

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Baptiste Viredaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Le 3 mai 2010, Z._____ (ci-après : l'assuré), né en 1974, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 18 mai 2010 par la société C._____ à l'intention de l'OAI, l'assuré a travaillé en qualité de chauffeur dans cette entreprise du 1^{er} septembre 2008 au 20 mars 2009 pour un salaire de 4'875 fr. par mois en 2009. Selon l'employeur, le contrat a été résilié, l'assuré ayant refusé de travailler.

Il ressort du dossier que le 4 mars 2008, alors qu'il travaillait comme chauffeur pour l'entreprise EE._____, l'assuré s'est blessé à la cheville droite en tombant de son camion. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Dans une lettre de sortie du 13 mars 2008, les Drs X._____, K._____ et A._____, du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier T._____), ont indiqué ce qui suit :

"Diagnostic principal :

- Fracture de la cheville D (Weber B).

Causalité, étiologie :

Patient de 34 ans, en bonne santé habituelle, victime d'une chute de son camion au travail avec réception et torsion de la cheville D provoquant des douleurs et impotence fonctionnelle de la cheville D. A son arrivée aux Urgences, l'examen radio-clinique met en évidence le diagnostic susmentionné. L'indication à une prise en charge chirurgicale a été posée, le patient bénéficie d'une immobilisation plâtrée avec une attelle cruro-pédieuse sur attelle de Braun.

Traitement, intervention, opération :

Le 07.03.08 : Réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque et vis de la cheville D.
Confection d'une attelle plâtrée jambière postérieure.

Complication et évolution :

Les suites ont été simples. Dès J1 post-op, réfection du pansement, la cicatrice est calme, sans signe d'infection, ni inflammatoire. La radiographie de contrôle post-opératoire est satisfaisante.
Le 11.03.08, M. Z. _____ est apte à regagner son domicile."

Selon une feuille-accident LAA signée le 10 juin 2008 par le Dr F. _____, du Centre hospitalier T. _____, le traitement s'est terminé à cette date.

Dans une lettre du 10 juillet 2009 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr W. _____, du Centre hospitalier T. _____, n'a pas retenu d'indication à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Dans un rapport du 29 juillet 2009, le Dr P. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a notamment mentionné ce qui suit :

"DIAGNOSTIC :

Fracture de la cheville droite survenue le 04.03.2008 ayant bénéficié d'un traitement chirurgical. Notion de CRPS d'apparition tardive. Persistance d'une situation algique, difficile à expliquer, dans un contexte d'une très probable aggravation psychosomatique.

EN RESUME :

Notre assuré, chauffeur poids-lourd, né en 1974, est victime d'un accident du travail pendant lequel il chute et se fracture la cheville droite.

Le 07.03.2008, il subit une réduction ouverte et ostéosynthèse par voie externe. Evolution favorable avec une reprise complète de la capacité de travail au 20.05.2008.

A la fin mars 2009, des douleurs se seraient installées empêchant la continuation du travail, entre-temps repris, malgré le licenciement antécédent et amenant notre assuré à consulter Centre V. _____ le 24.04.2009.

La situation actuelle est caractérisée subjectivement par des douleurs pratiquement constantes et insomniantes. Il y aurait une limitation du périmètre de marche à plat, aggravée par le terrain inégal et dans les escaliers.

Il n'y a aucune médication ni traitement en cours et aucun contrôle n'est agendé.

Objectivement, la situation me paraît confortable à tout point de vue : cicatrice non irritative, souple, mobilité pratiquement totale en

flexion et extension avec une sous-astragaliennne libre, il n'y a pas d'amyotrophie objectivable. Pas de signes inflammatoires.

Des signes de surcharge psychogène sont clairs avec une description de moments d'hypo-anesthésie de toute la jambe, réactions de tremblement et de fuite lorsque l'on prend la cheville pour tester le genou ou pour objectiver la mobilité de la hanche homolatérale. Par ailleurs, la démarche présente une minime boiterie, l'accroupissement et le sautellement unipodal ainsi que la simple marche sur les pointes sont refusés.

A presque 1 année et demi d'une fracture peu déplacée de la cheville droite traitée correctement et ayant amené à la consolidation, cette situation me paraît inexplicable, d'autant plus qu'aucun signe de Sudeck, clinique ou radiologique ne sont présents.

Néanmoins, je constate que radiologiquement un fragment apparaît dans la partie distale et antérieure du tibia, pas bien visible sur l'incidence de face, probablement en position externe, sans interférence dans le jeu articulaire.

Dans ces conditions, je propose une ablation du matériel très rapide, ce qui permettra également de réviser la partie antéro-externe de l'articulation avec l'ablation du fragment mentionné.

L'intervention nécessitera probablement une période d'épargne avec deux cannes anglaises que je situe autour de trois à quatre semaines. La reprise devrait se faire, sauf événement nouveau, à l'échéance des 6 semaines.

Dans le cas contraire, une hospitalisation à la Clinique N. _____ me semble nécessaire.

Je prie l'administration de bien vouloir accélérer l'hospitalisation et l'ablation du matériel, sans quoi la situation actuelle va se perpétuer avec toujours plus de difficultés de récupération.

Une capacité médico-théorique de 50% est actuellement présente. Elle devra être rapidement portée à 100%, si l'échéance chirurgicale tarde, à partir de début août. Ce qui précède concerne exclusivement le volet somatique de l'examen clinique."

Dans une lettre du 2 septembre 2009 adressée au Dr W. _____, la Dresse R. _____, médecin assistante, a mentionné ce qui suit :

"Monsieur Z. _____ se plaint de douleurs de sa cheville et de son pied et il boite bas. Il souffre aussi d'avoir à se faire à l'idée que tout n'est pas réparé « ad integrum ». Mais on doit comprendre aussi que dans son travail, il faut charger et décharger, que souvent il a affaire à des palettes de 1000 kg à manipuler. Et les employeurs ne sont pas très chauds pour engager un « convalescent ».

Je pense donc qu'il n'y a pas une contre-indication. Il faudrait procéder à l'AMO, et à la révision suggérée par le Dr P._____ de la Suva."

Par lettre du 19 octobre 2009 adressée au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr L._____, médecin généraliste, a écrit ce qui suit :

"Je vous avais rapidement parlé du cas de ce patient il y a quelques semaines à l'issue d'une présentation que vous faisiez sur les traumatismes de la cheville. Je vous remercie de votre écoute et de votre avis et vous adresse le patient qui dans l'intervalle a perdu le peu de confiance qu'il avait encore dans les équipes chirurgicales du Centre hospitalier T._____ et de l'Hôpital O._____. Je dois avouer que je le comprends un peu...

J'ai résumé mon point de vue dans ma lettre du 21 juillet 2009 à la CNA puis, malgré de nombreuses tentatives variées, ni moi ni mon assistante la Dresse R._____ n'avons pu avoir un contact direct avec les médecins hospitaliers.

J'ai obtenu que le patient soit convoqué et réévalué après la prise de position du médecin de la CNA. Il aurait été revu par le Dr W._____ qui lui aurait confirmé qu'il ne voulait pas intervenir. Puis, le Dr F._____ (à qui la CNA avait adressé son courrier et dont je ne sais pas s'il était au courant du détail de la suite) a appelé le patient au téléphone pour lui dire qu'il voulait faire l'AMO. Mais M. Z._____ qui ne comprenait plus rien avait perdu confiance et ne voulait plus entendre parler des médecins qui temporisaient trop à son goût (je peux comprendre !) pour enfin prendre une décision inattendue... Quelques jours plus tard, le Dr W._____ lui aurait aussi téléphoné pour lui dire qu'il avait peut-être changé d'avis.... Mais M. Z._____ n'y comprenait plus rien, et sa confiance avait complètement fondu...

A mon cabinet, toujours aucune nouvelle directe...

Je vous joins les éléments du dossier.

Monsieur Z._____ a toujours montré beaucoup de constance à tout faire pour être ponctuel et collaborant pour que le cas se règle et qu'il puisse travailler. Il a rencontré des difficultés car dans son métier, les employeurs se montrent réticents à engager « un éclopé »."

Le 20 octobre 2009, le Dr H._____ a écrit à la Dresse R._____ notamment ce qui suit :

"Je suis assez étonné de la discordance entre l'imagerie radiologique et l'anamnèse décrite par le patient.

Le status clinique est difficile à interpréter mais il est évident que le patient ressent une certaine gêne au niveau du matériel d'ostéosynthèse.

Je suis d'accord avec le Dr. P. _____ que dans ce type de cas, vu surtout le jeune âge du patient, la première chose à faire est l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Il faut voir une fois le matériel d'ostéosynthèse enlevé quel serait l'évolution.

On pourrait plus aisément compléter le bilan diagnostique par des examens complémentaires (CT-scan ou IRM).

Cliniquement en tout cas je n'ai pas l'impression que le patient souffre d'une algoneurodystrophie.

J'ai donc planifié en ambulatoire pour le 13 novembre 2009 l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la malléole externe à droite."

Dans un rapport du 8 mars 2010, le Dr J. _____, remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, a mentionné notamment ce qui suit :

"APPRECIATION DU CAS :

Chez cet assuré de 36 ans, chauffeur de poids lourds, nous sommes à plus de 2 ans d'une fracture de la malléole externe droite type Weber B traitée par ostéosynthèse avec des suites favorables, permettant la reprise du travail après 2½ mois. En mars 2009, des douleurs surviennent sans événement particulier mais suffisamment gênantes pour entraîner un arrêt de travail.

En raison d'avis divergents concernant l'opportunité de l'AMO, l'assuré se sent déstabilisé et exprime sa perte de confiance envers le corps médical. Finalement, il sera procédé à l'AMO par le Dr H. _____ à l'Hôpital de CC. _____ le 13.11.2009. Cette intervention semble ne pas avoir apporté d'améliorations concernant les douleurs.

Bien que l'assuré affirme vouloir reprendre son travail, ne supportant plus l'inactivité, des facteurs non-organiques semblent jouer un rôle non négligeable dans les phénomènes douloureux décrits.

Face à cette situation bloquée, un séjour à la Clinique N. _____ paraît opportun afin d'effectuer un reconditionnement basé sur l'antalgie."

Dans un rapport médical du 18 mars 2010, le Dr H. _____ a posé le diagnostic de « *[d]ouleurs articulation tiblo-talienne D d'origine peu claire en status après ostéosynthèse fracture malléole externe type Weber B en mars 2008* ». Il a mentionné avoir revu le patient en consultation avec toujours les mêmes plaintes, raison pour laquelle il avait

planifié une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite pour bilanter plus précisément cette cheville. Il a estimé que cliniquement il ne fallait pas exclure une possible algoneurodystrophie malgré l'anamnèse qui n'était pas tout à fait typique. Il s'est dit d'accord pour la planification d'un séjour stationnaire auprès de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique N._____).

Dans son rapport du 1^{er} juin 2010 à l'attention de l'OAI, le Dr H._____ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de fracture de la malléole externe de la cheville droite, type Weber B. Il a relevé notamment ce qui suit :

"4.3.08, tombe au travail avec douleurs au niveau de la cheville D. Il a été hospitalisé au Centre hospitalier T._____ avec diagnostic de fracture malléolaire ext. chev D type Weber B avec ostéosynthèse qui a suivi quelques jours après. Dans un 1^{er} temps l'évolution a été tout à fait favorable avec la possibilité de reprendre son activité professionnelle à 100% dès fin mai 2008. La situation s'est ensuite dégradée avec des douleurs d'allure mécanique mais aussi d'allure inflammatoire localisée à toute l'articulation tibio-talienne D et diffusément au pied.

constat médical : lors de la 1^{ère} consultation le 19.10.09, le patient présentait une boiterie assez démonstrative aux dépens du membre inf. D. L'état cutané était tout à fait calme avec une mobilité de la cheville D en flexion-extension de 30-0-5 genou tendu et genou fléchi avec possible minime conflit tibio-talien antérieur. Absence de laxité externe. Le patient décrivait des douleurs palpatoires d'une part en région péri-malléolaire interne et externe mais aussi diffusément à tout l'avt-pied. La palpation au niveau du matériel d'ostéosynthèse était ressentie par le patient comme douloureuse. Bilan radiologique effectué le 19.10.09 montrait une fracture consolidée avec des minimes troubles dégénératifs au niveau de l'articulation tibio-talienne à sa face antérieure. Vu l'évolution défavorable j'avais donc proposé au patient l'AMO. L'évolution en ce qui concerne l'intervention a été sans complication mais sans aucun changement sur la symptomatologie présentée par le patient. J'ai donc suivi régulièrement le patient avec par la suite plusieurs programmes de physio. Cliniquement et au niveau radiologique standard, je n'avais pas d'explication à cette symptomatologie raison pour laquelle j'ai bilanté le patient par une IRM de la cheville D le 26.3.10 qui montrait un petit oedème sous chondral du dôme talien interne sans lésion cartilagineuse et un petit oedème entre la pointe de la malléole externe et le talus au niveau de la gouttière externe. On note par contre la présence d'un kyste d'allure tout à fait simple au niveau du calcanéus mesurant 2.4 x 2.7 x 2.3 cm. Sur les images IRM j'avais l'impression qu'il pouvait y avoir une effraction corticale au niveau du kyste calcanéen au niveau du bord interne du calcanéus raison pour laquelle j'ai rapidement bilanté le patient par un CT-scan de la cheville D qui a confirmé la présence

d'un kyste d'allure tout à fait simple sans effraction de la corticale. On note aussi au niveau du CT-scan une minime inégalité au niveau du talus gouttière interne. Malgré les différents examens complémentaires, on ne retrouve pas une cause exacte à la symptomatologie algique très invalidante présentée depuis plusieurs mois par le patient. A mon avis le kyste calcanéen n'est pas la cause de la symptomatologie actuelle et la petite lésion mise en évidence au niveau de la gouttière interne et du talus sont séquellaires à la fracture mais n'expliquent pas complètement la symptomatologie algique actuelle.

Pronostic : défavorable en ce qui concerne une éventuelle reprise du travail en tant que chauffeur poids lourds. Il a été convoqué au Clinique N. _____ de [...] dès le 1.6.10. Il faudra juger l'évolution après le séjour au Clinique N. _____.

Nature et importance du traitement actuel : physio antalgie par anti-infl."

L'assuré a séjourné à la Clinique N. _____ du 1^{er} juin 2010 au 6 juillet 2010. Dans leur rapport du 16 août 2010, les Drs I. _____ et D. _____, respectivement médecin chef de clinique et médecin assistant à la Clinique N. _____, ont notamment indiqué ce qui suit :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour algodystrophie de la cheville et du pied droits***

DIAGNOSTICS SUPPLÉMENTAIRES

- ***13.11.2009 : AMO malléole externe droite***
- ***07.03.2008 : réduction ouverte et ostéosynthèse par plaques et vis de la cheville droite. Confection d'une attelle plâtrée jambière postérieure***
- ***04.03.2008 : chute avec fracture de la cheville droite type Weber B***
- ***Antécédent de cure de varices des deux jambes il y a sept ans***

[...]

En résumé

Il s'agit d'un chauffeur poids-lourds qui nous est adressé en raison de douleurs persistantes de la cheville après fracture de la cheville le 04.03.2008, ostéosynthésée. Du point de vue médical il existe, malgré l'AMO du 13.11.2009, des signes compatibles avec une algodystrophie.

La prise en charge de physiothérapie et d'ergothérapie n'a pas permis une nette diminution des douleurs. Durant le séjour, le

patient a amélioré sa qualité de marche et la force du membre inférieur.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, la situation médicale n'est pas encore stabilisée. Nous prolongeons l'incapacité de travail à 100 % durant un mois et laissons le soin à son médecin-traitant de la réévaluer selon l'évolution. Une réévaluation sera nécessaire d'ici 2-3 mois. Vu les facteurs non médicaux présents et les minimes progrès durant le séjour l'évolution risque d'être difficile."

Il est en outre ressorti de ce rapport qu'un consilium psychiatrique avait été mis en œuvre, au terme duquel la Dresse Q._____, psychiatre, n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique, bien que l'abaissement de l'humeur pût évoquer une réaction dépressive prolongée. Toujours selon ce rapport, un essai de traitement antidépresseur avait été accepté avec réticence en fin de séjour mais avait été arrêté après quelques jours en raison d'effets secondaires allégués. Le soin était laissé au médecin traitant de réévaluer l'indication à la mise en place d'un autre antidépresseur. Il était mentionné également que l'assuré avait été vu à quelques reprises en entretien par l'une des psychologues de la Clinique N._____, qu'il avait reçu des informations sur l'algodystrophie, que les entretiens avaient été surtout centrés sur l'impact et les causes de l'accident et qu'il ressortait de ces entretiens de la colère et un sentiment d'avoir été maltraité et pas cru des médecins ainsi qu'un sentiment d'inutilité chez cet assuré semblant actuellement posséder peu de ressources.

Le 17 septembre 2010, la Dresse B._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a établi le rapport suivant à l'attention du Dr BB._____, médecin généraliste :

"Diagnostics :

- Algodystrophie de la cheville et du pied droits
 - Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse de la malléole externe droite le 13.11.2009.
 - Status après réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque et vis de la cheville droite le 07.03.2008.
 - Status après chute avec fracture de la cheville droite type Weber B le 04.03.2008.

[...]

Appréciation :

M. Z._____ a donc développé, quatre mois après une réduction ouverte et une ostéosynthèse par plaque et vis de la cheville droite, une algodystrophie de la cheville et du pied droits. Après de multiples consultations médicales, M. Z._____ s'est finalement adressé en 2010 au Dr H._____ qui a retenu le diagnostic d'algodystrophie floride du membre inférieur droit.

A l'examen clinique, le tableau est typique d'une algodystrophie. Je n'ai pas pu voir le dossier radiologique que le patient avait laissé à son domicile. Selon les documents à disposition, l'IRM de la cheville droite et la scintigraphie osseuse triphasique du 21.06.2010 sont compatibles avec ce diagnostic. L'EMG du 16.06.2010 n'a pas démontré d'élément en faveur d'une participation neurogène centrale ou périphérique aux douleurs de la cheville droite.

Sur le plan thérapeutique, un traitement de calcitonine par voie sous-cutanée n'a pas été supporté par le patient (vertiges). Un traitement de calcitonine par spray nasal durant environ trois semaines n'a pas soulagé le patient. Une perfusion de bisphosphonates i.v. n'a pas été tolérée par le patient. Un traitement antidépresseur n'a pas non plus été supporté par le patient. J'ai indiqué à M. Z._____ qu'il était extrêmement important d'avoir un bon traitement antalgique, afin d'éviter d'entretenir l'algodystrophie. Le patient est modérément soulagé par son traitement d'antalgiques, d'AINS retard et de Lyrica. Il ne souhaite pas reprendre le Tramal qui l'avait soulagé, en raison des effets secondaires centraux et des nausées. J'ai informé le patient qu'il était possible de faire une cure de stéroïdes durant environ deux semaines, mais celui-ci y a renoncé par crainte des effets secondaires. Le patient ne souhaite pas non plus décharger le membre inférieur droit avec des cannes anglaises, comme il lui a été dit qu'il ne devait plus marcher avec des cannes. Je n'ai ainsi pas d'autres propositions thérapeutiques à formuler que la poursuite du traitement médicamenteux actuel, associé à des séances de physiothérapie.

Durant la consultation, M. Z._____ a exprimé à plusieurs reprises son ressentiment de ne pas avoir été, selon lui, écouté et cru par les médecins qu'il a consultés jusqu'à ce que le diagnostic soit posé et le traitement commencé. Il a aussi exprimé un sentiment d'inutilité en raison de l'incapacité de travail prolongée.

Au vu de l'ensemble des éléments mentionnés ci-dessus, le pronostic reste extrêmement réservé. Un reclassement professionnel via l'Al est en cours de demande."

Par lettre du 20 octobre 2010 adressée au Service des automobiles et de la navigation, le Dr M._____, neurologue à la Clinique N._____, a écrit notamment ce qui suit :

"A votre demande, nous avons donc évalué les aptitudes à la conduite automobile du patient susnommé le 19.10 2010.

Notre évaluation a comporté un test sur notre simulateur de conduite et un entretien de synthèse.

Au terme de cette évaluation, selon les résultats obtenus sur notre simulateur de conduite, nous estimons que ce patient a suffisamment de force dans son membre inférieur droit pour conduire un véhicule léger du groupe 3 et pour les véhicules plus lourds du groupe 2, ils nécessitent l'adaptation de la pédale du frein pour une utilisation maximale du frein de service renforcé."

Dans un rapport du 22 octobre 2010, le Dr H. _____ a posé le diagnostic d'algoneurodystrophie post-traumatique au membre inférieur droit. Il a indiqué que l'évolution avait été plutôt favorable pendant quelques semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse mais qu'ensuite il y avait à nouveau eu une importante symptomatologie algique et une impotence fonctionnelle au niveau du membre inférieur droit. Il a précisé qu'il n'y avait rien à signaler sur la base des radiographies mais que cliniquement, l'assuré présentait des signes d'algoneurodystrophie assez étendue au niveau du membre inférieur droit, le séjour à la Clinique N. _____ n'ayant pas modifié les symptômes.

Dans un rapport du 12 décembre 2010, le Dr H. _____ a posé les diagnostics d'algodystrophie de la cheville et du pied à droite en status après fracture Weber B de la malléole externe de la cheville droite le 4 mars 2008 avec ostéosynthèse le 7 mars 2008 et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 novembre 2009. Il a en outre indiqué ce qui suit :

"[...] Vu l'évolution tout à fait défavorable, j'ai proposé au patient l'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée le 13.11.2009. L'évolution en ce qui concerne l'intervention a été tout à fait favorable avec une cicatrisation sans aucun problème. Malheureusement par contre la symptomatologie algique du patient est restée inchangée voire aggravée après l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Différents examens complémentaires ont mis en évidence une très probable algodystrophie du membre inférieur droit. Malgré les différents traitements adaptés concernant l'algodystrophie l'évolution reste tout à fait favorable. Le patient [a] séjourné à la Clinique N. _____ à [...] du 1.06.2010 au 6.07.2010 sans aucun bénéfice[.] Depuis je suis le patient à la consultation d'orthopédie à l'hôpital de CC. _____. Monsieur Z. _____ est aussi suivi régulièrement par son médecin trait[a]nt le Dr BB. _____ : derni[ère] consultation par moi-même le 29.11[.]2010. L'évolution reste tout à fait défavorable avec une symptomatologie diffuse quasiment à toute la jambe droite. Malgré un traitement antalgique par Zal diar 6x par jour note aucune amélioration. Le patient pour l'instant a interrompu l[e] programme de physiothérapie

Constat médical : Lors de la dernière consultation du 29.11.2010 le patient présente des douleurs très vives à l'effleurement cutané de toute l'articulation tibio-talienne droite voir de la jambe distale à droite. La mobilité par contre de la cheville droite est toujours bonne et libre. Le patient marche avec une boiterie d'épargne très marquée au dépend du membre inférieur droit avec un angle du pas ouvert en externe.

Pronostic défavorable. Malgré les différents traitements adaptés pour ce qui concerne l'algodystrophie du membre inférieur droit l'évolution reste tout à fait défavorable lors de la dernière consultation j'ai proposé à nouveau un programme de physiothérapie douce de mobilisation en piscine associé de drainages lymphatiques. J'ai ensuite adressé le patient au Dr. DD. _____ Médecin chef du service de l'antalgie et de l'anesthésie de l'hôpital de CC. _____ pour une évaluation et pour un traitement antalgique adapté.

Nature et importance du traitement actuel : Physiothérapie et Zaldiar 6x/jour. Recommandation pour la future thérapie rendez-vous prévu Dr DD. _____ Hôpital de CC. _____.

Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que : depuis ma première consultation du 19.10.2009 le patient est toujours à l'arrêt de travail Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ? Le patient présente une boiterie évidente au dépend du membre inférieur droit comment cela se manifeste, au travail le patient ne peut pas effectu[er] 10 mètres sans boiterie nette au dépend du membre inférieur droit

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ? Non Questions concernant des mesures réadaptation professionnelle possibles.

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales ? Non pas pour l'instant il s'agit d'une algodystrophie du membre inférieur droit persistante qui ne s'améliore pas malgré le traitement adapté. Il faudra juger l'évolution après la consultation du Dr DD. _____.

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail ? Non

Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap ? A mon avis le patient est apte à effectuer toute activité sédentaire. Il faut pour l'instant éviter tout trajet à la marche. Aucune limitation par contre pour une activité qui serait complètement sédentaire."

Le 15 décembre 2010, le Dr M. _____ a confirmé que l'assuré était également apte à conduire les véhicules du groupe I avec également l'adaptation de la pédale du frein pour une utilisation maximale du frein de service renforcé.

Dans un rapport du 10 janvier 2011, la Dresse B. _____ a posé le diagnostic d'algodystrophie de la cheville droite et de status après

ostéosynthèse d'une fracture Weber B le 4 mars 2008 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 novembre 2009. Elle a mentionné ne plus avoir revu le patient depuis le 12 octobre 2010. Son pronostic était extrêmement réservé. Elle a indiqué en outre qu'un reclassement professionnel par l'AI était en cours d'évaluation et que le travail de chauffeur poids-lourd ne lui paraissait plus possible.

Dans un rapport du 11 mars 2011, le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué notamment ce qui suit :

"APPRECIATION DU CAS :

Nous nous trouvons à 3 ans d'une fracture de la malléole externe D type Weber B traitée par ostéosynthèse avec des suites d'abord favorables, permettant la reprise du travail environ 3 mois après l'accident. Le patient déclare avoir eu une réapparition des douleurs au niveau de sa cheville D environ 6 mois après l'accident. Le patient déclare que malgré le fait que les douleurs augmentaient de plus en plus, il a continué de travailler jusqu'en mars 2009, date de son licenciement. Depuis, le patient est en arrêt de travail en raison des douleurs de cette cheville D. Un séjour à la Clinique N._____, du 01.06 au 06.07.2010 a permis de mettre en évidence des signes d'algoneurodystrophie de la jambe et du pied G [recte : D]. Depuis la sortie de la Clinique N._____, le patient déclare que la situation est stable et qu'il a de constantes douleurs au niveau de sa cheville D, estimées entre 7-8/10, augmentant à la sollicitation de la cheville, irradiant jusque dans le bas du dos, entraînant une boiterie constante et des douleurs constantes du bas du dos

Objectivement, patient paraissant fatigué et facilement irritable, très démonstratif, avec de nombreux signes de non organicité à l'examen clinique général. Au niveau de la cheville D, il semble y avoir une allodynie dans la région de la cicatrice de la malléole externe avec température plus basse de la région de la malléole externe et de la plante du pied D par rapport à la G. L'examen clinique met encore en évidence une légère amyotrophie du MID.

Du point de vue assécurologique, la situation paraît malheureusement stabilisée bien qu'une évolution favorable soit toujours possible dans l'avenir. En ce qui concerne la situation actuelle, seule la symptomatologie de la cheville D concerne la Suva. L'état actuel de cette cheville D avec les douleurs à l'effleurement de la région de la malléole externe ainsi que la boiterie présentée par le patient, font que l'activité habituelle de chauffeur poids-lourd n'est pas exigible. Par contre, dans une activité sédentaire, sans station debout prolongée, et sans avoir à trop et trop souvent marcher, le patient a une capacité de travail totale.

Nous n'avons pas de proposition thérapeutique particulière à faire et remercions les docteurs H._____ et BB._____, de bien vouloir nous tenir au courant de l'évolution de la cheville D, s'il y en a une.

Il est clair que ce qui précède ne concerne que l'état de la cheville D et que nous n'avons pas à nous prononcer sur l'éventuelle capacité de travail du patient concernant le reste de la symptomatologie qu'il présente."

Dans un rapport du 11 mars 2011, le Dr G._____, psychiatre, a indiqué notamment ce qui suit :

"M. Z._____ présente en effet un état dépressif important avec par moments des idées auto- et hétéroagressives. En plus il se sent victime d'un mauvais traitement médical de la part de certains médecins du Centre hospitalier T._____ qui ne l'auraient pas pris au sérieux pendant toute une année, en banalisant ses plaintes, en le poussant trop rapidement à une reprise de travail ce qui, d'après M. Z._____, aurait causé l'évolution défavorable des suites de cet accident.

Pour moi la consultation psychiatrique est clairement en relation avec cet accident et son évolution biopsychosociale délétère. Actuellement je vois M. Z._____ à un rythme d'une séance toutes les 2 semaines dans le cadre d'une psychothérapie de soutien."

Dans un rapport du 21 mars 2011, le Dr H._____ a mentionné notamment ce qui suit :

"L'évolution reste plutôt défavorable avec des clairs symptômes d'algoneurodystrophie aux dépens du membre inférieur droit. Entre-temps le patient a été vu par le médecin conseil de la Suva qui propose apparemment une reconversion professionnelle voire une rente AI. Il y a environ 2 semaines, le patient a été vu en consilium à l'Hôpital O._____ et le professeur FF._____ m'a contacté directement pour me proposer une prise en charge du patient auprès de la Dresse U._____ qui s'occupe de la rééducation et réadaptation à l' [...]. Le patient avait un RDV prévu pour le 18.3.11 mais malheureusement il a annulé ce RDV. En ce qui concerne le traitement de physio tout a été interrompu vu l'évolution tout à fait défavorable."

Dans son compte-rendu, le Dr H._____ a évoqué un status superposable au précédent. Il a ajouté avoir insisté auprès de son patient pour que celui-ci reprenne un rendez-vous avec la Dresse U._____, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier T._____, site de l'Hôpital O._____. Il a précisé que lors du dernier contrôle, il avait envisagé une reprise de

l'activité professionnelle à 50% dès le 14 février 2011 mais que cette reprise avait été impossible, raison pour laquelle il avait à nouveau remis le patient à l'arrêt de travail à 100%.

Dans un rapport du 4 mai 2011, la Dresse E._____, du Service médical régional de l'Al (ci-après : le SMR), a indiqué notamment ce qui suit :

"La Suva (examen médical du 08.03.2010) met en place un séjour à la Clinique N._____ du 01.06 au 06.07.2010 qui conclut à une algodystrophie de la jambe et du pied droits, à la poursuite de l'incapacité de travail, et à la mise en évidence de nombreux facteurs extra-médicaux pouvant entraver une reprise de travail. La simulation de conduite automobile du 19.10.2010 à la Clinique N._____ rapporte que la force de freinage développée par l'assuré est insuffisante pour un véhicule lourd, et que l'endurance de l'assuré est insuffisante pour la reprise de la conduite.

Selon le Dr H._____, chirurgien orthopédique (consultation le 29.11.2010), et l'examen médical de la Suva (du 11.03.2011), l'activité habituelle n'est plus possible, et une activité adaptée est exigible à plein temps.

En résumé :

- capacité de travail 0% dans l'activité habituelle dès le 20.03.2009
- capacité de travail 100% dans une activité adaptée dès le 29.11.2010 (date de la consultation de chirurgie orthopédique qui fixe les limitations fonctionnelles)
- limitations fonctionnelles : activité uniquement en position debout, activité exercée principalement en marchant, se pencher, position accroupie/ à genoux, port de charges, monter sur échelle/ échafaudage, monter les escaliers, sollicitation du pied droit (conduite de poids lourds)"

La Dresse U._____ a mentionné dans son rapport du 19 mai 2011 en particulier ce qui suit :

"Appréciation :

Les éléments anamnestiques, cliniques et radiologiques me permettent de retenir **le diagnostic de :**

- **Douleurs chroniques et limitations fonctionnelles du membre inférieur droit, prédominant à la cheville droite, d'origine multifactorielle :**
 - **Syndrome douloureux régional complexe de type I (algoneurodystrophie ou maladie de Sudeck).**

- **Très probable trouble somatoforme survenant dans un contexte professionnel difficile et perte de confiance dans le corps médical.**
- **Status post-fracture Weber B de la cheville droite en mars 2008, traitée par ostéosynthèse par plaques et vis et AMO en novembre 2009.**

Monsieur Z. _____ se trouve actuellement à 3 ans d'une fracture simple de la cheville droite traitée tout à fait correctement et suivie d'une consolidation normale. La reprise du travail effectuée 2 mois 1/2 après l'accident a été pénible et a entraîné une récurrence douloureuse avec arrêt de toute activité en mars 2009. Il y a eu vraisemblablement des difficultés relationnelles avec les médecins qui l'ont eu en charge à l'époque, le patient ne comprenant pas la décision de reprise de travail, d'autant plus qu'il était licencié. La persistance, voire l'aggravation progressive des douleurs à la reprise d'activité, a été d'autant plus mal perçue, lorsqu'il a reçu des avis différents concernant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Avec le recul, on a l'impression que le matériel en place n'était pas responsable des douleurs et bien évidemment que sur un status d'algodystrophie, on évite de faire tout geste chirurgical. D'ailleurs, l'évolution ultérieure l'a prouvé.

Le cas de Monsieur Z. _____ devient complexe, bien que la fracture en soi était simple et que le traitement chirurgical a été tout à fait correct, entraînant une bonne consolidation. La complication, type algodystrophie, qui est survenue relativement tardivement, ainsi que les troubles somatoformes surajoutés, se sont greffés sur un patient qui présentait des "yellow flags" évidents : accident survenant 2 jours après un nouveau [...] contrat de travail, licenciement rapide, très probables problèmes relationnels avec le corps médical entraînant le manque de confiance.

Comme précisé au début de ce courrier, Monsieur Z. _____ ne désire pas être suivi par moi-même et de manière générale au Centre hospitalier T. _____. Il se voit "handicapé", mais dit avoir beaucoup de volonté pour retravailler, car le sentiment d'inutilité lui pèse beaucoup. Il est toutefois évident qu'en tant que chauffeur professionnel, il ne peut plus être employé et il attend avec impatience les mesures de réadaptation de la part de l'Al.

Sur le plan strictement thérapeutique, mes propositions sont très minces. En effet, Monsieur Z. _____ a effectué un traitement stationnaire à la Clinique N. _____ de la SUVA à [...], prise en charge complète, mais malheureusement totalement inefficace. L'allodynie qu'il présente à ce jour est même plus étendue en surface par rapport à ce qui est noté dans le dossier de la SUVA, et les tests de mobilisation et de force sont impraticables à ce jour. Il y a très certainement une surcharge émotionnelle majeure, entretenue par la colère constamment présente et le sentiment d'avoir été mal traité et non écouté par les médecins. Il possède peu de ressources pour faire seul un travail d'acceptation d'où la nécessité de l'aider le plus vite possible pour retrouver une situation professionnelle compatible avec son état de santé actuel.

Il n'y a pas de médication particulière à proposer actuellement, d'autant plus que tout a été essayé, mais arrêté pour inefficacité ou effets secondaires.

Sur le plan physique, on pourrait retenter des séances de désensibilisation chez un thérapeute qui a beaucoup d'écoute en essayant également de mieux cadrer le[s] objectifs."

Par projet de décision du 25 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière de novembre 2010 à février 2011.

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une aide au placement.

Le 21 juin 2011, l'assuré a contesté le projet de décision précité et renoncé momentanément à l'aide au placement, à laquelle l'OAI a mis fin le 28 juin 2011.

Dans une appréciation médicale du 29 août 2011, le Dr S._____ a indiqué notamment ce qui suit :

"Assuré né en 1974 qui a eu, le 04.03.2008, une fracture de la malléole externe D type Weber B traitée par ostéosynthèse avec des suites d'abord favorables, permettant la reprise du travail environ 3 mois après l'accident. L'assuré déclare avoir eu une réapparition des douleurs au niveau de sa cheville D environ 6 mois après l'accident. L'assuré déclare que malgré le fait que les douleurs augmentaient de plus en plus, il a continué de travailler jusqu'en mars 2009, date de son licenciement. Depuis, le patient est en arrêt de travail en raison des douleurs de cette cheville D. Un séjour à la Clinique N._____ du 01.06 au 06.07.2010 a permis de mettre en évidence des signes d'algoneurodystrophie de la jambe et du pied G [recte : D]. Depuis la sortie de la Clinique N._____, l'assuré déclare que la situation est stable et qu'il a de constantes douleurs au niveau de sa cheville D, estimées entre 7-8/10, augmentant à la sollicitation de la cheville, irradiant jusque dans le bas du dos, entraînant une boiterie constante et des douleurs constantes du bas du dos.

Objectivement, lors de l'examen à l'agence du 11.03.2011, l'assuré paraissa[it] fatigué et facilement irritable, très démonstratif, avec de nombreux signes de non organicité à l'examen clinique général. Au niveau de la cheville D, il semblait y avoir une allodynie dans la région de la cicatrice de la malléole externe avec température plus basse de la région de la malléole externe et de la plante du pied D par rapport à la G. L'examen clinique mettait encore en évidence une légère amyotrophie du MID. L'assuré a été vu en consultation par l[']a] Dresse U._____ du Centre hospitalier T._____ le 09.05.2011.

Dans une lettre du 19.05.2011, notre collègue retient les diagnostics de douleur chronique et limitation fonctionnelle du MID prédominant à la cheville D, d'origine multifactorielle :

- syndrome douloureux régional complexe de type I (algoneurodystrophie à la maladie de Sudeck)
- très probable trouble somatoforme survenant dans un contexte professionnel difficile de perte de confiance dans le corps médical
- status post-fracturaire de type Weber B de la cheville D en mars 2008, traitée par ostéosynthèse par plaque et vis et AMO en novembre 2009.

Sur le plan strictement thérapeutique, la Dresse U._____ n'a pas de proposition particulière à faire en dehors d'éventuelle tentative de séance de désensibilisation chez un thérapeute qui aurait beaucoup d'écoute et qui pourrait essayer de mieux cadrer les objectifs.

Du point de vue asséculo-logique, la situation paraît stabilisée. La symptomatologie dont se plaint le patient au niveau lombaire bas ne peut être mise en relation avec l'accident du 04.03.2008 ou ses conséquences. Du reste, l'examen clinique du rachis à l'agence, le 11.03.2011, n'a rien mis de particulier en évidence en dehors du fait que la palpation et la percussion des apophyses épineuses vertébrales sont décrites comme douloureuses, comme l'est décrite la palpation de la musculature para-vertébrale. Pas de contracture de la musculature para-vertébrale mis[e] en évidence et mobilité du rachis dans les limites de la norme en dehors du fait que cette mobilisation est faite de façon précautionneuse.

L'état de la cheville de l'assuré fait que l'activité habituelle de chauffeur PL n'est pas exigible mais que l'assuré a une exigibilité totale dans une activité sédentaire, sans station debout prolongée, sans avoir à trop souvent marcher.

La mobilité de la cheville ainsi que le bilan radiologique de juin 2010 ne mettant en évidence que des troubles dégénératifs débutants au niveau péronéo-astragalien, n'ouvre pas de droit à une IPAI actuellement."

Dans un avis médical du 15 novembre 2011, les Drs Y._____ et AA._____, du SMR, ont conclu que les objections de l'assuré n'apportaient aucun élément d'ordre médical nouveau et objectif susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité faite antérieurement par le SMR sur la base d'un examen clinique de l'assuré à la CNA.

Par décision du 20 janvier 2012, confirmée sur opposition le 23 mai 2012, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2011, fondée sur une incapacité de gain de 10%.

Entre-temps, par décision du 8 février 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2010 au 28 février 2011. L'office a notamment considéré ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Depuis le 20.03.2009 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé de septembre 2008 à mars 2009, en qualité de chauffeur auprès de la société C. _____.

Vous avez été victime d'un accident le 04.03.2008 entraînant une fracture de la cheville droite. Après une ostéosynthèse le 07.03.2008, l'évolution a été favorable permettant une reprise de l'activité habituelle dès le 20.05.2008.

Suite à une rechute des douleurs de l'articulation tibio-talienne droite et du pied droit apparaissant en mars 2009, et d'une prise en charge médicale, il ressort des observations médicales que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que : activité uniquement en position debout, activité exercée principalement en marchant, se pencher, position accroupie/à genoux, port de charges, monter sur échelle/échafaudage, monter les escaliers, sollicitation du pied droit (conduite de poids lourds), vous conservez une capacité de travail de 100 % à partir du 29.11.2010.

Tel est le cas par exemple dans la gestion de stock dans des PME ([...]), montage et contrôle dans des entreprises de mécanique de précision ([...]) ou polisseur, assembleur, emboîteur, poseur de cadrans, d'aiguilles dans l'horlogerie ([...]).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 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.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7

heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.26 (CHF 4'806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.10 % + 0.80 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'876.73 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'689.06.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu [d']invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 63'882.-, selon indications de l'employeur.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	63'882.00			
avec invalidité	CHF	<u>55'689.05</u>			
La perte de gain s'élève à	CHF	8'192.95	=	un	degré
d'invalidité de 12.83%					

Notre décision est par conséquent la suivante :

Une rente basée sur un degré d'invalidité de 100 % aurait pu être alloué[e] dès le 20.03.2010 (à l'échéance du délai de carence d'une année). Toutefois, vous avez déposé votre demande de prestations AI le 03.05.2010, les prestations ne peuvent être versées que dès le 03.11.2010, soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI).

De novembre 2010 à février 2011 (après trois mois d'amélioration), le droit à une rente entière est reconnu.

Par la suite, votre capacité de travail étant de 100 % dans une activité adaptée, [...] le droit à la rente n'est plus ouvert."

B. Par acte du 12 mars 2012, Z._____, représenté par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction aux fins de

mener une expertise indépendante sur sa personne, expertise devant porter sur son état de santé physique et psychique en lien avec l'accident subi le 4 mars 2008 et sur ses conséquences passées, actuelles et futures. Il soutient en substance que la décision attaquée retient qu'il n'y a qu'une faible diminution de la capacité physique de travail, ne faisant pas grand cas du syndrome de Sudeck mis en avant par les médecins intervenus jusque-là et écartant en outre toute incapacité psychique, sans autre motivation, alors qu'elle semble - aux dires du recourant - actuellement évidente. Il allègue qu'au regard de la complexité du cas, des difficultés qu'il peut y avoir à cibler un syndrome de Sudeck et ses incidences physiques et psychiques sur le quotidien, du nombre considérable de médecins et autres professionnels du monde médical qui sont intervenus et de l'absence de diagnostic global satisfaisant, il n'est pas acceptable que l'intimé ait jugé inutile de procéder à une expertise.

Le recourant a produit plusieurs pièces dont notamment des certificats médicaux du Dr H. _____ attestant d'incapacités de travail à 100 % du 13 novembre 2009 au 2 décembre 2009, du 12 janvier 2010 et pendant un mois, du 9 février 2010 et pendant six semaines, du 18 mars 2010 et pendant un mois, du 18 avril 2010 et pendant un mois, du 22 avril au 15 juin 2010, du Dr GG. _____ de la Clinique N. _____ mentionnant une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} juin 2010 au 6 août 2010, du Dr BB. _____ indiquant une incapacité de travail de 100 % du 7 août au 30 novembre 2010 et du Dr H. _____ attestant d'une incapacité de travail du 1^{er} décembre 2010 et pour deux mois.

L'OAI a conclu au rejet du recours par réponse du 17 avril 2012. Il considère essentiellement que l'ensemble du corps médical a attesté de la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et que les éléments qui y feraient obstacles ne sont à l'évidence pas du ressort de l'AI.

Un second échange d'écritures a été ordonné, dans le cadre duquel les parties n'ont pas soulevé de nouveaux arguments.

C. Le dossier de l'assureur-accident a été produit et les parties invitées à se déterminer. Les pièces principales composant ledit dossier ont été prises en compte sous lettres A et B ci-dessus.

Un recours a été interjeté auprès de la Cour de céans contre la décision sur opposition rendue le 23 mai 2012 par la CNA. Il a été rejeté par arrêt rendu ce jour (AA 63/12 - 28/2014).

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 a LPA-VD).

2. Il y a lieu d'examiner si le dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause ou si un complément d'instruction est nécessaire.

Pour la période précédant le mois de février 2011, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. En outre, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} novembre 2010.

3. Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3).

En vertu 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 et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; cf. TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

4. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être

enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.3). Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465).

6. En ce qui concerne les troubles somatiques subis par le recourant, tous les médecins posent le diagnostic d'algodystrophie de la cheville et du pied droits et de status après ostéosynthèse d'une fracture Weber B le 4 mars 2008 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 novembre 2009.

Dans son rapport du 12 décembre 2010, le Dr H._____ avait estimé que lors de son examen du 29 novembre 2010, le recourant n'était plus apte à effectuer son ancienne activité mais qu'il n'y avait aucune limitation dans une activité complètement sédentaire. Le 21 mars 2011, ce même médecin a indiqué que le status était superposable au précédent. Certes ce praticien a établi des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail totale, mais ceux-ci concernent la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. Dans ses rapports des 11 mars 2011 et 29 août 2011, le Dr S._____ a également retenu une capacité de travail totale dans une activité sédentaire, sans station debout prolongée, et sans avoir trop et trop souvent à marcher, la situation étant stabilisée sur le plan assécurologique.

Le 4 mai 2011, la Dresse E. _____ et, le 15 novembre 2011, les Drs Y. _____ et AA. _____, après avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier du recourant, ont également retenu que la capacité de travail de celui-ci était entière dans une activité adaptée depuis le 29 novembre 2010.

Dans son rapport du 10 janvier 2011, la Dresse B. _____ a également estimé que l'activité de chauffeur poids-lourd n'était plus possible et indiqué qu'un reclassement professionnel par l'Al était en cours d'évaluation. Elle ne s'est en revanche pas prononcée sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à la Dresse U. _____, elle a exposé, dans son rapport du 19 mai 2011, qu'elle n'avait pas de proposition particulière à faire sur le plan strictement thérapeutique, en dehors d'éventuelles tentatives de séances de désensibilisation chez un thérapeute qui aurait beaucoup d'écoute et qui pourrait essayer de mieux cadrer les objectifs. Elle non plus ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Ainsi, les conclusions des Drs H. _____ et S. _____, qui ont tous deux procédé à plusieurs examens cliniques du recourant, ne sont mises en doute par aucun autre avis médical. Le recourant n'apporte aucun élément concret les infirmant. Il n'y a ainsi aucun motif de s'en écarter, ces conclusions relevant d'un examen approfondi du cas du recourant, étant claires et bien motivées. Les rapports de ces praticiens ont ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu d'admettre que sur le plan somatique, l'état de santé du recourant s'est amélioré dès le 29 novembre 2010, la capacité de travail de celui-ci étant entière dès cette date.

7. Sur le plan psychique, la Dresse Q. _____, psychiatre à la Clinique N. _____, n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique (cf. rapport des médecins de la Clinique N. _____ du 16 août 2010, en relation avec le compte-rendu du consilium psychiatrique du 4 juin 2010). La Dresse

U._____ fait certes état d'un trouble somatoforme dans son rapport du 19 mai 2011, mais elle n'est pas psychiatre. Quant au Dr G._____, psychiatre traitant, il diagnostique un état dépressif important avec par moments des idées auto- et hétéroagressives (cf. rapport du 11 mars 2011). Ce diagnostic n'est toutefois pas documenté. A cela s'ajoute que le Dr G._____ n'atteste pas d'une incapacité de travail. Selon les indications fournies par ce médecin, le seul traitement suivi est une séance toutes les deux semaines dans le cadre d'une psychothérapie de soutien. Il n'y a ainsi aucun élément objectif permettant de suspecter l'existence d'un trouble psychique entraînant une incapacité de travail.

8. En conséquence, force est de constater que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès novembre 2010, comme l'a retenu l'OAI.

Il découle des considérations qui précèdent que l'état de santé de l'assuré, tant physique que psychique, a pu être suffisamment investigué. Le dossier de la cause est donc instruit à satisfaction de droit sur le plan médical et il permet de procéder à l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la Cour de céans, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire telle que requise par le recourant (cf. ATF 134 I 140 consid. 5. 3 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

9. Au surplus, le recourant ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

On relèvera d'une part que le salaire sans invalidité retenu par l'OAI correspond à l'attestation de l'employeur.

D'autre part, on notera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidité peut être évalué sur l'ESS ou

sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2. et 129 V 4.2 consid. 4.2.1). En l'espèce, conformément à cette jurisprudence, l'OAI s'est fondé sur l'ESS. Or, le taux d'invalidité ainsi calculé est largement inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à la rente.

10. a) Vu ce qui précède, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 février 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument de justice arrêté à 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Baptiste Viredaz (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :