de travail dans toutes les activités lucratives, toutefois, dès le 12 novembre 2010, sa capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée.

b) Pour arriver à cette conclusion, il s'est essentiellement fondé sur les rapports des Drs E_____ et D_____ ainsi que sur celui des EPI.

Premièrement, dans son rapport du 11 mars 2011, le Dr E_____, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a retenu un status après une arthrodèse

sous-astragaliennne consolidée, avec toutefois une limitation douloureuse de la mobilité de l'arrière-pied de la cheville sur un status après une arthrodèse sous-astragaliennne ainsi que quelques légers signes irritatifs du genou droit et un syndrome vertébral lombaire modéré, sans manifestations radiculairees. Il a conclu qu'au vu des séquelles de l'accident, le recourant ne pouvait plus exercer son activité sur les chantiers, mais que sa capacité de travail était vraisemblablement entière dans une activité sédentaire, permettant des changements de positions ou n'exigeant que de courts déplacements.

La Cour de céans constate que ce rapport a été établi, suite à une prise de connaissance du dossier du recourant, un examen clinique de celui-ci, une radiographie effectuée le jour même de l'examen (11 mars 2011) et en tenant compte des déclarations et plaintes du recourant. Les constatations objectives ont été clairement exposées et les explications convaincantes. Enfin, rien ne permet de douter de l'indépendance du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, de sorte que son rapport doit se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence.

Par ailleurs, il sera relevé que le Dr E_____ a notamment pris en considération les rapports antérieurs (24 janvier et 9 février 2011) du Dr D_____, lequel s'est fondé sur des radiographies effectuées le 12 novembre 2010, pour conclure à la consolidation de l'arthrodèse sous-taliennne ainsi qu'au fait que la dernière intervention du 22 juillet 2010 avait porté ses fruits. Toutefois, il convenait, d'après lui, de déterminer les capacités professionnelles du recourant, bien qu'il n'y ait en théorie aucune restriction à prévoir sur le plan mécanique au niveau de cette arthrodèse, qui était guérie. Le 9 février 2011, il a également estimé que la situation était stabilisée et que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité sans travail de force.

Compte tenu des rapports de ces deux spécialistes, le médecin du SMR a déterminé, en date du 18 mars 2011, que dès la consolidation de l'arthrodèse en date du 12 novembre 2010, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité sédentaire, sans longs déplacements et avec une possibilité de changer de position.

c) Le recourant soutient tout d'abord, sans plus de précision, que le SMR n'a pas tenu compte des déclarations des Drs D_____ et B_____.

Tel n'est manifestement pas le cas concernant les déclarations et les conclusions du Dr D_____. En effet, comme exposé ci-dessus, le SMR s'est notamment fondé sur les rapports de celui-ci pour fixer le moment de l'amélioration de l'état de santé du recourant et celui où sa capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée, soit en date du 12 novembre 2010.

En ce qui concerne le Dr B_____, bien qu'il ait retenu, en février 2011, que le recourant devait bénéficier d'un reclassement professionnel et en mars 2012, que sa capacité de travail pouvait être améliorée dans une activité ne nécessitant pas de parcourir de longues distances et permettant des changements de positions, il ne

s'est pas précisément prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ses rapports sont également insuffisamment motivés pour pouvoir remettre en cause les conclusions du Dr E_____. En outre, le Dr B_____, qui est le médecin traitant du recourant, ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par le Dr E_____ et qui permettrait de douter de ses conclusions. Pour le surplus, il sera constaté que le SMR a pris en considération le rapport du Dr B_____, en ce sens qu'il a repris les limitations fonctionnelles que celui-ci a exposées.

Partant, il convient de conclure que d'un point de vue médical, l'état de santé du recourant s'est amélioré, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, dès le 12 novembre 2010, date à laquelle sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

d) Eu égard aux rapports probants figurant au dossier, la Cour de céans estime qu'il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une instruction complémentaire, telle que requise par le recourant, soit en particulier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou d'une comparution personnelle des parties, suivie d'une audition de ses médecins.

e) Par ailleurs, le recourant invoque que le SMR n'a pas tenu compte du rapport des EPI et que l'OAI n'a pas précisé quelles activités il était susceptible d'exercer.

A cet égard, il y a lieu de constater d'une part, que les maîtres de réadaptation des EPI ont précisément déterminé l'activité professionnelle que le recourant pouvait exercer, soit l'activité d'ouvrier dans l'assemblage à l'établi ou dans le conditionnement, étant précisé que les pièces devaient être légères et les manipulations simples et peu nombreuses. D'autre part, les constatations des EPI ne viennent pas contredire les conclusions médicales. En effet, s'il résulte du rapport des EPI que si le recourant ne pouvait pas être réadapté actuellement dans le circuit économique ordinaire, cela n'était pas dû à ses atteintes à la santé ou à ses limitations fonctionnelles, mais à une absence de motivation à reprendre une activité lucrative et à un comportement incompatible avec la reprise d'une telle activité dans le circuit économique normal. En particulier, le recourant s'est montré plaintif, démonstratif, centré sur ses douleurs, a adopté des positions inadéquates de travail et a également cherché à montrer qu'il n'était pas dans un état de santé assez acceptable pour envisager d'exercer une quelconque activité lucrative. Quant à ses rendements, ils étaient de l'ordre de 50 à 60% même dans une activité à 50%, étant précisé que les atteintes du recourant au pied et même au dos ne justifiaient pas de tels résultats.

Cela étant, la Cour de céans considère que le rapport des EPI ne permet pas de remettre en cause les conclusions médicales.

8. En ce qui concerne la nouvelle opération que le recourant a subie en octobre 2013, il sera rappelé que, 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 où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Il ne peut donc être tenu compte de cette intervention.

9. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

b) D'après l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 soit à craindre.

10. a) 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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Quant au revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

b) En l'espèce, le calcul de la perte de gain de l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et n'est du reste pas contesté. La perte de gain de 38 % établie par l'intimé correspond par ailleurs à celle calculée par la SUVA. Il convient également de relever, qu'en ce que l'intimé a fixé l'abattement à 10%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et du fait que seule une activité légère est possible, la Cour de céans ne saurait s'écarter de cette appréciation, laquelle tient suffisamment compte des deux critères susmentionnés. Il est à cet égard à rappeler que le recourant est encore relativement jeune, dès lors qu'il avait 47 ans en 2010.

Les conditions de la révision du droit à une rente entière d'invalidité sont ainsi réunies pour supprimer, dès le 1^{er} mars 2011, le droit à une rente (88a al. 1 RAI). La décision attaquée doit ainsi être confirmée.

11. Le recourant requiert enfin des intérêts moratoires de 5% dès le 1^{er} juin 2007. Toutefois, cette question ne fait pas l'objet de la décision querellée, le recourant n'ayant pas demandé auparavant des intérêts moratoires, de sorte que cette conclusion n'est pas recevable. Toutefois, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé, afin qu'il examine le droit aux intérêts moratoires.
12. Le recours sera ainsi rejeté et la cause renvoyée à l'intimé pour examiner le droit aux intérêts moratoires et pour nouvelle décision sur ce point.
13. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. bis LAI et 89H al. 4 LPA), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Renvoie la cause à l'intimé pour examiner le droit aux intérêts moratoires et nouvelle décision sur ce point.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le