

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2025

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Pasche et Durussel, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], père de trois enfants nés en [...], [...] et [...], sans formation certifiée, travaillait depuis le 1^{er} janvier 2014 en tant qu'installateur sanitaire indépendant.

b) Le 26 juin 2015, l'assuré a été victime d'un accident lors duquel il a chuté d'une échelle, ce qui a occasionné une entorse des 2^e et 3^e rayon de la main gauche. Il a été pris en charge le jour même à l'Hôpital [...].

L'assuré a été en incapacité de travail totale dès la date de l'accident.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) a pris en charge le cas et alloué les prestations légales d'assurance.

A la demande de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique Z._____ (ci-après : Clinique Z._____), à [...], du 19 mai au 21 juin 2016. Un ultrason de l'appareil locomoteur a été pratiqué durant ce séjour. Dans son rapport y relatif du 25 mai 2016, la Dre W._____, spécialiste en rhumatologie, a noté la présence d'une importante ténosynovite d'aspect inflammatoire des 2^e et 4^e rayons, d'une lésion kystique proximale à l'articulation MCP [métacarpo-phalangienne] du 3^e rayon, sans signe de lésion tendineuse, et d'un épaissement de la poulie A1 au niveau des 2^e et 3^e rayons. Dans leur rapport de sortie du 8 juillet 2016, les Drs N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et V._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic de ténosynovite des fléchisseurs des 2^e, 3^e et 4^e rayon de la main gauche et retenu des limitations fonctionnelles provisoires prohibant le port de charges répété de plus de 10 kg. Selon les médecins, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité n'était pas favorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et de facteurs personnels chez un patient centré

sur les douleurs qui sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, le facteur limitant était l'absence de qualification reconnue.

Selon un protocole opératoire du 22 juillet 2016 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, les diagnostics étaient une hyperlaxité post-traumatique du ligament collatéral radial MCP du 3^e rayon de la main gauche, un kyste palmaire arthro-synovial MCP 3 et une ténosynovite sténosante et inflammatoire de l'index gauche. L'assuré avait subi une opération sous la forme d'une ténolyse et synovectomie des fléchisseurs de l'index et du majeur gauche, avec fasciotomie de la poulie A1, capsulorrhaphie du ligament collatéral radial MCP3 et exérèse du kyste arthrosynovial MCP3.

Dans un rapport médical intermédiaire du 10 août 2017 à l'attention de la CNA, le Dr T._____ a exposé avoir revu l'assuré pour la persistance d'une ténosynovite de l'annulaire gauche lequel malgré une seconde infiltration de corticoïde locale se plaignait de la persistance de blocage principalement et de douleurs diffuses au niveau de l'index-majeur et de l'annulaire. Le spécialiste notait une position vicieuse du majeur en légère hyperextension de l'IPP [inter phalangienne proximale] avec une clinodactylie et l'incapacité de l'enroulement des doigts sous forme de tétanie et de crampe. La mobilité passive permettait toutefois un enroulement complet des doigts. Le patient, gaucher, ne se voyait pas reprendre son activité professionnelle en tant que sanitaire-monteur, raison pour laquelle une demande à l'AI avait été déposée. Selon le Dr T._____, une reprise d'activité en force paraissait effectivement peu envisageable et une reconversion professionnelle était préférable au vu des douleurs persistantes et du fait qu'aucune autre possibilité chirurgicale n'était envisageable.

c) Le 3 août 2017, 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), en indiquant quant au genre de

l'atteinte à la santé « main gauche », à la suite d'un accident et faisant état d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 26 juin 2015.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est vu régulièrement remettre copies du dossier médical constitué par la CNA, lequel contenait également les rapports médicaux exposés sous let. b ci-dessus.

d) Dans un rapport d'examen du 1^{er} novembre 2017, la Dre P._____, médecin praticienne, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu les diagnostics de ténosynovite sténosante inflammatoire de l'index gauche, de ténosynovite métacarpo-phalangienne du 3^e rayon avec hyperlaxité du ligament collatéral radial du 3^e rayon de la main gauche et kyste palmaire arthrosynovial métacarpo-phalangien du 3^e rayon, de status après 2 infiltrations de corticoïde locales au niveau du 3^e doigt en mai 2017 et avril 2017, de status après ténolyse et synovectomie des fléchisseurs de l'index gauche, ténolyse et synovectomie des fléchisseurs du majeur gauche avec fasciotomie de la poulie A1 et capsulorrhaphie du ligament collatéral radial MCP 3 et exérèse de kyste arthrosynovial MCP 3 et de douleurs persistantes des rayons 2 et 3 avec impotence fonctionnelle. Elle constatait des discordances entre les dires de l'assuré et ses constatations objectives, notamment la présence de callosités à la base des 4^e et 5^e doigts et au niveau de l'articulation interphalangienne proximale du 3^e rayon et en raison de la force qui paraissait extrêmement diminuée avec des valeurs pour une main dominante comprises entre 5 et 7 alors qu'à la main droite les valeurs étaient comprises entre 35 et 38 étant précisé l'absence d'amyotrophie des membres supérieurs. Selon la spécialiste, la situation n'était pas stabilisée sur le plan médical. Elle préconisait la tenue d'un consilium auprès du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, au [...], afin de déterminer si des mesures thérapeutiques pouvaient encore être mises en place pour améliorer la fonctionnalité de la main gauche, la diminution des douleurs et l'augmentation de la force, ainsi que les limitations fonctionnelles sur le plan objectif à retenir en tenant compte des discordances mises en évidence lors de l'examen clinique.

Dans un rapport du 20 décembre 2017, le Dr Q._____, retenant les diagnostics d'inflammation résiduelle des poulies A1 D2 D3 D4 suite à une entorse sévère MP D2 D3 D4, de troubles séquellaires de la commande motrice volontaire de flexion du médus gauche et d'attitude crampiforme du muscle lombrical D3, a constaté que la réparation ligamentaire du collatéral radial D3 était efficace, avec des tendons coulissant librement, sans raideur articulaire excepté un petit flexum MP D3 dû à une cicatrice profonde palmaire, et a considéré qu'aucune chirurgie n'arriverait à augmenter la fonction de la main gauche. Selon le spécialiste, il n'y avait pas de contre-indication médicale à utiliser au maximum cette main gauche, dans la limite d'une réactivation de l'inflammation.

e) Le 18 mars 2018, l'assuré a été victime d'un nouvel accident et a souffert d'une fracture du calcanéum gauche. Cet évènement a été déclaré à la CNA, qui a presté.

Le 23 mars 2018, l'assuré a subi une intervention sous la forme d'une réduction et ostéosynthèse de cette fracture par voie mini-invasive avec fixateur externe et vis creuse (cf. avis de sortie datée du 21 mars 2018 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 11 mai 2018, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'ablation du fixateur externe (cf. protocole opératoire du 15 mai 2018).

Selon un rapport de consultation du 28 mai 2018 de la Dre C._____, spécialiste en neurologie, l'assuré, qui avait souffert d'un trouble sensitivo-moteur du membre inférieur gauche consécutivement à l'opération du 23 mars 2018, présentait une lésion tronculaire des nerfs sciatique poplité externe et tibial postérieur, en voie de récupération.

Dans un rapport du 7 novembre 2018, le Dr T._____ a considéré que la situation médicale de l'assuré était stabilisée s'agissant de la main gauche. Il rejoignait l'avis du Dr Q._____ selon lequel il n'y avait pas de traitement chirurgical permettant d'améliorer la situation, le patient s'étant adapté à la situation, et palliait la symptomatologie douloureuse par des séances d'ergothérapie.

Selon un rapport du 2 juin 2020 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un bilan par scanner avait mis en évidence une consolidation correcte du foyer de fracture du calcanéum gauche. Il proposait dès lors une ablation de matériel d'ostéosynthèse, réalisée par ses soins le 18 juin 2020.

Dans un rapport du 8 janvier 2021, le Prof. L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en évidence une ostéomyélite chronique à *staphylococcus aureus* du calcanéum gauche et proposait un traitement chirurgical, consistant en une cure d'ostéomyélite avec curetage, débridement, prélèvements pour analyse microbiologique, mise en place d'antibiotiques locaux et fermeture primaire, suivies d'une antibiothérapie adaptée aux résultats de la microbiologie sur plusieurs semaines.

Selon un rapport du 27 janvier 2021 du Prof. L._____, celui-ci a procédé, en date du 13 janvier 2021, à un débridement du calcanéum gauche et à une antibiothérapie locale.

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2021, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que l'assuré relatait des suintements et des écoulements au niveau de la cicatrice de la partie postérieure de son calcanéum, sans cause directe de frottement. Après un bilan, il a conclu à la présence d'un conflit postérieur au niveau de la cheville gauche ainsi que la persistance d'un séquestre du calcanéum gauche. Il a procédé, en date du 22 septembre 2021, à une arthroscopie postérieure avec résection

d'un conflit osseux, libération du FHL (*flexor hallucis longus*), débridement et séquestrectomie du calcanéum gauche.

Dans un questionnaire du 12 octobre 2021 rempli en réponse à une sollicitation de l'OAI du 29 septembre 2021, le Dr J._____, médecin praticien, médecin traitant, n'a pas fait état d'autres atteintes que celles de la cheville gauche.

Dans des rapports du 21 mars et 10 novembre 2022, le Dr U._____ a estimé que l'évolution était lentement favorable à la suite de l'intervention chirurgicale de septembre 2021. Il constatait toutefois que l'assuré décompensait des douleurs au niveau de l'articulation sous-talienne gauche et suspectait l'existence d'un conflit antéro-latéral. Il préconisait une infiltration sous fluoroscopie, qui a été pratiquée le 16 décembre 2022.

Selon un rapport de protocole opératoire du 21 mars 2023 du Dr U._____, l'assuré a bénéficié, en date du 13 mars 2023, d'une arthroscopie postérieure avec libération de conflit postérieur au niveau de la sous-talienne du pied gauche. Un suivi post-opératoire était prévu dans les six à huit semaines suivantes.

f) Dans un avis médical du 8 mai 2023, le SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité) a constaté, au vu de l'intervention chirurgicale précitée, que le cas de l'assuré n'était toujours pas stabilisé et préconisait le réexamen du dossier une fois que le médecin-conseil de la CNA se serait prononcé.

Dans un rapport d'appréciation brève du 21 juin 2023, valant rapport d'examen final, la Dre X._____, spécialiste en médecine intensive et médecine interne générale, médecin-conseil de la CNA, a retenu les diagnostics de fracture complexe multi-fragmentaire du calcanéum gauche, de lésion tronculaire des nerfs sciatique poplitée externe et tibial postérieur (résolu), d'ostéomyélite à MSSA (*staphylococcus doré*) du calcanéum gauche, de conflit postérieur osseux

au niveau de la cheville gauche avec impingement du long fléchisseur du gros orteil (FHL), de décompensation de douleurs au niveau de la partie antéro-latérale de la cheville à gauche et de corps libre intra-articulaire au niveau de la sous-talienne gauche avec conflit postérieur. Après avoir résumé l'ensemble des traitements médicaux reçus par l'assuré, elle a considéré qu'une amélioration significative de l'état de santé au niveau du calcanéum gauche était peu vraisemblable à plus de cinq ans du traumatisme initial et après six interventions chirurgicales. Elle a retenu les limitations fonctionnelles définitives concernant le membre inférieur gauche suivantes : pas de port de charge répété de plus de 15-20 kg, pas de port de charge unique de plus de 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée même en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers/échelles/échafaudages, pas de position accroupie/à genoux prolongée et/ou répétée. La conduite d'un véhicule professionnel, le travail en hauteur et l'utilisation de machines dangereuses étaient en outre contre-indiqués en cas de prise de traitement neurologiques ou d'opiacés. La spécialiste a estimé que dans une activité adaptée théorique, respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, l'assuré avait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dès trois mois après la dernière intervention, à savoir dès le 13 juin 2023, s'agissant d'une intervention minimale (arthroscopie avec ablation de corps étranger).

Le 27 juin 2023, la CNA, estimant que les suites de l'accident de mars 2018 étaient stabilisées, a retenu que la capacité de travail de l'assuré était entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée théorique respectant les limitations fonctionnelles listées par la Dre X._____. Elle indiquait mettre fin au versement des prestations d'assurance avec effet au 31 juillet 2023 au soir.

Par décision du 11 septembre 2023, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Elle lui a toutefois octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 22'230 fr. sur la base d'une atteinte de 15% et d'un gain annuel de 148'200 francs.

g) Dans un rapport d'examen du 5 octobre 2023, le SMR a retenu les « pathologies associées du ressort de l'AI » suivantes s'agissant de l'atteinte au pied gauche : status après réduction et ostéosynthèse de la fracture du calcanéum gauche, status après AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse], status après débridement d'une ostéomyélite du calcanéum gauche, status après arthroscopie postérieure gauche avec résection d'un conflit osseux, libération du FHL, débridement et séquestrectomie du calcanéum gauche, status après infiltration de la sous-talienne gauche et status après arthroscopie postérieure et libération de conflit postérieur au niveau de la sous-talienne du pied gauche. Concernant l'atteinte à la main gauche, il a considéré les éléments suivants : status après entorse des 2^e et 3^e rayons de la main gauche, opérée par ténolyse/synovectomie des fléchisseurs de l'index, ténolyse/synovectomie du majeur gauche, fasciotomie de la poulie A1, capsulorrhaphie du ligament collatéral radial MCP3, exérèse du kyste arthrosynovial MCP3 et deux infiltrations de corticoïdes au niveau du 3^e doigt pour ténosynovite sténosante et inflammatoire de l'index gauche. Des lombalgies chroniques étaient mentionnées comme « facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI ». Le début de l'incapacité de travail durable remontait au 26 juin 2015. Observant en outre que le médecin traitant de l'assuré, le Dr J._____, n'avait pas mentionné d'autres atteintes que la problématique de la cheville gauche et notant par ailleurs qu'une aptitude à la réadaptation était difficile à retenir avant juin 2023 au vu des multiples interventions médicales subies par l'assuré entre mars 2018 et mars 2023, le SMR s'est rallié à l'avis de la médecin-conseil de la CNA et a considéré que la capacité de travail était de 100 % sans baisse de rendement, trois mois après la dernière intervention datée du 13 mars 2023, ceci dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, soit : pas d'activité de force de la main gauche (membre dominant), pas de port de charge répété de plus de 15-20 kg, pas de port de charge unique de plus de 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée même en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers, échelles, échafaudages, pas de position accroupie ou à genoux prolongée et/ou répétée.

Il ressort des documents intitulés « REA – Rapport final » et « calcul du degré d'invalidité » du 10 octobre 2023, qu'au vu de la courte activité de l'assuré comme indépendant et des faibles revenus correspondants, il était proposé d'utiliser les salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer les revenus avec et sans invalidité.

Par projet de décision du 10 octobre 2023, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} février 2018 au 30 septembre 2023 en raison d'une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle d'installateur sanitaire depuis le 26 juin 2015. Il considérait toutefois que, dès le 13 juin 2023, l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas d'activité en force de la main gauche (membre dominant) ; pas de port de charge répété de plus de 15-20 kg, pas de port de charge unique de plus de 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée même en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers, échelles, échafaudages, pas de position accroupie ou à genoux prolongée et/ou répétée. Les exemples d'activités adaptées envisageables suivantes étaient mentionnés : 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, contrôle qualité, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), comme aide administratif (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres). Compte tenu d'un préjudice économique et d'un taux d'invalidité nul, le droit à la rente n'était pas ouvert au-delà du 30 septembre 2023, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Le droit à des mesures professionnelles était par conséquent également nié, alors qu'une aide au placement était proposée.

En l'absence d'objection de l'assuré, l'OAI a, par décision du 11 janvier 2024, maintenu son projet de décision du 10 octobre 2023.

B. **a)** Par acte du 12 février 2024, F._____, représenté par Me François Gillard, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière illimitée dans le temps et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a en substance reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de tous ses problèmes de santé graves et persistants et de s'être fondé sur des éléments médicaux incomplets et partiels produits par la CNA. Il a en outre fait valoir qu'il produirait encore des rapports médicaux démontrant ses nombreuses atteintes à la santé, en mentionnant notamment une hospitalisation en urgence pour des problèmes cardiaques.

b) Par réponse du 13 mai 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé en particulier que les atteintes du recourant à la main gauche et au pied gauche étaient connues et avaient été prises en compte. Il ne ressortait pas du dossier d'autres sphères médicales qui n'auraient pas été explorées. A cet égard, l'intimé a indiqué qu'il ne disposait d'aucun rapport détaillé au sujet de l'atteinte cardiaque avancée par le recourant et que, s'agissant des atteintes connues, il ne disposait d'aucune pièce attestant que celles-ci continueraient d'exercer une influence sur l'aptitude au travail de l'assuré.

c) En réplique, le 14 juin 2024, le recourant a maintenu ses conclusions, réitérant en particulier la nécessité d'un complément d'instruction, et a produit deux rapports de la Dre K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il se prévaut. Dans son rapport du 22 septembre 2023, la spécialiste retenait les diagnostics de douleurs chroniques à la cheville gauche dans le contexte d'une insertiionnrite importante du tendon d'Achille, d'un début de fasciite de la voûte plantaire, d'un raccourcissement massif de la chaîne postérieure, d'une tendance aux pieds plats et d'un déconditionnement global lié aux suites de la fracture du calcanéum intervenue en mars 2018. Les autres diagnostics étaient une suspicion de

hernie discale en conflit avec la racine L4/L5 à gauche et une suspicion de décompensation de la SI [sacro-iliaque] à droite plus importante qu'à gauche. Elle préconisait un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que la réalisation d'un bilan s'agissant des douleurs liées à une suspicion de hernie discale. Dans son rapport du 10 juin 2024, la Dre K. _____ a exposé que l'assuré avait fait une dépression aigüe, ce qui l'avait empêché d'avoir de bons suivis [médicaux]. Par ailleurs, l'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire réalisée le 31 août 2023 avait confirmé la présence d'une discopathie protrusive en L5-S1 avec une petite hernie discale médiane, localisée entre l'émergence des deux racines S1, sans signe de sacro-iliite.

d) Dupliquant le 15 juillet 2024, l'intimé a maintenu sa position en relevant que les arguments exposés n'étaient pas de nature à la modifier.

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. **a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l’absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l’application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l’examen d’une demande d’octroi de rente d’invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021.

b) En l’occurrence, la demande de prestations de l’assurance-invalidité a été déposée le 3 août 2017 et le droit à une rente s’est ouvert dès le 1^{er} février 2018. La situation demeure dès lors régie par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d’invalidité au-delà du 30 septembre 2023.

4. 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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).

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).

c) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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). 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

d) 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).

e) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2018 au 30 septembre 2023, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Il n'est par ailleurs pas contesté que l'intéressé n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'installateur sanitaire, laquelle n'est plus adaptée. Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé retient que, dès le 13 juin 2023, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas d'activité en force de la main gauche (membre dominant), pas de port de charge répété de plus de 15-20 kg, pas de port de charge unique de plus de 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche

prolongée même en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers, échelles, échafaudages et pas de position accroupie ou à genoux prolongée et/ou répétée.

Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de tous ses problèmes de santé et de s'être fondé sur des éléments médicaux incomplets et partiels produits par la CNA. A l'appui de son recours, il fait valoir qu'il produira des rapports médicaux démontrant ses nombreuses atteintes à la santé, en mentionnant notamment une hospitalisation en urgence pour des problèmes cardiaques.

b) Les atteintes à la santé physique de l'assuré étant d'origine accidentelle, la décision entreprise se fonde principalement sur le dossier de la CNA. L'avis du SMR du 5 octobre 2023 justifiant la décision de l'intimé s'appuie plus particulièrement sur l'appréciation du 21 juin 2023 de la Dre X._____, médecin-conseil de la CNA.

Il y a lieu de souligner à titre liminaire que le fait pour l'OAI de se fonder essentiellement sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA n'est pas critiquable en soi. La seule exigence en matière d'instruction est que l'autorité concernée dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit aux prestations. En l'occurrence, la principale question à élucider par l'intimé relève de l'éventuelle capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée et la date éventuelle à partir de laquelle cette activité adaptée est exigible. L'instruction conduite par la CNA visant à établir les mêmes éléments, l'OAI était sur le principe, compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité (cf. consid. 4d *supra*), fondé à se baser sur le dossier médical constitué par l'assureur-accidents. Cela étant, avant de statuer sur les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, l'intimé a bel et bien pris en compte tous les avis médicaux concernant l'ensemble des atteintes qu'il présente.

En l'occurrence, le cas de l'assuré a été soumis le 21 juin 2023 à la médecin-conseil de la CNA, la Dre X._____, qui a établi une

anamnèse de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'accident du 18 mars 2018. Elle a posé ses diagnostics et émis son appréciation dans laquelle elle a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge répété de plus de 15-20 kg, pas de port de charge unique de plus de 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée même en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers, échelles et échafaudages, pas de position accroupie ou à genoux prolongée et/ou répétée. Après avoir résumé l'ensemble des traitements médicaux reçus par l'assuré, elle a considéré qu'une amélioration significative de l'état de santé au niveau du calcanéum gauche était peu vraisemblable à plus de cinq ans du traumatisme initial et après six interventions chirurgicales. Elle a estimé que dans une activité adaptée théorique, respectant les limitations fonctionnelles, l'assuré avait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dès trois mois après la dernière intervention, à savoir dès le 13 juin 2023, s'agissant d'une intervention minimale. Le rapport de la Dre X. _____ est ainsi fondé sur un dossier complet et ses conclusions, claires et étayées, sont convaincantes.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'intimé a rendu sa décision en se fondant sur un avis du SMR reprenant les conclusions de l'examen complet et probant de la médecin-conseil de la CNA. Il a en outre retenu des limitations fonctionnelles plus étendues afin de tenir compte de l'atteinte à la main gauche ayant motivé diverses prises en charge dont en particulier un séjour à la Clinique Z. _____ en 2016, une intervention chirurgicale en juillet 2016 et des infiltrations en 2017 (Pas d'activité en force de la main gauche [membre dominant]). La critique du recourant selon laquelle l'intimé se serait basé sur des éléments médicaux incomplets et partiels ne saurait ainsi être suivie. On rappellera par ailleurs que les avis SMR opèrent une synthèse de la documentation médicale à disposition et ne sont pas dénués de valeur probante. Ils peuvent servir de socle à l'appréciation de l'administration ou du tribunal pour autant que leur fiabilité ne soit pas mise en doute (cf. consid. 5d *supra*), ce qui est le cas en l'espèce.

c) Par ailleurs, contrairement à ce qu'il avait annoncé, le recourant n'a produit aucun rapport faisant état de nouvelles atteintes qui n'auraient pas été prises en compte par l'OAI, en particulier concernant des atteintes cardiaques dont il se prévaut dans son recours.

Les rapports des 22 septembre 2023 et 10 juin 2024 de la Dre K._____ ne sont par ailleurs d'aucun secours au recourant. En effet, celle-ci se limite à reprendre les atteintes déjà examinées par l'OAI s'agissant de l'atteinte au pied gauche et ne fait pas état de limitations fonctionnelles supplémentaires ou qui auraient été omises par l'intimé. De même, elle ne retient aucune limitation fonctionnelle, que ce soit en lien avec le diagnostic de hernie discale ou avec l'état dépressif relevé dans son rapport du 10 juin 2024, qui est au demeurant postérieur à la décision litigieuse. En tout état de cause, elle ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle que l'intimé aurait omis de prendre en compte et ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Faute de motivation, les rapports de la Dre K._____ ne permettent pas de s'écarter de l'avis de la CNA, respectivement du SMR, suivis par l'intimé.

d) En conclusion, l'intimé était fondé à retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 26 juin 2015, mais qu'il pouvait, dès le 13 juin 2023, reprendre une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a accordé au recourant une rente d'invalidité de 100 % pour la période du 1^{er} février 2018 - compte tenu d'une demande de prestations tardive déposée le 3 août 2017 - au 30 septembre 2023.

Quant au grief soulevé par le recourant concernant le décompte de surindemnisation établi le 7 décembre 2023 par la CNA - outre le fait qu'il est peu compréhensible et qu'il ne fait en définitive l'objet d'aucune conclusion formelle - il est irrecevable. Il appartient en effet au recourant d'attaquer le bien-fondé de la restitution et l'étendue de celle-ci directement auprès de l'assureur-accidents (TF 9C_232/2016 du 1^{er} septembre 2016 consid 5.2 ; 9C_287/2014 du 16 juin 2014 consid 2.2 et les références citées).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 janvier 2024 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 du recourant.

- 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 François Gillard, pour F. _____,
- 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).

Le greffier :