

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Rachel Cavargna-Debluë,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 16, 17 et 43 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. a) A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaillait comme monteur de voies pour le compte de la société B. _____ AG, lorsqu'un rail est tombé sur son talon droit le 21 avril 2015. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) a pris en charge le cas (décision du 28 mai 2015).

b) En arrêt de travail depuis le jour de l'accident, l'assuré a adressé le 3 mai 2016 une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs à la région tubérositaire postérieure du calcaneum.

L'OAI a reçu le dossier constitué par la CNA en fonction de l'avancement de la procédure d'assurance-accidents et traité la demande de l'assuré, versant notamment au dossier de la cause les éléments exposés ci-après.

Le jour de l'accident, l'assuré a consulté les urgences des Etablissements Hospitaliers C. _____. L'examen clinique et radiologique a montré un hématome débutant au niveau du talon. Le tendon d'Achille était indolore, compétent ; le rapport a précisé qu'il a été palpé sur toute sa longueur. La palpation de la cheville et de l'avant-pied s'est aussi révélée indolore et aucun trouble neurovasculaire n'a été décelé. Les radiographies de la cheville et du calcaneum ont permis d'exclure une fracture. Les diagnostics de « plaie simple » (1 cm, médialement au talon d'Achille) et de « contusion au talon » ont été retenus (cf. rapports des 21 avril et 13 juillet 2015).

A la suite de l'accident, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a régulièrement prolongé les arrêts de travail. Il a adressé l'assuré au Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport du 1^{er} octobre 2015, le Dr E._____ a posé le diagnostic d'écrasement du talon droit avec une hyperalgie persistante. Il a prescrit des chaussures orthopédiques, un traitement antalgique et de la physiothérapie. Il a ensuite renvoyé l'assuré auprès du Dr F._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main (courrier du 16 septembre 2016 à la CNA).

Par rapport du 22 septembre 2016, le Dr F._____ a exposé avoir effectué des blocs des nerfs sural, péronier superficiel et tibial. Il a estimé que la persistance de certaines douleurs pouvait être expliquée par la présence d'un syndrome du tunnel tarsien chronique. La diminution était significative, raison pour laquelle ce spécialiste a posé une indication chirurgicale (neurolyse des nerfs sural et péronier superficiel avec éventuelle dénervation sélective du nerf sural et neurolyse du nerf tibial en particulier de la branche calcanéenne avec éventuelle reconstruction/névrectomie sélective si indiquée pendant l'opération).

L'assuré a été examiné le 20 octobre 2016 par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA ; ce dernier a préconisé, plutôt qu'un geste invasif, un séjour à la Clinique de réadaptation H._____ [...] en vue d'un traitement de désensibilisation.

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation H._____ du 14 décembre 2016 au 17 janvier 2017. Dans leur rapport du 1^{er} février 2017, les Dres I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L._____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic de traumatisme direct du talon droit avec plaie superficielle du talon, enthésopathie discrète du tendon Achille, aponévrosite plantaire et neuropathie du nerf calcanéen médial, branche sensitive distale du nerf tibial droite. Les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives. Elles ont relevé que des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient (dépression, anxiété,

kinésiophobie, catastrophisation élevés associés à une perception de handicap fonctionnel très élevée) et que celui-ci était focalisé sur la douleur et ses auto-limitations. L'évolution subjective et objective était défavorable et la participation du patient aux thérapies considérée comme faible. Les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont observé des discordances. Elles ont retenu à titre de limitations fonctionnelles provisoires sur le plan orthopédique les longs déplacements sur terrain irrégulier et la montée et descente de manière répétitive d'escaliers et d'échelles. Sur le plan médical, elles ont estimé que la situation était pratiquement stabilisée avec stabilisation d'ici deux à quatre mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur de voies ferrées, chef d'équipe, était défavorable en raison des limitations fonctionnelles et des facteurs non médicaux. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic était favorable. Un suivi antalgique était à prévoir.

Dans le cadre du séjour à la Clinique de réadaptation H._____, l'assuré a bénéficié d'une électroneuromyographie (ENMG). Dans son rapport du 19 janvier 2017, le Dr Jörg Kleeberg, spécialiste en neurologie, a relevé la présence d'une hypoesthésie tactile du talon droit évoquant une atteinte du nerf calcanéomédial. L'examen électrophysiologique montrait des conceptions sensitivo-motrices normales des nerfs suraux et péroniers superficiels et motrices des nerfs tibial et péronier droits. L'examen apportait des éléments cliniques en faveur d'une neuropathie du nerf calcanéen médial, branche sensitive distale du nerf tibial à droite, ce qui pouvait expliquer une partie des doléances de l'assuré. En revanche, il n'y avait pas d'argument ni sur le plan de la clinique, ni sur le plan électrophysiologique, en faveur d'une atteinte des nerfs sural ou péronier superficiel droits, ni en faveur d'une neuropathie du nerf tibial droit au niveau du tunnel tarsien.

Dans le cadre du séjour à la Clinique de réadaptation H._____, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée (cf. rapport du 17 janvier 2017 du Dr L._____, spécialiste en radiologie). Cet examen a révélé un discret hypersignal T2 Tirm et un rehaussement

modéré du nerf plantaire médial en dessous du canal tibial, sans tuméfaction, un saut de calibre ou lésion compressive, ce qui devait être corrélé à la clinique, une enthésopathie focale du tendon d'Achille avec un discret hypersignal T2 et un rehaussement des parties molles adjacentes.

Par rapport du 6 avril 2017, le Dr F._____ a maintenu l'indication à un traitement chirurgical, proposant dans un premier temps une neurolyse du nerf tibial en particulier de la branche calcanéenne avec une éventuelle reconstruction/névrectomie sélective si celle-ci était indiquée pendant l'opération, dans un deuxième temps une neurolyse du nerf sural et péronier superficiel avec éventuelle dénervation sélective du nerf sural, et éventuellement une neurolyse du nerf péronier commun selon l'évolution clinique.

Le 17 juillet 2017, l'assuré a été opéré par Dr F._____ du nerf tibial au tunnel tarsien à droite (neurolyse branches calcanéenne médiale et latérale plantaire, plastie musculaire profonde, fasciotomie de la jambe droite, dénervation sélective branche calcanéenne médial du nerf tibial, micro-suture nerf périphérique) (protocole opératoire du 17 juillet 2017 et lettre de sortie du 23 juillet 2017). Ce médecin a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 6 décembre 2017 en raison d'une évolution défavorable. Dans son rapport du 6 décembre 2017, le Dr F._____, interpellé par le Dr G._____, a convenu qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'était pas indiquée et qu'un nouveau séjour à la Clinique de réadaptation H._____ se justifiait, ce que l'assuré a accepté. Il a ensuite prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2018.

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation H._____ du 3 au 24 janvier 2018. Les Drs M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O._____, médecin-assistante, n'ont pas établi de nouveau diagnostic et, en particulier, aucune psychopathologie (rapport du 1^{er} février 2018). Ils ont fait les mêmes constatations que lors du premier séjour à la Clinique de réadaptation H._____ du 14 décembre 2016 au 17 janvier 2017 au sujet des facteurs contextuels, de la

focalisation sur la douleur, des discordances et des autolimitations, relevant que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives. Les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont retenu les mêmes limitations fonctionnelles provisoires que lors du premier séjour. Le pronostic était identique et une stabilisation espérée entre deux et quatre mois après la sortie de la Clinique de réadaptation H._____. Un suivi antalgique au Clinique de réadaptation H._____ [...] était à nouveau préconisé.

Dans le cadre du séjour à la Clinique de réadaptation H._____, l'assuré a bénéficié d'une seconde ENMG. Dans son rapport du 22 janvier 2018, le Dr I._____ a estimé que l'évaluation axée sur le nerf tibial droit ne révélait à nouveau aucun signe, notamment électrophysiologique, en faveur d'une atteinte de ce nerf, particulièrement à la localisation de ce tunnel tarsien. L'examen clinique révélait la persistance de troubles sensitifs au niveau du talon, compatibles avec une atteinte du nerf calcanééo-médial. Ce spécialiste a recommandé de la circonspection quant à tout nouveau geste invasif vu l'absence de toute amélioration clinique après différents gestes invasifs.

Le physiothérapeute et l'ergothérapeute de la Clinique de réadaptation H._____ n'ont pas proposé de poursuite des traitements dans leur domaine de spécialité respectif (rapports des 22 et 24 janvier 2018).

Le 16 janvier 2018, B._____ AG a renseigné la CNA au sujet de l'évolution salariale du recourant pour les années 2016 à 2018. On extrait ce qui suit de ce document :

« (...). A part l'évolution de l'allocation familiale indépendante de notre entreprise, les adaptations salariales se font sur la base des évaluations annuelles et/ou des adaptations de minimaux de la CCT de la construction de la voie ferrée. Nous ne pouvons donc pas attester d'une évolution salariale, les évaluations annuelles n'ayant pas eu lieu et les minimaux salariaux de la CCT étant toujours respectés avec le salaire annoncé lors de l'accident.

(...)

Salaire présumable sans l'accident en :	2016	2017	2018
- Salaire de base :	5'500 / mois	5'500 / mois	5'500 / mois
- Allocations familiales :	230.- / mois	250.- / mois	250.- / mois
- Primes :	/	/	/
- Gratifications (13 ^{ème} salaire ou pourcentage) :	13 ^{ème} 5'500 / année	13 ^{ème} 5'500 / année	13 ^{ème} 5'500 / année
- Autres allocations et genre de celles-ci :	suppléments salariaux soumis AVS 100.- / mois	100.- / mois	100.- / mois
- Horaire de travail hebdomadaire :	40.50	40.50	40.50 »

Le 16 mai 2018, le Centre hospitalier J._____ a envoyé son rapport de consultation ambulatoire du 30 avril 2018. La Dre P._____, spécialiste en anesthésiologie, a proposé la mise en place d'un traitement antalgique.

Par communication du 31 mai 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré un stage d'observation auprès du Centre professionnel U._____ qui devait s'effectuer du 4 juin au 31 juillet 2018. Après une demi-journée de stage, l'assuré a communiqué à l'OAI un certificat médical des Etablissements Hospitaliers C._____ du 4 juin 2018 attestant d'un arrêt de travail total.

Il ressort d'une notice d'entretien de la CNA du 23 août 2018, que le Dr G._____ a considéré que la mesure d'orientation professionnelle proposée par l'OAI (cf. B. ci-dessous) était et demeurerait exigible. Quant à l'assuré, il a déclaré à l'agence que le suivi antalgique au Centre hospitalier J._____ n'apportait aucune amélioration et qu'aucune indication chirurgicale n'avait été posée. S'agissant de la mesure d'orientation professionnelle, il a déclaré ne pas s'estimer capable d'y participer en raison des douleurs qu'il ressentait.

Le même jour, le Dr G. _____ a procédé à l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du 24 août 2018, il a rédigé l'appréciation suivante du cas :

« (...)

S'il y a chez ce patient de discrètes séquelles objectivables d'un écrasement du talon D, l'impression qui prévaut est quand même celle d'un trouble fonctionnel avec une épargne plus ou moins délibérée de l'arrière-pied D, qui est finalement assez variable, et on ne serait pas étonné d'apprendre que ce patient marche tout à fait normalement lorsqu'il n'est pas observé au vu d'un tannage plantaire qui reste étonnamment très marqué à plus de 3 ans de l'accident.

Ce qui est sûr, c'est que l'abandon immédiat de la mesure professionnelle, mise en œuvre par l'AI en juin 2018, ne se justifiait pas du point de vue médical.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a aucune mesure susceptible d'améliorer notablement la situation chez un patient qui ne voit pas lui-même l'intérêt de poursuivre un traitement médical puisqu'on ne peut manifestement rien faire pour lui...

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du dernier séjour à la Clinique de réadaptation H. _____.

Si le patient ne peut plus travailler comme monteur de voies, il ne fait aucun doute qu'il a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N°2870/5.f-2000, un taux de 5 % peut être retenu par analogie à une arthrose toute débutante de la cheville D. »

Le 19 octobre 2018, le service de réadaptation de l'OAI a calculé le préjudice économique de la manière suivante :

TA : 1 : Niveau de compétence : 1 - Année : 2016 indexé à 2018

1	Salaire OFS sur 40 heures hebdom.		Fr. 5 357.00	
2	Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)	41.7	Fr. 5 584.67	Fr. 67 016.07
3	Indexation (année)	2017	0.70%	Fr. 67 485.18
	Indexation (année)	2018	0.70%	Fr. 67 957.58
	Indexation (année)		0.00%	Fr. 67 957.58
	Indexation (année)		0.00%	Fr. 67 957.58
4	Horaire en %		100%	Fr. 67 957.58
5	Diminution de rendement en %		0%	Fr. 67 957.58
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial : <input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles <input type="checkbox"/> Âge <input type="checkbox"/> Années de service <input type="checkbox"/> Nationalité et permis <input type="checkbox"/> Taux d'occupation 25 % au maximum		0%	
7	Salaire exigible final (RI)			Fr. 67 957.58
8	Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :			Fr. 72 700.00
9	Préjudice économique :			Fr. 4 742.42
10	Préjudice économique en % :			6.52%

Explication de la réduction : Notre assuré

Source du RS : CI : pièce 205 du dossier SUVA

Sources médicales : dossier SUVA

Exemples d'activités adaptées :

Notre assuré pourrait mettre à profit sa capacité de travail dans un atelier industriel (surveillance ou desserte de machines, travaux de petite mécanique, contrôle ou assemblage de produits manufacturés, assemblage de composants électroniques/informatiques).

L'assuré a été licencié avec effet au 31 octobre 2018.

Par projet d'acceptation de rente du 1^{er} novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui verser une rente entière du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2018. Le droit à une rente entière était basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Estimant que l'assuré avait recouvré une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 23 août 2018, l'OAI a calculé le degré d'invalidité compte tenu d'un gain annuel de valide de 72'700 fr. 60 et d'un revenu d'invalidé de 67'957 fr. 58 fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016 ; TA1 ; horaire hebdomadaire de 41,7 h ; évolution des salaires nominaux de 2016 à 2018). Le calcul aboutissait à un degré d'invalidité de 6,52 %, ce qui conduisait à une suppression de la rente trois mois après la date à laquelle l'assuré avait recouvré une entière capacité de travail.

Le 6 décembre 2018, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné.

Le 25 janvier 2019, le Dr Q._____, médecin-assistant au Centre hospitalier J._____, a posé le diagnostic de neuropathie du nerf tibial droit. Il a relaté une section partielle du tendon d'Achille droit suturé aux urgences sans fracture associée. Il a suspecté une neuropathie du nerf tibial et adressé l'assuré au Dr R._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Les autres diagnostics de tendinopathie insertionnelle du tendon d'Achille et les gastrocnémiens courts semblaient être au deuxième plan.

Par rapport du 18 février 2019, le Dr R._____ a posé les diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques dans le territoire du nerf tibial postérieur droit et de maladie de Dupuytren palmaire du quatrième rayon droit. Il a relaté que l'assuré présentait de façon chronique des douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf tibial postérieur droit faisant suite à un écrasement puis à une intervention chirurgicale. La situation lui a semblé stable depuis plusieurs mois, refusant de se prononcer *a posteriori* sur l'étiologie des douleurs initiales. Il a constaté l'échec des traitements tentés jusqu'alors. Sur le plan diagnostic, il a estimé que l'examen clinique était compatible avec une lésion de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur. Il a confirmé qu'il n'existait aucune indication à un nouveau geste chirurgical qui serait voué à l'échec, confirmant en cela l'appréciation neurologique de la Clinique de réadaptation H._____. Il a écrit craindre que la situation actuelle ne devienne définitive. La maladie de Dupuytren à la main droite n'appelait aucun traitement.

Par rapport du 6 mars 2019 au conseil de l'assuré, le Dr R._____ a confirmé son précédent rapport, décrivant une situation inchangée depuis plusieurs mois et déclarant ne pas avoir d'autre proposition à formuler. Il a précisé que l'assuré avait réalisé une IRM du pied et de la cheville droits en [...] le 15 octobre 2018. Dit rapport mentionnait la présence d'une lésion nodulaire qui pourrait être

compatible avec un névrome dans la région du muscle long fléchisseur de l'hallux et des muscles interosseux. Le Dr R._____ a observé que cela ne correspondait pas à la localisation des douleurs et que si les douleurs devaient être attribuées à la persistance d'un névrome sur la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur, cela ne serait pas visible sur l'IRM puisque de taille réduite.

Dans un avis médical du 15 avril 2019, le Dr K._____, médecin au SMR (Service médical régional de l'AI) a retenu que le Dr R._____ confirmait les diagnostics et limitations posés par le Dr G._____. Il ne remettait pas en cause la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il ne s'exprimait pas en faveur d'une incapacité de travail, à fortiori totale et en toute activité. Selon le Dr K._____, aucun élément ne justifiait de reprendre l'instruction et de mettre en œuvre une expertise. Il a rappelé que son appréciation médicale reposait, en sus de l'avis du Dr G._____, sur les deux rapports de la Clinique de réadaptation H._____ qui confirmaient une pleine capacité de travail une activité adaptée majoritairement sédentaire et physiquement légère.

c) Par décision du 16 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet d'acceptation de rente du 1^{er} novembre 2018, se référant à des motivations séparées des 17 avril et 13 mai 2019.

B. **a)** Dans l'intervalle et par décision du 27 septembre 2018, partiellement confirmée par décision sur opposition du 18 décembre 2018, la CNA a mis fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières au 31 août 2018. Elle a versé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr. correspondant à un taux de 5 %. Pour le surplus et dans le cadre de l'opposition, elle a renvoyé la cause à l'agence afin que celle-ci examine le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, initialement refusée par l'agence en raison du refus injustifié de l'assuré de participer au stage auprès du Centre professionnel U._____.

b) Par décision du 29 janvier 2019, confirmée par décision sur opposition du 30 avril 2019, la CNA a refusé au recourant une rente d'invalidité de l'assurance-accidents au motif qu'il n'y avait pas de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. Fondée sur les appréciations médicales du Dr G._____ (rapport d'examen final du 23 août 2018) et de la Clinique de réadaptation H._____ (rapport du 1^{er} février 2018), elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité adaptée à la condition qu'il ne doive pas effectuer de longs déplacements sur un terrain irrégulier et des montées et descentes répétées d'escaliers ou d'échelle. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (éd. 2016, adaptée en 2018 et à l'horaire moyen en entreprise), la CNA a considéré que l'assuré pourrait réaliser, dans le secteur privé, un salaire annuel de 67'405 fr. 97 alors que son gain réalisable sans l'accident était de 73'740 fr. selon les indications fournies par son employeur le 16 janvier 2018. Il en résultait un degré d'invalidité de 8,13 % qui n'ouvrait pas le droit à la rente.

c) Par arrêt du 18 décembre 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté les recours déposés les 31 janvier 2019 et 24 mai 2019 par l'assuré et confirmé les décisions sur opposition rendues les 18 décembre 2018 et 30 avril 2019 par la CNA (CASSO AA 14/19 - 164/2019).

C. a) Par acte du 18 novembre 2019, A._____, assisté de Me Rachel Cavargna-Debluë, a déféré la décision du 16 octobre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Principalement, il a conclu à la réforme de la décision sur opposition entreprise et à l'octroi d'une rente invalidité de l'assurance-invalidité non limitée dans le temps dès le mois de novembre 2016. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à son renvoi à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a requis son audition par la Cour, la production du dossier du Centre hospitalier J._____ et la mise en œuvre d'une nouvelle IRM à la charge de l'intimé. Il a contesté la stabilisation de son état de santé, remettant en cause la valeur probante des appréciations médicales du Dr G._____. Il a allégué

que l'intimé aurait reconnu au recourant une incapacité de travail au mois de juin 2018 en raison de son incapacité à suivre le stage d'observation auprès de la Centre professionnel U._____. Il y voit une contradiction. Le recourant a produit une appréciation médicale du 24 avril 2019 du Dr G._____ (déposée par la CNA dans le cadre de la cause d'assurance-accidents CASSO AA 14/19 - 164/2019). On en extrait ce qui suit :

« Force est de relever que ces 2 examens récents [ndr. : les rapports du Dr R._____ des 18 février et 6 mars 2019] n'apportent aucun élément nouveau dans cette affaire, ne faisant que confirmer les diagnostics précédemment retenus, étant une nouvelle fois précisé que ce patient n'a jamais présenté de section partielle du tendon d'Achille et qu'une simple plaie cutanée a été suturée le 21.04.2015. Ils confirment de surcroît, s'il en était besoin, qu'aucune mesure thérapeutique supplémentaire ne saurait être raisonnablement proposée au patient. »

L'intéressé a aussi produit l'appréciation médicale du Dr G._____ du 18 juin 2019 (également intervenue pour les besoins de la cause d'assurance-accidents CASSO AA 14/19 - 164/2019). Ce rapport est rédigé comme il suit :

« J'ai relu attentivement le rapport médical du Dr R._____ du 18.02.2019.

Ses constatations sont pratiquement superposables aux miennes.

Il conclut à la persistance de douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf tibial postérieur D, plus particulièrement au niveau de la branche calcanéenne, relevant que celle-ci a déjà fait l'objet d'une révision chirurgicale, sans que le patient consente une amélioration, de sorte qu'il pense qu'il faut en rester là, attitude que j'ai également défendue. Comme je l'ai déjà dit, il n'y a rien de nouveau, tout cela figure dans les actes au dossier, étant précisé, comme le relève le Dr O._____, qu'une atteinte de ce nerf n'a pas formellement été prouvée bien que l'examen clinique la laisse suspecter.

En d'autres termes, nous sommes en présence de troubles avant tout subjectifs, faisant suite à un écrasement du talon D, troubles en lien avec une possible atteinte d'un rameau du nerf tibial et accessoirement peut-être aussi avec une tendinopathie insertionnelle du tendon d'Achille, visible sur l'imagerie médicale.

On peut donc se demander si l'atteinte à l'intégrité atteint réellement 5%, en présence de séquelles objectives qu'on est bien obligé de qualifier de minimales, même si elles débouchent sur un handicap subjectif apparemment majeur, mais qui ne trouve pas vraiment d'explication médicale.

Pour ma part, je compare quand même cette situation à une arthrose débutante de la cheville D qui serait responsable de douleurs résiduelles, ce qui permet de justifier le taux d'atteinte à l'intégrité précité et semble congruent avec le fait qu'on s'accorde pour reconnaître des limitations fonctionnelles au patient. »

Il a également produit une décision du 15 novembre 2018 de l'Instance juridique chômage le déclarant inapte au placement en raison de son incapacité de travail.

b) Par réponse du 24 janvier 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, se référant à l'avis SMR du 15 avril 2019 et à sa motivation du 18 avril 2019.

Le 28 février 2020, le recourant a maintenu ses conclusions et produit une IRM et échographie de la cheville droite du 1^{er} février 2020 (Dr T._____, spécialiste en radiologie) dont les conclusions sont les suivantes :

« Nodule solide hétérogène du tunnel tarsien droit électivement douloureux à la palpation localisé au contact entre une branche médiale du nerf tibial postérieur et l'axe vasculaire correspondant dont l'origine est indéterminée (granulome post-opératoire ? fibrose névrome ?).

Remaniement post-opératoire de l'insertion distale du tendon d'Achille actuellement sans déchirure et avec une minime tendinopathie en regard. »

Le 11 mai 2020, l'intéressé a produit un rapport du Dr R._____ du 4 mars 2020 dont la teneur est la suivante :

« Pour répondre à votre première question, je ne vais pas procéder à une nouvelle interprétation des images de l'IRM ainsi que de l'échographie du pied qui a déjà été faite par le Dr T._____ d'autant plus que je ne suis moi-même pas radiologue.

Le nodule évoqué tant sur l'IRM que l'échographie, mesurant 0.45 x 0.7 x 0.85 cm, pourrait correspondre à un névrome terminal du nerf tibial postérieur. Il est vraisemblable que ce névrome siège au niveau de l'origine de la branche calcanéenne qui a fait l'objet d'une chirurgie le 17.7.2017. La percussion de cette lésion provoque des douleurs de type décharges électriques, qui correspondent à la clinique de ce type de lésion. Je ne peux pas exclure formellement un névrome en continuité du nerf tibial postérieur sur sa branche

médiale, néanmoins cela correspond moins à la clinique et semble moins probable compte tenu de la chirurgie passée.

Les conséquences de cette lésion sur la capacité de travail sont difficiles à déterminer actuellement puisque cela fait plus d'une année que je n'ai pas revu le patient. Etant donné qu'il se plaignait de l'apparition de douleurs après 150 mètres de marche, il semble peu probable, pour autant que la situation n'a pas changé, que le patient puisse reprendre son activité antérieure dans la construction de voies ferrées.

Pour répondre à votre deuxième question, je reste sur la position que j'avais adoptée précédemment, à savoir qu'une révision chirurgicale n'apportera pas forcément un amendement des douleurs. Si l'exploration chirurgicale devait trouver un névrome, ce dernier pourrait être réséqué, cependant le risque de développer une nouvelle formation névromateuse n'est pas exclu. Je ne vois pas d'autre traitement moins invasif à proposer puisqu'un suivi antalgique précédent n'avait pas changé les symptômes. »

c) Par réplique du 25 mai 2020, l'intimé a confirmé ses motifs et conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant au maintien, au-delà du 30 novembre 2018, de la rente entière AI allouée depuis le

1^{er} novembre 2016, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé à partir du 23 août 2018.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe

administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) S'agissant des 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 celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

5. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle de monteur de voies ferrées. Se pose toutefois la question de savoir s'il conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qu'il nie, à tout le moins implicitement.

a) Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir supprimé le droit à la rente à partir du 1^{er} décembre 2018 en se fondant exclusivement sur le rapport du Dr G._____ du 24 août 2018 qui serait non probant, et ce alors même que l'office intimé aurait tacitement retenu qu'il était incapable de travailler. Il soutient qu'il n'y a aucun autre élément qui permettrait de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 23 août 2018. L'absence de valeur probante du rapport du Dr G._____ du 24 août 2018 se déduirait, selon le recourant, du fait que d'autres médecins auraient émis des avis contraires. Le médecin d'arrondissement de la CNA aurait en outre éludé les plaintes du recourant et des éléments objectifs au dossier (douleurs neuropathique chroniques, section partielle du tendon d'Achille, lésion nodulaire), n'aurait pas consulté les médecins traitants et n'aurait pas procédé aux tests et examens médicaux essentiels.

Pour pallier à ces inconsistances alléguées, le recourant requiert que l'instruction soit complétée par la mise en œuvre d'une IRM, par sa propre audition, ainsi que par la production de son dossier auprès du Centre hospitalier J._____. Il semble en outre ressortir de ses motifs qu'il requiert aussi la mise en œuvre d'une expertise médicale.

b) Pour sa part, l'intimé rejette les griefs du recourant, soutenant que les rapports médicaux fondant la décision entreprise sont probants, que le rapport du Dr G._____ n'est pas le seul dont il a tenu compte, citant notamment ceux de la Clinique de réadaptation H._____, et que le recourant n'apporte pas d'élément médical dont il n'aurait pas été tenu compte dans le cadre de la procédure.

6. a) En l'occurrence, à la suite de l'événement accidentel du 21 avril 2015, le recourant a subi un traumatisme direct du talon droit avec plaie superficielle dudit talon, une enthésopathie discrète du tendon Achille, une aponévrosite plantaire et neuropathie du nerf calcanéen médial, branche sensitive distale du nerf tibial droite.

A l'issue de son examen final du 23 août 2018, le Dr G._____ a estimé qu'il n'y avait aucune mesure susceptible d'améliorer notablement la situation sur le plan thérapeutique. Il a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans long déplacement sur terrain irrégulier et sans montées et descentes répétitives d'escaliers et d'échelles. S'agissant du reste des plaintes, l'impression qui prévalait était celle d'un trouble fonctionnel (rapport du 24 août 2014). Cette analyse concorde avec les deux rapports rendus par la Clinique de réadaptation H._____ (1^{er} février 2017 et 1^{er} février 2018). Les médecins de cet établissement ont longuement pu observer l'assuré durant plusieurs semaines et ont procédé à des examens approfondis.

Le Dr G._____ avait aussi connaissance des avis médicaux des Drs E._____, P._____, Q._____ et R._____ qui étaient au dossier. S'agissant du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique

et traumatologie de l'appareil-locomoteur au Centre hospitalier J._____, celui-ci n'a semble-t-il pas répondu aux sollicitations du recourant. Le courrier de son conseil du 17 avril 2020 est en effet resté sans réponse, étant précisé que l'assuré a été reçu au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier J._____ par le Dr Q._____ et non par le Dr S._____ (cf. rapport du 25 janvier 2019). En outre, ce département a renvoyé le recourant auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier J._____ (Dr R._____). Le Dr G._____ avait aussi connaissance des IRM et ENMG, tous accompagnés des avis médicaux explicitant leurs résultats. Le neurologue de la Clinique de réadaptation H._____ n'a pas identifié d'opportunité chirurgicale et la neuropathie du nerf calcanéen médial n'expliquait qu'une partie des doléances de l'assuré. L'imagerie n'a rien révélé qui puisse expliquer entièrement les plaintes du recourant ni permettre d'indication à la poursuite d'un traitement.

Dans son rapport du 24 août 2018, le Dr G._____ a aussi indiqué que l'impression qui prévalait était celle d'un trouble fonctionnel. Les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont également relevé les autolimitations du recourant, des discordances et un niveau de cohérence faible, ceci tant dans le rapport du 1^{er} février 2017 que dans celui du 1^{er} février 2018. Les discordances entre les éléments cliniques objectivables et les plaintes subjectives exprimées par le recourant montrent qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation médicale faite par l'intimé. Les médecins ont d'ailleurs recommandé la circonspection quant à tout nouveau geste invasif (rapport du 6 décembre 2017 du Dr F._____, rapport du Dr L._____ de la Clinique de réadaptation H._____ du 22 janvier 2018 ; rapports du physiothérapeute et de l'ergothérapeute de la Clinique de réadaptation H._____ des 22 et 24 janvier 2018 ; rapport du 25 janvier 2019 du Dr Q._____).

Sur le plan antalgique, le Dr Q._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail (rapport du 25 janvier 2019). S'agissant enfin du Dr R._____, il a refusé de se prononcer *a posteriori* sur l'étiologie des douleurs initiales, constatant l'échec des traitements tentés jusqu'alors. Il

n'a pas retenu d'indication à un nouveau geste chirurgical qui serait voué à l'échec, confirmant en cela l'appréciation neurologique de la Clinique de réadaptation H._____. Dans son rapport du 6 mars 2019, le Dr R._____ a constaté que la situation était inchangée depuis plusieurs mois et a déclaré ne pas avoir d'autre proposition à formuler.

Le recourant allègue encore qu'un diagnostic de section du tendon d'Achille suturée aurait été posé par les Drs Q._____ (rapport du 25 janvier 2019) et R._____ (rapports du 6 mars 2019). On observe toutefois que ce diagnostic n'avait pas été posé en ces termes par les divers médecins malgré les multiples consultations, des IRM et deux séjours à la Clinique de réadaptation H._____. Le rapport médical des urgences des Etablissements Hospitaliers C._____ du 21 avril 2015 indique même que le tendon d'Achille est « indolore et compétent, palpé sur toute sa longueur » et qu'il s'agissait d'une « contusion au talon » avec une « plaie superficielle » (rapports des 21 avril et 13 juillet 2015). Cependant, dans ses rapports des 22 septembre 2016, 6 avril 2017, dans le protocole opératoire du 17 juillet 2017 et la lettre de sortie du 23 juillet 2017, ainsi que dans son rapport du 6 décembre 2017, le Dr F._____ mentionne la section partielle du tendon d'Achille, tout en posant le diagnostic de douleurs au pied et au talon droit. Il ne s'agit donc pas d'un nouveau diagnostic. Les Drs Q._____ et R._____ ne présentent pas une situation différente de celle qui a été analysée par l'ensemble des médecins ; la section partielle étant suturée, selon son constat. On ne voit pas en quoi une légère différence d'appréciation sur ce point pourrait être déterminante. De surcroît, ces spécialistes n'expliquent pas en quoi ce diagnostic impacterait la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (longs déplacements sur terrain irrégulier ; montée et descente de manière répétitive d'escaliers et d'échelles).

Le Dr G._____ a tenu compte du fait que la cheville du recourant était un peu plus froide même s'il n'a pas pris la température exacte. On ignore toutefois ce que le recourant entend conclure de cet argument s'agissant de la capacité de travail puisqu'il ne tire aucune

conclusion de la température ou de l'existence d'une boule fondée sur d'autres avis médicaux. A cet égard on relève que les considérations du recourant sur la manière dont le médecin devrait procéder pour faire son examen médical ne sont d'aucune pertinence, puisqu'il appartient au praticien, spécialiste, de déterminer quelles opérations sont utiles et nécessaires à son évaluation, notamment sur le plan clinique.

Le second rapport du Dr R. _____ (4 mars 2020) n'est d'aucune aide au recourant. Ce spécialiste ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, estimant « peu probable » que le recourant puisse reprendre son activité de monteur de voie ferrée, ce qui n'est pas contesté.

S'agissant des arrêts de travail signés par le Dr D. _____, au-delà du 23 août 2018, ceux-ci ne sont pas motivés par une appréciation médicale, étant précisé qu'il était loisible au recourant de produire un tel rapport de son médecin traitant. Le Dr D. _____ a, semble-t-il, renoncé à motiver ces certificats ; il renvoie d'ailleurs le conseil du recourant à l'appréciation des spécialistes dans son courrier du 10 mars 2020. Il était d'ailleurs aussi loisible au recourant de demander au Centre hospitalier J. _____ l'entier de son dossier médical via le formulaire *ad hoc* ou via son médecin traitant (cf. art. 24 LSP [loi sur la santé publique du 29 mai 1985 ; BLV 800.01] et art. 6f LAIH [loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées du 10 février 2004 ; BLV 850.61]).

Contrairement à ce que suggère le recourant, on ne voit pas en quoi la position du Service de l'emploi sur l'aptitude au placement pourrait être de nature à remettre en cause les évaluations médicales approfondies du dossier.

En définitive, l'appréciation du Dr G. _____ n'est pas mise en doute par les pièces au dossier ; il n'y a pas de contradiction. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a défini la stabilisation de l'état de santé du recourant et l'exigibilité d'une activité adaptée à temps complet sur la

base du rapport du médecin d'arrondissement du 24 août 2018, ceci quand bien même l'intéressé manifeste un handicap subjectif important au niveau du pied droit. Les conclusions du rapport du Dr G._____ sont claires, convaincantes et bien motivées. Le rapport en question remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il y a dès lors lieu de s'y rallier.

Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction sur le plan médical (dans ce sens, cf. avis SMR du Dr K._____ du 15 avril 2019).

b) Dans un second moyen, le recourant soutient que l'intimé a offert au recourant un stage d'observation, qui a dû être interrompu après une demi-journée pour raison de santé comme en attestait le certificat médical des Etablissements Hospitaliers C._____ du 4 juin 2018. Pour le recourant, l'intimé aurait reconnu, *a minima* par actes concluants, que le recourant ne disposait pas d'une capacité de travail au mois de juin 2018.

Ce grief est sans fondement dès lors qu'il n'est pas contesté que le recourant ne disposait d'aucune capacité de travail au mois de juin 2018. Comme on l'a vu ci-dessus, une activité adaptée n'est exigible que dès le 23 août 2018, pas avant.

c) En définitive, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du 21 avril 2015, date de l'accident, au 23 août 2018, date à laquelle il a recouvré une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (longs déplacements sur terrain irrégulier ; montée et descente de manière répétitive d'escaliers et d'échelles), lesquelles ont été correctement évaluées par le Dr G._____ (rapport du 24 août 2018) et par les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ (rapports des 1^{er} février 2017 et 1^{er} février 2018)

Reste à examiner le préjudice économique et le droit aux prestations.

7. Au terme du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), soit le 21 avril 2016, le degré d'invalidité du recourant était de 100 %, tel était aussi le cas le 1^{er} novembre 2016, soit au terme du délai de six mois à partir duquel le recourant a fait valoir son droit aux prestations par sa demande du 3 mai 2016 (art. 29 al. 1 LAI). Le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité est donc ouvert dès le 1^{er} novembre 2016 et ce jusqu'au 30 novembre 2018, soit dans les trois mois après que le recourant ait recouvré une entière capacité de travail dans une activité adaptée (art. 28 al. 2 LAI ; art. 17 LPGA ; art. 88a al. 1 RAI ; consid. 6c ci-dessus).

Il convient encore de déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant une fois sa capacité de travail recouvrée s'agissant d'une activité adaptée.

8. a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS

correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) En l'occurrence, l'intimé a retenu un salaire mensuel statistique de valide de 5'357 francs et une indexation de 0,7 % pour 2017 et 2018. Ces données sont erronées, de sorte qu'il convient de reprendre l'ensemble du calcul. C'est ainsi un montant de 5'340 fr., fondé sur l'ESS 2016 (tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1 pour les hommes), qui doit être retenu. Le revenu annuel avec invalidité se monte ainsi à 67'405 fr. 97 compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 de 41,7 heures (cf. tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, établi par l'OFS) et d'une indexation de 0,4 % pour l'année 2017 et de 0,5 % pour 2018 (cf. tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018, établi par l'OFS). L'absence d'abattement peut être confirmée dans la mesure où elle n'est pas contestée par le recourant et où les limitations fonctionnelles, en particulier, ont déjà été prises en compte dans le choix de l'activité adaptée. Le revenu sans invalidité de 72'700 fr. est fondé sur les indications données le 16 janvier 2018 par B._____ AG et ne prête pas flanc à la critique ($[5'500 \text{ fr.} \times 12, \text{ salaire brut}] + [100 \text{ fr.} \times 12, \text{ indemnité}] + 5'500 [13^{\text{e}} \text{ salaire}]$) ; il n'est au demeurant pas contesté. Le préjudice économique se monte ainsi à 5'294 fr. 03 (72'700 fr. - 67'405 fr. 97). Cela correspond, une fois le calcul de l'intimé repris, à un degré d'invalidité de 7,28 %, inférieur à 40 % et insuffisant pour ouvrir le droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI).

d) Enfin, le recourant ne conteste pas le montant des rentes allouées par l'intimé pour la période au cours de laquelle la rente est due.

9. 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 alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'occurrence, le dossier est complet. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à son audition, à la production de son dossier par le Centre hospitalier J. _____ et à la mise en œuvre d'une nouvelle IRM ou de tout autre examen médical.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 16 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Rachel Cavargna-Debluë (recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :