

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Feusi et Saïd, assesseures
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

Dans son rapport du 9 mars 2018 au Dr B._____, le Dr W._____, spécialiste en neurologie, a mis en évidence, à la suite de son examen neurologique du 8 mars 2018, notamment ce qui suit :

« **APPRECIATION :**

Ce patient présente donc des dysesthésies et une hyperpathie plantaire gauche dans le territoire du nerf plantaire externe qui est certainement secondaire à l'atteinte du nerf tibial au cours de l'accident. Pas de net déficit moteur au testing musculaire mais à l'EMG, et notamment sur le plan électroneurographique, il existe clairement des signes de perte axonale au niveau du nerf péronier mais également au niveau du nerf tibial gauche. Il n'a pas été possible de mesurer l'amplitude du potentiel mixte du nerf plantaire aussi bien à droite qu'à gauche, ce qui est finalement relativement courant puisqu'il s'agit d'un nerf difficile à stimuler. Néanmoins, chez ce patient, il y a une atteinte du nerf plantaire interne certainement post-traumatique [...] ».

Jusqu'alors en incapacité totale de travail, l'assuré a repris son activité de maçon à 50 % le 7 mai 2018 (cf. attestation de la Dre [...]).

c) Le 29 août 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une fracture du tibia et du péroné avec staphylocoque doré sur la fracture soigné par la suite et tige pour le maintien de l'os, à la suite de l'accident survenu le 28 juillet 2017. Il a indiqué que son salaire mensuel, sans atteinte à la santé, s'élevait à 7'000 fr., versé treize fois l'an. S'agissant de son incapacité de travail, il a mentionné qu'elle avait été de 100 % du 28 juillet 2017 au 30 avril 2018, et de 50 % depuis lors.

Dans un rapport intermédiaire à l'attention de la CNA, le Dr B._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, ce qu'il a ensuite confirmé dans son rapport du 23 juillet 2019, précisant alors qu'aucun autre traitement n'était envisagé, sous réserve d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse partielle voire totale, probablement à l'automne. Toutefois, l'opération envisagée n'avait pas encore été planifiée, d'entente avec le patient, en septembre 2019 (cf. rapport du Dr B._____ à la CNA du 24 septembre 2019).

Le 4 décembre 2019, l'assuré a été examiné par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 13 décembre 2019, le Dr V._____ a posé les diagnostics de fracture de la jambe gauche, enclouage centromédullaire en urgence, ablation du clou le 13 octobre 2017, clou provisoire antibiotique, le 13 novembre 2017, enclouage centromédullaire définitif et d'ostéomyélite aiguë sur matériel d'ostéosynthèse à staphylocoque doré. Il a pour le surplus notamment relevé ce qui suit :

« **Appréciation**

Assuré maçon de 54 ans, qui il y a un peu moins de 2 ans ½, est victime d'un accident de la circulation alors qu'il était en villégiature au [...]. Choc moto contre voiture, choc direct sur la jambe G avec fracture de la jambe opérée en urgence au Portugal.

Évolution dans un 1^{er} temps favorable, puis exacerbation des douleurs courant octobre 2017, en raison d'une infection osseuse à staphylocoque doré, intervention avec mise en place d'un clou provisoire en ciment armé chargé d'antibiotiques, reprise le 16.11.2017 avec enclouage centromédullaire et greffe osseuse. Cicatrisation sans problème. Pas d'écoulement depuis la cicatrisation de la 3^{ème} intervention. Béquillage de l'ordre de 10 mois, reprise du travail à temps partiel 50 %, dès le 18.07.2018.

Persistance d'une boiterie importante, de douleurs lors des surcharges mécaniques et des douleurs du tiers distal de la jambe et de la voute plantaire.

Un EMG a mis en évidence une atteinte axonale au niveau du nerf péronier et également au niveau du nerf tibial ainsi qu'une atteinte du nerf plantaire.

Depuis, il n'a pas été possible d'augmenter l'activité professionnelle, les surcharges mécaniques exacerbent les douleurs, la marche en terrain accidenté est difficilement supportée, la montée régulière d'escabeaux et d'escaliers également.

Sur le plan socioprofessionnel, scolarisation jusqu'à 12 ans, puis travaille dans l'agriculture et aide son père dès l'âge de 17 ans dans la maçonnerie en [...] et au [...]. Arrive en Suisse en 1987, travaille dans une usine dans l'agriculture puis pendant 28 ans dans la maçonnerie avec un intermède de 2 ans dans une usine de skis à [...].

Avait créé une entreprise le 1^{er} juin 2017, ne se sent pas actuellement capable d'augmenter son taux d'activité du fait des problèmes liés à sa jambe G et l'impossibilité de supporter des surcharges mécaniques.

Sur le plan clinique, présence d'une raideur de la cheville gauche de l'ordre de 20% de déficit (sic) résiduel, présence également d'une zone cicatricielle adhérente au plan profond au tiers médial de la jambe avec une hyperpathie et une hyperpathie rétro-malléolaire interne et plantaire.

Le saut monopodal n'est pas réalisé.

Sur le plan radiologique, la fracture est consolidée, il semblerait que de nouvelles images aient été réalisées en 2019 qu'il faudrait actualiser au PACS.

L'état est stabilisé.

L'exigibilité en tant que maçon n'est plus donnée en pleine capacité plein rendement.

Les limitations fonctionnelles sont celles liées à la symptomatologie exacerbée lors des surcharges mécaniques du membre inférieur G avec :

les surcharges mécaniques, port de charge régulière légère, port de charge moyenne et lourde occasionnelle.

le travail en terrain accidenté,

le travail sur échafaudage,

les montées et descentes d'escaliers et d'échelles régulières,

Une activité sédentaire est possible sans limitation de temps, ni de rendement.

Contrôle prévu chez le Dr B. _____ en janvier 2020, un contrôle itératif n'est plus nécessaire.

L'estimation de l'atteinte à l'intégrité corporelle est établie sur un document séparé ».

Selon le calcul du salaire exigible fixé par l'OAI le 31 janvier 2020, celui-ci a retenu comme montant sans atteinte à la santé celui de 91'000 fr., montant qui a été comparé à celui que le recourant pourrait percevoir sur le marché du travail selon l'ESS 2016, indexé à 2020. Le montant du revenu d'invalidité a été fixé à 68'081 fr. 71 pour l'année 2020, montant qui a été porté à 61'273 fr. 54 en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service qui peuvent engendrer un désavantage salarial. Au nombre des activités adaptées, l'OAI a notamment cité un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres).

Selon le rapport final REA établi par l'OAI le 6 février 2020, celui-ci a estimé qu'une mesure professionnelle n'entraîne pas en ligne de compte en raison de l'âge de l'assuré et du manque de prérequis pour entreprendre une formation certifiante. De même, l'aide au placement n'a pas été proposée en regard de l'ensemble de la situation.

d) Par décision du 20 février 2020, la CNA a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 13 % avec effet au 1^{er} février 2020, et celui du taux de la perte d'intégrité corporelle à 7 %.

Dans le cadre de la procédure d'opposition à la décision précitée, l'assuré a produit un rapport du Dr B. _____ du 20 mars 2020 répondant aux questions qui lui avaient été posées par le conseil de l'assuré, dont la teneur est la suivante :

« 1) Quel est votre diagnostic sur l'état de santé de P. _____ ?
Douleurs plantaires séquellaires au MIG.

2) L'état de santé de votre patient est-il effectivement stabilisé ?
Les douleurs sont stables depuis environ 1 an. Il garde qqs douleurs au niveau des vis du clou, raison pour laquelle il est prévu de l'ôter à terme.

3) Les limitations fonctionnelles susmentionnées sont-elles représentatives de l'état de santé de votre patient ? Dans le cas contraire, quelles limitations devraient être ajoutées ?
Elles sont représentatives.

4) Les limitations fonctionnelles retenues, respectivement celles que vous considérez devoir ajouter, sont-elles de nature à permettre l'exercice d'une activité adaptée ? Le cas échéant, à quel pourcentage ?
Il n'a jamais pu reprendre à un taux supérieur à 50%, depuis l'accident.

5) Est-ce que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité de 7 % est correcte et correspond à l'état de santé de votre patient ?
Je n'ai pas fait les calculs, ce n'est pas mon rôle je crois. Intuitivement, 7 % paraissent peu s'il a de la peine à déambuler.

6) Etes-vous en mesure de m'indiquer si selon vous un taux d'abattement de 5% est suffisant dans le cas de P. _____ ?
Je suis navré mais je ne suis pas familier avec cette terminologie.

7) Avez-vous d'autres remarques à formuler ?
Une amélioration est à attendre à terme une fois le matériel ôté ».

e) Par décision du 11 février 2021 confirmant un projet du 18 mai 2020, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2019 au 29 février 2020. Il a en substance retenu, en se basant sur les conclusions du Dr V._____, que l'assuré avait été en incapacité totale de travail jusqu'au 17 juillet 2018 et à 50% depuis lors, que son état de santé était considéré comme stabilisé depuis le 4 décembre 2019, que si sa capacité de travail demeurait de 50 % dans son activité habituelle de maçon, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée n'imposant pas de déplacement en terrain accident, de travaux sur échafaudage, de montées et descentes régulières d'escaliers et d'échelles et de surcharges mécaniques du membre inférieur gauche. Se basant sur les chiffres arrêtés dans le cadre du calcul du salaire exigible précité, l'OAI a considéré qu'à compter de la stabilisation de l'état de santé, le degré d'invalidité de 32.67 % était insuffisant pour maintenir le droit à une rente, lequel s'est éteint trois mois après l'amélioration, soit au 29 février 2020.

B. Par acte du 12 mars 2021, P._____ a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la condamnation de l'OAI « à poursuivre le versement d'une demi-rente d'invalidité postérieurement au 29 février 2020, respectivement une rente entière d'invalidité dès la date de l'intervention médicale jusqu'au recouvrement de la capacité de travail entière du recourant dans un emploi adapté » et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale sur un plan orthopédique. Il a en substance fait valoir que son état de santé n'était pas suffisamment stabilisé en vue de se prononcer sur la clôture du dossier avec effet au 29 février 2020, de sorte que l'intimé est tenu de reprendre le versement de la demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} mars 2020 jusqu'à la date de son rétablissement, une fois l'intervention sous la forme de l'ablation du clou mis en place au niveau de sa cheville gauche. Il s'est notamment prévalu du rapport du Dr B._____ du 20 mars 2021 [recte : 20 mars

2020]. Le recourant a également reproché à l'OAI de ne pas avoir pris en considération le risque de pseudarthrose.

Dans sa réponse du 10 mai 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, soutenant en substance que l'état de santé du recourant était stabilisé.

Répliquant le 5 juillet 2021, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a indiqué que l'intervention tendant à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait eu lieu le 25 mai 2021. Sur le fond, il a réitéré que son état de santé n'était pas suffisamment stabilisé au mois de février 2020. Il a joint à son écriture les documents suivants :

- un rapport de consultation établi le 26 mars 2021 par le Dr B. _____ ;
- un rapport médical établi le 30 juin 2021 par le Dr B. _____, dont la teneur est la suivante :

« Cher Maître,

Je réponds ci-dessous aux questions adressées dans votre courrier du 26 avril 2021. Je m'excuse par ailleurs pour le délai occasionné, pour donner réponse.

1° Êtes-vous en mesure de vous rallier à l'appréciation médicale du Dr V. _____, en ce qui concerne les diagnostics posés, ainsi que les limitations fonctionnelles retenues au sujet de la cheville gauche ? Dans la négative, pour quels motifs ?

Oui, je suis en mesure de me rallier à l'appréciation médicale du Dr V. _____, qui est relativement correcte, avec également un ralliement à l'appréciation de l'incapacité résultant de l'atteinte à la cheville, avec des chiffres qui me paraissent en effet correspondre à ceux de la table de la SUVA.

2° Est-ce que pour les seules suites de l'accident du 28 juillet 2017 concernant les séquelles au niveau de sa cheville gauche, indépendamment de son âge, vous êtes en mesure de confirmer le fait que le patient soit en mesure d'exercer une activité adaptée à 100%, sans base de rendement. Dans la négative, pour quels motifs ?

Oui, le patient serait en capacité d'effectuer un travail à 100%, avec une adaptation du poste. Il s'agirait d'un travail sédentaire, où il ne doit pas se déplacer sur des terrains irréguliers ou en portant des charges lourdes, ne sollicitant donc pas ou moins son membre inférieur gauche.

3° Pour le cas où vous deviez retenir une baisse de rendement, même dans le cadre d'un emploi adapté concernant les seules séquelles au niveau de la cheville gauche, quel en serait le taux ?

CF point 2.

4° Est-ce que la situation médicale pouvait effectivement être considérée comme étant stabilisée, depuis le 1er février 2020, impliquant l'absence d'intervention à prévoir à brève échéance ou moyenne échéance ?

Comme mentionné, il y a encore une amélioration à attendre, puisque nous avons procédé récemment à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en date du 25.05.2021, avec ablation complète du clou. Une réévaluation de sa capacité de travail et de la suite est planifiée au 19.07.2021.

Donc, on peut statuer également que le 01.02.2020, il restait probablement l'ablation du matériel à prévoir, raison pour laquelle la situation n'était pas encore dans une situation complètement stabilisée, puisque l'intervention est trop récente, pour pouvoir statuer sur ce point.

J'attends une amélioration au cours de l'année / année et demie à venir, suite à l'ablation du matériel.

5° Est-ce que le patient avait effectivement envisagé de déjà faire procéder à l'AMO concernant sa cheville gauche dans le courant de l'année 2020 ? Est-ce qu'en l'absence de la crise sanitaire, une telle intervention aurait déjà pu avoir lieu durant l'année 2020 ?

Effectivement, le sujet de l'ablation du matériel a été évoqué tout au long de la convalescence, depuis l'implantation du matériel, puisqu'il y avait rapidement eu une gêne, notamment sur les vis proximales et distales de verrouillage du clou. J'ai toujours évoqué cette possibilité, mais en étant également sur la retenue, chez un patient anxieux à l'idée de procéder à une telle intervention. Une des complications possible, et pour laquelle j'ai toujours donné des explications, est celle de l'infection et étant donné que le principal problème pour P. _____, c'était une infection au départ de la prise en charge et il était également plutôt anxieux à l'idée de recommencer une nouvelle intervention chirurgicale. Mon insistance pour une prise en charge a été de plus en plus importante et s'est majorée lors de la dernière consultation en 2021, avec également des clichés qui attestaient d'une guérison complète du foyer de fracture. Ces processus sont longs et donc on ne peut pas non plus aller contre la volonté du patient et insister plus lourdement que nécessaire.

J'espère que cette façon de qualifier la situation, vous aide dans la prise de décision.

6° Est-ce que vous partagez l'appréciation du Dr V. _____ au sujet de l'estimation du taux de perte d'intégrité corporelle, en particulier au sujet de la méthodologie employée selon la Table 4 des médecins de la SUVA ? Dans la négative, pour quels motifs ?

Si l'on applique strictement l'utilisation de la table, effectivement l'appréciation du Dr V. _____ est correcte. On arrive à un taux de

7%, qui est à corréliser aux 50% que le patient était capable d'effectuer depuis maintenant deux ans. Cette appréciation ne représente probablement pas suffisamment la perte réelle de fonction chez P._____.

Comme c'est souvent le cas dans ce genre de situation, la perte réelle de fonction est relativement éloignée de la perte calculée. Pour ma part, je partirais plutôt un taux intermédiaire avec une perte de l'ordre de 25% de la fonction et c'est sur ce chiffre qu'il faut vraisemblablement baser nos calculs.

7° Est-ce qu'à l'heure actuelle, le patient présente des éléments tendant à démontrer l'existence d'une évolution sous forme de pseudarthrose ? Dans la négative, pour quels motifs ?

Si cette question est posée, c'est que la compréhension médicale du problème n'est absolument pas claire et je suis un petit peu étonné du niveau de cette question.

Pour moi, il paraît absolument évident que si nous avons pu procéder à l'ablation du matériel, c'est qu'il n'y a pas de pseudarthrose du tibia. Ce diagnostic a été évoqué au début de la prise en charge, puisque le risque d'évolution vers une pseudarthrose était présent suite à une ostéosynthèse suboptimale, avec le premier clou, qui en plus était infecté avec donc un risque de pseudarthrose à peu près 100% lors de la prise en charge initiale.

Ceci ne s'est cependant pas produit, puisque nous avons traité agressivement le patient avec notamment cette greffe, avec la méthode Masquelet. La consolidation acquise du tibia nous a permis maintenant d'ôter le matériel, sans autre mesure de fixation supplémentaire.

Il n'y a donc pas de pseudarthrose et il n'y en a, finalement, jamais eu. Ceci n'enlève cependant rien aux douleurs du patient et l'impotence fonctionnelle avec les séquelles qu'il a de ce grave traumatisme au niveau de la jambe, la pseudarthrose n'étant pas nécessaire pour avoir des douleurs telles qu'il a.

8° En cas de présence d'éléments démontrant l'existence d'une pseudarthrose, quel serait le taux de perte d'intégrité corporelle présentée par le patient ?

Je ne veux pas faire l'exercice de calcul, puisque de toute façon, il n'y a pas de pseudarthrose. Cependant, ceci ne changerait probablement pas grand-chose.

La pseudarthrose est une affection que l'on ne laisserait pas telle quelle, puisqu'on ne peut pas se déplacer sur une pseudarthrose et il y aurait d'autres interventions en cours, s'il présentait une pseudarthrose. Ne raisonnons pas sur quelque chose d'hypothétique, qui de toute façon n'est pas arrivé et qui ne peut plus arriver.

9° Toutes autres remarques utiles ?

Non, je n'ai pas de remarque supplémentaire, mais je suis à disposition pour une discussion si nécessaire et pour éclaircir les points ».

Dans sa duplique du 20 juillet 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a produit un avis du SMR du 15 juillet 2021 établi par le Dr [...], médecin praticien et spécialiste en médecine interne générale, et approuvé par la Dre [...].

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.

c) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 11 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement au maintien d'une rente d'invalidité postérieurement au 29 février 2020.

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). 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 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. **a)** En l'espèce, l'OAI a considéré que le recourant pouvait bénéficier d'une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 50 %, pour la période du 1^{er} février 2019 au 29 février 2020. En effet, se

basant notamment sur les conclusions du Dr V._____ du 4 décembre 2019, l'OAI a considéré que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé à compter de cette date, et qu'il présentait depuis lors une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de maçon et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant conteste ce point de vue estimant en substance que son état de santé n'était pas stabilisé au moment où l'intimé a statué et que ce dernier devait dès lors poursuivre le versement de la demi-rente d'invalidité postérieurement au 29 février 2020. Il se prévaut notamment de l'opération visant à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pour justifier la non-stabilisation de son état de santé.

b) La position du recourant n'est toutefois pas soutenable. En effet, l'intimé s'est basé sur l'appréciation du Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, du 4 décembre 2019, aux termes de laquelle il a été constaté que l'état de santé du recourant était stabilisé. Ce praticien a alors relevé que le recourant présentait une boiterie importante qui persistait, de même que des douleurs lors des surcharges mécaniques et des douleurs du tiers distal de la jambe et de la voute plantaire, soulignant qu'un EMG avait mis en évidence une atteinte axonale au niveau du nerf péronier et du nerf tibial, ainsi qu'une atteinte du nerf plantaire. Fort de ces constats, le Dr V._____ a indiqué que la reprise de l'activité professionnelle avait été impossible, les surcharges mécaniques exacerbant les douleurs, la marche en terrain accidenté étant difficilement supportée, de même que la montée régulière d'escabeaux et d'escaliers. Pour toutes ces raisons, il a considéré que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible à plus de 50 %, mais qu'en revanche, une activité sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles, était possible sans limitation de temps, ni de rendement.

Les conclusions du Dr V._____ ne sont pas remises en cause par les autres professionnels ayant examiné le recourant. En particulier, dans son rapport du 20 mars 2020, le Dr B._____ a posé le diagnostic de

douleurs plantaires séquellaires au membre inférieur gauche, - qui rejoint celui posé par le médecin d'arrondissement de la CNA -, confirmé par l'orthopédiste traitant dans ses rapports successifs des 26 mars et 30 juin 2021. Selon le Dr B. _____, les douleurs étaient stables depuis environ un an, ce qui coïncide avec les déclarations contenues dans ses rapports précédents, en particulier ceux des 19 avril, 23 juillet et 24 septembre 2019, dont il ressort que l'état de santé de l'intéressé est stationnaire. En outre, et contrairement à ce que soutient le recourant, l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du membre inférieur gauche, qui a finalement eu lieu le 25 mai 2021, n'a jamais remis en cause la stabilisation de son état de santé, cet acte chirurgical ayant pour unique but de soulager les douleurs du recourant sans toutefois améliorer la fonctionnalité du membre touché (cf. rapport du Dr B. _____ du 26 mars 2021). A ce sujet, le Dr B. _____ a précisé, dans son rapport du 30 juin 2021, que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pourrait toutefois améliorer la situation du recourant et que la capacité de travail pourrait être réévaluée. Il convient également de relever que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été évoquée à diverses reprises par le Dr B. _____, mais que le recourant n'avait jamais accepté cette intervention, pour des raisons qui lui sont propres. Force est ainsi de constater que malgré les douleurs du recourant, qui ne sont pas remises en question, son état clinique n'a en réalité pas connu de changement entre la date de consolidation de son état de santé et la date d'intervention chirurgicale, l'intéressé présentant un état stabilisé au niveau de sa fracture, certes sans récupération intégrale et avec une persistance des douleurs, mais sans modification de l'état clinique. On rappellera encore que cette intervention n'avait pour but que d'améliorer la situation du recourant à une époque où les différents intervenants médicaux s'accordaient déjà sur le fait que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, le Dr B. _____ a confirmé les conclusions du Dr V. _____ s'agissant de la capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un travail sédentaire sans déplacement sur des terrains irréguliers ou port de charges lourdes, ne sollicitant pas ou moins son membre inférieur gauche (cf. rapport du Dr B. _____ du 30

juin 2021). Enfin, l'argument présenté par le recourant s'agissant d'une potentielle pseudarthrose du tibia qui n'aurait pas été prise en compte par l'intimé doit également être rejeté, le Dr B._____ ayant au contraire écarté, sans appel, ce diagnostic (cf. rapport du 30 juin 2021).

c) Sur le vu de ce qui précède, il n'existe pas d'éléments au dossier venant contredire les conclusions du Dr V._____ du 4 décembre 2019. Dès lors, en se basant sur l'appréciation précitée, la position de l'intimé n'est pas critiquable et doit être confirmée dès lors qu'elle retient une amélioration de l'état de santé du recourant à compter du 4 décembre 2019, respectivement du 1^{er} mars 2020.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 11 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de P._____.

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 David Métille (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurance 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 :