



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2019 290

**Arrêt du 21 octobre 2020**

**1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Dominique Gross

Greffière-stagiaire:

Sarah Darwiche

Parties

**A. \_\_\_\_\_, recourant,**

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité - rente limitée dans le temps - capacité de travail

Recours du 23 octobre 2019 contre la décision du 14 octobre 2019

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, maçon né en 1969, a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) le 19 mai 2016, après avoir été victime le 30 octobre 2015 d'un accident sur le chantier où il effectuait alors un contrat de mission : il était tombé d'une échelle d'une hauteur de 1 m 20 ce qui lui avait causé une fracture multi-fragmentaire du pilon tibial de la jambe droite, au niveau de la cheville.

A la suite de quoi, il n'a pas repris le travail.

Après avoir d'emblée été hospitalisé durant environ trois semaines, jusqu'au 23 novembre 2015, il est retourné à l'hôpital deux ans plus tard, le 23 novembre 2017, pour y subir une intervention visant notamment à immobiliser la cheville (arthrodèse).

Au cours de cette dernière opération, il a fait une hémorragie interne favorisée par une cirrhose, elle-même causée par une consommation excessive d'alcool et favorisée encore par une obésité morbide.

Au printemps 2019, il a séjourné durant un mois à la Clinique romande de réadaptation (CRR), durant lesquels une problématique psychique a nouvellement été signalée.

B. La SUVA qui l'assurait contre le risque accidents ne lui a pas alloué de rente, estimant, dans une décision sur opposition du 20 septembre 2017, la perte de gain subie inférieure à 10%.

Elle a plus tard décliné sa responsabilité pour ce qui avait trait aux troubles psychiques.

C. Par décision du 14 octobre 2019, qui modifiait partiellement un projet de décision du 11 octobre 2017, l'OAI lui a pour sa part octroyé une rente entière limitée dans le temps, dans un premier temps, du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 30 juin 2017, puis, dans un second temps, du 1<sup>er</sup> novembre 2017 au 31 juillet 2018.

D. A. \_\_\_\_\_ interjette recours contre cette dernière décision le 23 octobre 2019. Il allègue en substance ne plus pouvoir travailler, sa capacité de travail étant selon lui demeurée nulle depuis son accident.

Il a déposé une avance de frais de CHF 800.- le 2 décembre 2019.

Dans ses observations, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant au dossier.

Il a versé de nouvelles pièces médicales le 19 novembre 2019, indiquant que le recourant allait prochainement devoir être réopéré.

Le 10 février 2020, le recourant a produit à son tour de nouveaux rapports médicaux précisément récoltés après la nouvelle opération.

D'autres pièces médicales ont encore été transmises par l'OAI, le 13 mai 2020, le 19 juin 2020, puis encore le 11 septembre 2020.

Les parties ont en fin de compte campé sur leurs positions.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit, pour autant que cela soit utile à la résolution du litige, considérants dans le cadre desquels seront examinés leurs moyens de preuve.

## en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

2.

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

2.2. La méthode dite ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

3.

Selon l'art. 17 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.

3.1. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

3.2. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

4.

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4.1. Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

5.

*Accident et suites, jusqu'au moment où a été rendue la décision*

Maçon né en 1969, le recourant était au bénéfice d'un contrat de mission temporaire (contrat du 28 août 2015, dossier AI, p. 87) lorsqu'il a été victime d'un accident de travail le 30 octobre 2015 qui le blessa au niveau de la cheville droite.

Il s'est mal réceptionné en tombant d'une échelle alors qu'il redescendait d'une benne qu'il venait de nettoyer (déclaration d'accident, dossier AI, p. 94).

C'est une « *fracture multifragmentaire du pilon tibial jambe D* » qui sera constatée.

5.1. Emmené le jour même à l'Hôpital, il y a séjourné jusqu'au 23 novembre 2015.

La fracture fut réduite par ostéosynthèse: « *Réduction fermée et mise en place d'un fixateur externe tibio-calcanéen jambe D (OP le 31 10.2015). AMO fixateur externe et ostéosynthèse malléole externe, pilon tibial et malléole interne jambe D (OP le 10.11.2015)* » (rapport de sortie du 25 novembre 2015 de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de Fribourg (HFR), dossier AI, p. 67).

Une deuxième opération a été nécessaire: « *Ré-ostéosynthèse péroné jambe D (OP le 17.11.2015)* » (rapport précité).

Il a en effet fallu réopérer le péroné pour l'allonger: « *Ce patient présente au niveau des radiographies postopératoires une fibula malheureusement ostéosynthésée de manière trop courte. Etant donné le jeune âge du patient, on décide de réopérer le péroné en l'allongeant d'environ 7 à 8 mm. Le patient est informé du déroulement de l'intervention ainsi que des risques et bénéfices liée à celle-ci et nous donne son accord* » (rapport HFR du 19 novembre 2015, dossier AI, p. 69).

5.2. Il a été mis fin à sa mission de travail le 30 novembre 2015 (dossier AI, p. 105).

5.3. Au début du printemps 2016, le recourant se déplaçait encore avec des cannes et poursuivait sa physiothérapie.

Il était suivi par le Dr B. \_\_\_\_\_, chef de clinique au HFR : « *Le patient vient pour un contrôle à environ 4 mois et demi postopératoires. Il réfère encore des douleurs au niveau de la cheville avec limitation de la mobilité. Fait de petits trajets à l'aide des cannes anglaises. Il fait régulièrement la physiothérapie. Prise encore d'anti-inflammatoire. Il est à l'arrêt de travail à 100% en tant que maçon. (...) L'évolution est lente mais avec des signes de consolidation à la radiographie raison pour laquelle il peut essayer de plus en plus sur la cheville. Poursuite de la physiothérapie pour apprendre le déroulement normal du pied. Afin de protéger la cheville, on prescrit des chaussures Kuenzli avec renforcements latéraux. Prochain contrôle dans 2 mois. Arrêt de travail prolongé jusqu'au prochain contrôle* » (rapport HFR du 23 mars 2016, dossier AI, p. 30).

Quelques semaines plus tard, il marchait encore avec des cannes et la douleur était ravivée sur des terrains irréguliers : « *Le 27.05.16 : Il s'agit d'un contrôle clinique. Le patient marche toujours avec des cannes. La douleur est relativement bien supportée sur un terrain plat mais devient très difficile en cas de terrain irrégulier* » (rapport HFR du 5 août 2016, dossier AI, p. 255)

5.4. Au mois de juin 2016, la fracture était consolidée, mais la mobilité de la cheville était réduite, la reprise du travail n'entrant alors pas en ligne de compte : « *La fracture est actuellement consolidée mais on constate lors des 2 derniers contrôles une arthrose en progression avec une mobilité réduite de la cheville. (...) Actuellement, le patient bénéficie d'un traitement par physiothérapie et rien d'autre n'est à proposer pour l'instant. (...) Actuellement les restrictions sont d'ordre physique avec une cheville encore douloureuse, peu mobile. (...) Actuellement, le patient n'est pas apte à reprendre son activité professionnelle* » (rapport du 16 juin 2016 du HFR (dossier AI, p. 115).

5.5. En automne 2016, on procéda à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et l'on constata, à cette occasion, la présence d'un ostéophyte, possiblement à l'origine des douleurs : « *Il y a un an il a été opéré pour une ostéosynthèse de cheville pour fracture pilon tibial multi-fragmentaire. Il présente toujours des douleurs surtout au niveau du péroné distal et lors de la mise en charge tibia distale antérieure. Il marche en charge avec une canne anglaise avec boiterie importante antalgique. Il est à l'arrêt de travail à 100% comme maçon sur les chantiers. (...) Nous organisons l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pour le 29.11.2016 en hospitalisation. Au vu des douleurs sur la face antérieure de la cheville et la présence d'un ostéophyte tibio-talaire antérieure, pendant l'opération, nous allons effectuer une chéïlectomie également* » (rapport HF du 21 novembre 2016, dossier AI, p. 157).

Une chéïlectomie (= résection d'une excroissance osseuse) était dès lors envisagée, mais celle-ci ne sera en fin de compte pas pratiquée : « *Sous contrôle scopique, nous effectuons une dorsiflexion forcée de la cheville et nous constatons qu'il n'y a pas de conflit mécanique entre le tibia antérieur et l'ostéophyte astragaliennne. Par conséquent, nous ne pratiquons pas la chéïlectomie antérieure* » (rapport HFR du 1<sup>er</sup> décembre 2016, dossier AI, p. 188).

5.6. Une année plus tard, soit en automne 2017, de nouvelles radiographies montraient que la situation commençait à générer une malformation (dysmorphie) au niveau de la cheville : « *dysmorphie cortico-trabéculaire distale des deux os de la jambe, post-fracturaire et post-ostéosynthèse avec stigmates de vissage. Persistance de trois vis, sans signe de mobilité, du tibia distal. Efflorescences osseuses des pointes malléolaires. Efflorescences osseuses antéro-supérieure du talus, de la marge antérieure du pilon tibial et naviculo-cunéennes. Efflorescence osseuse de la base du 5e métatarsien à l'insertion du court fibulaire* » (rapport du Centre d'imagerie de Fribourg (CIF) radiographie du 3 octobre 2017, dossier AI, p. 529).

Une arthrodèse (= immobilisation de la cheville) fut dès lors pratiquée au mois de novembre par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Des complications surgirent en cours d'opération, le recourant faisant une hémorragie interne (cf. plus loin).

5.7. Début de l'année 2018, les suites de l'opération étaient tout de même considérées comme favorables malgré les douleurs, la mobilité de la cheville étant décrétée nulle : « *Les suites sont favorables, la cicatrice est marquée par un écoulement. Guérissant. Actuellement il présente des douleurs de type météo-dépendantes. Périmètre de marche 56 minutes sans canne. Examen clinique œdème du membre inférieur. Marche avec une paire de cannes. Cicatrices en ordre palpable. Mobilité nulle* » (rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2018, dossier AI, p. 605).

Pour autant, moins d'un mois plus tard, on constatait la persistance des douleurs et l'on notait l'apparition d'un œdème, qui avaient pour conséquence de limiter le périmètre de marche : « *l'évolution est défavorable en raison des douleurs et d'un œdème du membre inférieur droit. Périmètre de marche de 10-15 minutes ainsi que douleurs. Patient 172 cm pour 120 kg. Œdème du membre inférieur. Marche avec une paire de cannes. Cicatrices en ordre palpable. Mobilité nulle* » (rapport du 21 février 2018, dossier AI, p. 695).

Au printemps 2018, le Dr C. \_\_\_\_\_ qualifiait « *le pronostic [de] sombre* » (rapport du 3 avril 2018, dossier AI, p. 715).

Puis, quelques semaines plus tard, l'évolution de « *lentement défavorable, persistances des douleurs* » (rapport du 15 mai 2018, dossier AI, p. 781).

5.8. Au début de l'été 2018, le recourant a été examiné par la médecin d'arrondissement de la SUVA.

Celle-ci relevait l'absence de toute consolidation de la cheville: « *Vu la persistance des douleurs l'assuré est opéré avec arthrodèse de l'articulation tibio-astragaliennne et sous-astragaliennne et AMO partielle le 15.11.2017. En postopératoire, trouble de la cicatrisation et status post choc hémorragique le 23.11.2017 sur ulcères antraux multiples sur prise d'AINS et anticoagulation prophylactique avec une hospitalisation du 23.11.2017 au 07.12.2017 à l'HFR Fribourg. Comorbidités d'un alcoolisme et cirrhose. L'assuré est suivi par le Dr C. \_\_\_\_\_ (rapports de suivi des 8 et 15.05.2018) qui constate chez un assuré avec surpoids important qui se déplace avec 2 cannes, une absence de consolidation de l'arthrodèse de la cheville D selon le scanner* » (examen du 18 juin 2018, dossier AI, p. 741).

La situation n'était dès lors, selon elle, pas stabilisée : « *Sur la base des rapports médicaux et l'examen de ce jour, la situation n'est pas stabilisée concernant la consolidation de la cheville D.*».

5.9. Au début de l'automne 2018, le recourant tentait malgré tout de se réinsérer comme chauffeur poids lourds.

Il a été expertisé auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR), pour le personnel de laquelle une telle réinsertion n'était pas envisageable : « *Patient titulaire d'un permis de conduire pour véhicules de la catégorie B et C avec boîte à vitesses manuelle. Se déplace encore actuellement avec 2 cannes anglaises. Au vu des résultats obtenus ce jour sur le simulateur, mon avis est défavorable pour la reprise de la conduite de véhicules de la catégorie C en raison de la*

*difficulté rencontrée lors de ses déplacements, monter/descendre d'un camion me semble extrêmement difficile voir impossible pour Monsieur, de même que pour effectuer toutes les manutentions qu'il est nécessaire d'effectuer pour un chauffeur poids-lourds »* (évaluation CRR du 9 octobre 2018, dossier AI, p. 1077).

5.10. En novembre 2018, la situation n'avait pas changé : *« évolution défavorable, présente toujours les même douleurs »* (rapport du 13 novembre 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_, dossier AI, p. 841).

5.11. Et elle était encore la même au début de l'année 2019 : *« La situation de santé n'a pas évolué, Monsieur se déplace toujours avec deux cannes. Il peut conduire sa voiture automatique. Par contre il a dû se rendre à la CRR pour le renouvellement de son permis camion, il n'est pas apte à conduire des poids lourds car il n'a pas de force dans la cheville droite. Il pense qu'il ne peut plus du tout travailler qu'aucun employeur ne voudra l'engager avec les cannes »* (rapport AI du 22 février 2019, dossier AI, p. 918).

Le recourant se plaignait alors auprès de l'OAI : *« Il explique que l'intervention de 11.2017 n'a pas apporté d'amélioration »*.

Il laissait aussi entendre qu'il commençait également à éprouver des difficultés d'ordre psychique et s'en était confié à son médecin traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne: *« Il consulte aussi le Dr D. \_\_\_\_\_ pour « la tête », car il n'a pas le moral de rester à la maison sans rien faire »*.

C'est la première fois que la piste d'une éventuelle atteinte psychique était évoquée.

5.12. Au mois de mars 2019, le Dr C. \_\_\_\_\_ reconnaît que, 18 mois après l'opération pratiquée à la fin de l'année 2017, les choses ne vont pas bien, toute reconversion dans les transports poids lourds semblant par ailleurs illusoire : *« Actuellement, nous sommes à 18 mois d'une arthrodèse de la cheville droite. Les suites opératoires furent difficiles. Marche toujours avec des béquilles pour des périmètres au-delà des 100m. Le patient se plaint également de douleurs météo dépendantes. A été vu par vos soins à la Suva à Sion. Il est incapable de conduire. Se plaint également d'un œdème les membres inférieurs. Comme tout chauffeur, le patient doit procéder à la charge et décharge de son camion au port de charge et à la déambulation. Impossible de conduire un camion poids lourds »* (rapport du 5 mars 2019, dossier AI, p. 920).

5.13. A cette même époque, le recourant a été revu par la médecin d'arrondissement de la SUVA.

Celle-ci constatait que la situation n'avait guère changé depuis son dernier examen, la cheville présentant la même malformation: *« Une radiographie de la cheville D face/profil actuelle du 25.01.2019 ne décrit pas de complication du matériel ou de la trame osseuse au pourtour du matériel après arthrodèse par plaque visée intérieure et vis talo-crurales de la cheville D. Le dysmorphisme osseux post-traumatique et post-thérapeutique séquellaire serait comparable à 2018 »* (examen du 11 mars 2019, dossier AI, p. 1054 ss).

Des photographies de la cheville droite figurent au dossier, qui attestent précisément d'un telle malformation s'étendant de la cheville jusqu'au dessus du talon, avec une peau de couleur rouge-brun paraissant particulièrement tendue (dossier AI, p. 1055).



5.14. Au printemps 2019, un séjour à la CRR fut jugé nécessaire.

Le recourant s'y présenta en faisant part de ses douleurs et des limitations induites par celles-ci : *« A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs à type de brûlures sur la face latérale du médio-pied droit, irradiant à la malléole externe et au mollet. EVA max 8-9/10. La Symptomatologie est aggravée par la charge et améliorée par le repos. Les douleurs sont aussi présentes la nuit, déclarant se réveiller 1-2 x/nuit et être soulagé par le changement de position. Périmètre de marche déclaré de 15-30 minutes. Arrêt à cause des douleurs et de l'œdème du membre inférieur droit. Le moral est décrit comme bas sans idée noire à l'entrée »* (rapport du 26 juin 2019, dossier AI, p. 984ss).

Les spécialistes de la CRR remirent alors en cause l'arthrodèse pratiquée en novembre 2017, qu'il y aurait lieu de corriger : *« Au cours du séjour le patient a été évalué par notre spécialiste en traumatologie. Il constate une malposition du pied droit rendant toute rééducation effective à la marche impossible avec une arthrodèse faite dans un seul plan, et sans avivement idéal et avec une position du pied qui n'est pas favorable. Il propose une évaluation en milieu hospitalier universitaire, par le Prof. E. \_\_\_\_\_, en vue d'une éventuelle reprise chirurgicale, actuellement non contre-indiquée du point de vue angiologique »*.

Elle paraissait notamment entraver la circulation du sang, le contexte étant encore aggravé par la surcharge pondérale : *« Absence d'insuffisance artérielle des membres inférieurs. Insuffisance veineuse chronique de stade II en lien avec des varices tronculaires primaires des grandes veines saphènes et une ankylose complète de la cheville droite (non utilisation de la pompe musculaire du mollet). La situation est également aggravée par la surcharge pondérale importante »* (rapport CRR du 3 juin 2019 du Dr F. \_\_\_\_\_, dossier AI, p. 1005).

Une nouvelle intervention chirurgicale visant à repositionner l'arrière-pied semblait dans ces conditions inéluctable : *« Mon diagnostic est donc une mal position du pied D rendant toute rééducation effective à la marche impossible avec une arthrodèse qui a été faite dans un seul plan, sans avivement idéal et avec une position du pied qui n'est pas favorable. (...) Je pense qu'il doit être vu par le Prof. E. \_\_\_\_\_ qui nous lit en copie, qu'il demande des RX à sa convenance et qu'il décide si cela vaut la peine de le reprendre. Vu le jeune âge du patient, j'aurais tendance à dire qu'il faut le réopérer pour lui enlever cette plaque, lui repousser l'astragale en arrière et le mettre réellement à 90° voire en très discret talus au niveau de la cheville, qu'il faut lui raccourcir le péroné et utiliser une partie du péroné pour avoir une fixation de la tibio-astragaliennne en 2 plans avec un système de vis en croix par exemple et de péroné utilisé comme étai latéral, ce qui donne quand même plus de chance à la consolidation qu'avec une fixation dans un seul plan. Je ne sais pas s'il faut faire un geste d'arthrodèse associée de la sous-astragaliennne ou pas mais je pense que le vrai problème chez lui est réellement la position. Le geste sur le péroné permettra également probablement de mieux positionner en discret valgus l'arrière-pied par rapport à ce qu'il est actuellement »* (rapport CRR du 24 mai 2019 du Dr G. \_\_\_\_\_, dossier AI, p. 1010).

Compte tenu des antécédents du patient, l'opération était toutefois jugée risquée : *« Comme il a déjà été opéré 3 x, le risque infectieux est grand, la peau est de mauvaise qualité et on a évoqué avec le patient que éventuellement si la cicatrisation fait problème, s'il s'infecte et s'il présente une infection difficile à traiter, on pourrait dans un cas aussi compliqué arriver à une amputation. Le patient était un peu surpris qu'on évoque ceci mais d'un autre côté, quand je lui ai demandé ses perspectives d'avenir et comment il voyait sa rééducation à la marche, il a bien compris qu'actuellement il ne peut pas se rééduquer à la marche et qu'il risque de finir en chaise roulante*

*s'il ne fait rien. La chaise roulante à 51 ans me paraît un peu prématuré, c'est pour cela que je pense qu'il est utile que tu le revois, que tu lui fasses des propositions et que tu te sentes complètement libre pour voir si oui ou non ça a un sens de reprendre ce patient mais ceci me semble être le cas ».*

Elle sera finalement pratiquée au mois de décembre 2019, comme on le verra plus loin.

6.

### *Autres atteintes*

#### *6.1. Consommation d'alcool et obésité morbide*

En été 2016, le recourant est également allé consulter pour des troubles en lien avec une cirrhose provoquée par sa consommation de l'alcool : *« En conclusion, votre patient présente une importante hyperferritinémie avec élévation de la saturation de la transferrine sans surcharge martiale significative, d'origine mixte : perturbation des tests hépatiques dans le contexte de cirrhose avec composante d'hyperferritinémie dysmétabolique et éthylique. Dans cette situation, j'ai informé le patient des graves répercussions hépatiques engendrées par sa consommation éthylique excessive, et j'ai insisté pour qu'il réduise fortement voire idéalement stoppe définitivement sa consommation d'alcool. Le patient se dit tout à fait favorable à entreprendre ce sevrage et je vous laisse le soin de l'encourager dans ce sens. J'ai également informé le patient qu'il serait souhaitable qu'il modifie ses habitudes alimentaires afin de réduire son excès pondéral »* (rapport HFR du 17 août 2016, dossier AI, p. 158).

Une *« obésité morbide de classe 2 selon OMS (BMI 39.2 kg/m<sup>2</sup> le 20.07.2016) »* avait été relevée à cette occasion.

A l'automne 2017, son second séjour à l'hôpital, nécessité par la pose d'un mécanisme de fixation de la cheville par arthrodèse, a été prolongé en raison d'une hémorragie digestive survenue en cours d'opération et favorisée par de nombreux ulcères : *« Monsieur est un patient OH chronique hospitalisé le 23.11.17 pour une hémorragie digestive haute sur ulcères antraux multiples sur prise d'AINS et anticoagulation prophylactique dans un contexte post-opératoire. Le patient est initialement hospitalisé aux soins intensifs en raison d'un état de choc et bénéficie d'une gastroscopie en urgences où on retrouve des ulcères multiples. L'évolution est initialement favorable et nous poursuivons le traitement par Pantoprazole 40 mg 2x/j. Le patient ne présente pas de récurrence d'hémorragie durant le séjour à l'étage »* (rapport HFR du 11 décembre 2017, dossier AI, p. 614).

On peut penser que cette hémorragie était en lien avec sa consommation d'alcool : *« Concernant la cirrhose [...] découverte aux soins intensifs, une origine alcoolique est suspectée chez un patient consommant chroniquement 1,5L de vin par jour depuis sa tendre jeunesse ».*

#### *6.2. Troubles psychiques*

Comme il a été dit plus haut, le recourant a également commencé à se plaindre de troubles psychiques au début de l'année 2019.

Lors de son séjour à la CRR au printemps 2019, il a été vu par la Dre H. \_\_\_\_\_, psychiatre, à laquelle il a rapporté avoir voulu mettre fin à ses jours à la fin de l'année 2018, ne supportant plus de se trouver dans des difficultés financières : *« Du point de vue psychique, on retient dans ses*

*antécédents 2 tentatives de suicides en novembre et décembre 2018. Il rapporte avoir voulu se prendre à son domicile et avoir été stoppé par son épouse dans son geste. Cette dernière a exigé qu'il bénéficie d'un suivi psychothérapeutique. Depuis, il est suivi dans un centre psychothérapeutique tous les 15 jours. Un traitement anti-dépresseur par Citalopram 20 mg a été introduit par le médecin traitant, puis complété par du Relaxane 3 à 4 cp par jour, ce qui a permis une amélioration de l'humeur. Le patient décrit son passage à l'acte comme un geste impulsif qu'il critique aisément, principalement motivé par les difficultés financières rencontrées depuis un an ½ » (consilium psychiatrique du 17 mai 2019, dossier AI, p. 1002).*

Il aurait, cela étant, mis fin à sa consommation d'alcool : *« Le patient a stoppé toute consommation d'alcool depuis 2017 suite à une hémorragie digestive et a stoppé la consommation de tabac en 1993. Il n'y a pas d'autre consommation de toxique problématique déclaré ».*

Dans un tel contexte, la spécialiste a retenu la présence chez lui d'un état dépressif léger, dans un contexte de difficultés économiques et sociales : *« Suite à l'évaluation réalisée ce jour, je retiens le diagnostic d'épisode dépressif léger. La situation actuelle avec un sentiment d'inutilité et l'absence de perspective professionnelle et les difficultés financières ont clairement contribué à l'installation d'un état dépressif. Il n'y a pas d'indication à modifier le traitement psychotrope actuel chez un patient qui bénéficie d'un suivi régulier. Je propose que le patient puisse bénéficier durant le séjour d'une rencontre avec le service social pour qu'il puisse comprendre le fonctionnement des assurances, un suivi individuel centré sur la gestion des émotions d'impulsivité et les croyances avec une interprète. Il serait également souhaitable que le patient puisse s'investir dans des activités de type créatif, à l'atelier animation ».*

Elle prenait enfin acte du fait qu'il était régulièrement suivi et ne préconisait pas de nouveau traitement : *« Il n'y a pas d'indication à modifier le traitement psychotrope actuel chez un patient qui bénéficie d'un suivi régulier ».*

7.

#### *Décision et évolution ultérieure*

7.1. La décision contestée a été rendue le 14 octobre 2019 (dossier AI, p. 1147).

Elle retenait deux périodes de perte de gain totale à indemniser, soit, tout d'abord, *« du 01.10.2016 (échéance du délai d'attente) au 30.06.2017 »*, puis à nouveau, *« du 01.11.2017 au 31.07.2018 »*.

7.2. Le 22 octobre 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_ indiquait que le recourant s'était adressé à l'assurance-chômage durant la période intermédiaire durant laquelle aucun droit n'avait été reconnu, mais qu'il aurait été déclaré inapte au placement, critiquant la décision de l'AI sur ce point car elle échapperait selon lui à toute logique : *« Cet assuré a donc été considéré comme apte au travail dans une activité adaptée à partir du 01.07.2017 jusqu'au 31.10.2017. Durant cette période il s'est adressé à l'assurance chômage. Cette dernière c'est vite rendue compte qu'il était en fait strictement inapte au placement. Il n'a dès lors eu droit à aucune indemnité de chômage. Faut-il considérer une inaptitude au placement prononcée par l'assurance-chômage comme la confirmation d'une prolongation de l'incapacité de gain qui lui avait été reconnue jusqu'au 30.06.2017 et dès lors continuer à le considérer comme un invalide à 100% (ce qui semble finalement assez logique) ou doit-on admettre que l'avis du médecin-conseil de la Suva qui s'était*

*prononcé en faveur d'une bonne capacité de gain dans une activité adaptée prend le dessus sur la réalité économique des faits ? » (dossier AI, p. 1158).*

7.3. Cela étant, de nouveaux rapports médicaux ont été produits après la décision querellée, à savoir :

- un rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_, médecin associée au département de l'appareil locomoteur du service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, à l'occasion d'une nouvelle consultation, qui décréait nulle toute activité de travail sur les chantiers : *« Je vois donc le patient ce jour en présence du Prof. E. \_\_\_\_\_ (...). Au vu de l'impotence fonctionnelle très importante, les douleurs invalidantes quotidiennes, il est difficile d'imaginer que ce patient pourrait travailler en tant que maçon sur les chantiers. L'examen clinique et les radiographies confirment une pseudarthrose de l'arthrodèse tibio-talienne avec une position du pied non-fonctionnelle en équin. L'aspect cutané clinique traduit une insuffisance veineuse chronique sévère actuellement traitée par un bas de contention et drainage lymphatique. (...) Au vu de cet aspect clinique mais aussi le statut post multiples interventions chirurgicales, on ne peut pas exclure une infection à bas bruit, raison pour laquelle nous proposons de compléter le bilan par une prise de sang (...) et par un SPECT-CT au leucocytes marqués » (rapport du 19 novembre 2019, dossier AI, p. 1231) ;*

- une notice de la médecin d'arrondissement de la SUVA estimant qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'aurait aucun impact sur l'estimation faite de la capacité de travail : *« La situation au pied ne changera plus concernant la capacité de travail. Si pas de chirurgie, capacité de travail selon les limitations de la CRR, lettre de sortie » (dossier AI, p. 1384) ;*

- un second rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_, qui confirmait que le recourant allait être opéré et que, après cela, il faudrait envisager une reconversion professionnelle : *« Evolution jusqu'à ce jour : défavorable, avec impotence fonctionnelle empêchant toute activité professionnelle et douleurs quotidiennes très invalidantes. (...) Durée prévisible du traitement : probablement jusqu'à une année post-opératoire (opération prévue pour le 06.12.2019). Le patient est actuellement à l'arrêt de travail à 100% dans son activité en tant que maçon sur les chantiers. Il est à prévoir que ce patient ne pourra pas reprendre son activité de maçon sur les chantiers malgré l'intervention susmentionnée et nous pouvons nous attendre à une nécessité d'une reconversion professionnelle » (rapport du 17 décembre 2019, dossier AI, p. 1336) ;*

- un troisième rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_, à l'occasion de la reprise de l'arthrodèse au mois de décembre 2019, laissant finalement espérer un recouvrement des capacités du recourant : *« Le patient a séjourné dans notre service du 04.12.2019 au 11.12.2019, date de son retour à domicile. (...) Révision de l'arthrodèse avec ablation du matériel d'ostéosynthèse et nouvelle arthrodèse. (...) Actuellement, il a des douleurs surtout à la marche, il n'arrive pas à poser le pied correctement ni dérouler le pas. Il a aussi des douleurs au repos. Il est très gêné par la position de la cheville et du pied. Une prise en charge chirurgicale lui a été proposée. Les suites opératoires sont simples. Nous avons initié la rééducation à la marche en charge partielle de 10 kg sous la protection d'un combicast en association avec une thromboprophylaxie par Clexane sc 40 mg x 1/j. Nous avons autorisé le retour à domicile sur la base d'une évolution favorable et d'une autonomie suffisante. Attitude à la sortie. Marche en charge partielle de 10 kg pour une durée de 6 semaines sous la protection d'un combicast [= botte en résine] puis charge progressive de + 10 kg/semaine toujours sous la protection d'un combicast pour 6 semaines supplémentaires » (rapport du 8 janvier 2020, dossier AI, p. 1298) ;*

- un rapport du Prof. E. \_\_\_\_\_ et de la Dre I. \_\_\_\_\_ adressé à l'OAI, rédigé six mois après la reprise de l'arthrodèse et qui constatait la présence d'un très important lymphœdème : « *On est à 6 mois de l'intervention, le patient souffre encore passablement de douleurs et d'une tuméfaction très importante de sa jambe droite. Il n'a que peu de douleurs au repos ce qui est une amélioration par rapport à l'état pré-opératoire. Il ne peut néanmoins pas se déplacer sans ses cannes et il a des difficultés à se chausser en raison de la tuméfaction. A l'examen clinique, les cicatrices sont guéries et calmes. On note par contre un très important lymphœdème remontant jusqu'au mollet et prenant le godet. La position de l'arthrodèse reste légèrement suboptimale avec un petit équin résiduel. Il n'y a pas de douleurs à la sollicitation de l'arthrodèse de la cheville. On se rend par contre compte que la sous-talienne et le Chopart sont complètement enraidis et leur mobilisation provoque des douleurs. Au bilan radiologique, on note une consolidation de l'arthrodèse avec le matériel en place et un remaniement dégénératif au niveau de l'articulation sous-talienne postérieure* » (rapport du 10 juin 2020, déposé dans l'échange des écritures).

Les deux spécialistes confirmaient à cette occasion qu'il s'agissait désormais d'envisager une reconversion professionnelle : « *Nous vous prions de reconsidérer la situation sociale et professionnelle de ce patient d'urgence, car certes la situation médicale n'est pas encore stabilisée mais permet, dès maintenant, d'envisager des mesures de reconversion professionnelle car ce patient ne pourra plus travailler en tant que maçon sur les chantiers et du fait qu'il ne reçoit plus de prestations de la SUVA depuis plusieurs années, il se retrouve dans une situation sociale précaire* » ;

- enfin, un dernier rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2020 (déposé après échange des écritures) au service de lymphologie du CHUV, indiquant que le recourant continue à se déplacer avec des cannes et qu'il aurait des difficultés majeures à se chausser, principalement à cause du lymphœdème, raison pour laquelle elle demande une évaluation à ses confrères, ceci afin de rendre possible la confection de chaussures orthopédiques.

8.

#### *Estimation de la capacité de travail*

La décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps couvre ainsi, on l'a vu, deux périodes différentes, à savoir, dans un premier temps, celle liée à l'incapacité de travail totale générée par l'accident du 30 octobre 2015, puis, dans un second temps, celle causée par l'aggravation passagère de l'état de santé après la reprise chirurgicale de l'arthrodèse au mois de novembre 2017.

Le recourant s'estimant pleinement incapable de travail depuis son accident, et c'est précisément là l'objet du présent litige, il importe d'examiner l'appréciation des différents médecins à partir de cet évènement.

8.1. En été 2016, cela n'est pas contesté, le recourant était toujours en arrêt de travail : « *Il est clair que ce patient en surpoids avec un status post-fracture grave du pilon ne pourra jamais réintégrer une activité professionnelle comme maçon, il a rempli le formulaire de l'AI et prendra contact avec eux dès que possible. En attendant, on continue la physiothérapie et je maintiens l'arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle, soit à une année post-opératoire, en novembre* » (rapport HFR du 5 août 2016, dossier AI, p. 255).

8.2. Au début du printemps 2017, la médecin d'arrondissement de la SUVA considérait que la capacité de travail serait entière dans une activité adaptée, principalement en position assise : « *Capacité de travail dans l'ancienne activité 0 %. Dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes la capacité de travail est de 100 % (horaire et rendement). Les limitations sont les suivantes : travail principalement en position assise avec la possibilité de changer de position. Pas de travail en terrain irrégulier, sur des échelles et des échafaudages. Pas de travail en position accroupie sur charge de la cheville D* » (appréciation médicale du 29 mars 2017, dossier AI, p. 290).

Il est ici à noter que, le même jour, elle retiendra également un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% pour « *une arthrose sous-astragaliennne de degré moyen dont évolution n'est pas prévisible actuellement chez un assuré avec comme comorbidité une obésité de grade III* ».

Sur la base des estimations de sa spécialiste, la SUVA n'octroiera aucune rente au recourant, dans le sens de sa décision sur opposition du 20 septembre 2017 qui n'a pas été contestée (dossier AI, p. 493).

8.3. Au mois de mai 2017, le médecin du service médical régional de l'AI (SMR) partageait le point de vue de la médecin d'arrondissement de la SUVA : « *Dans son rapport d'examen médical final du 29.03.2017 (GED du 03.04.2017), le médecin d'arrondissement de la SUVA a fixé les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale à 0% dans l'activité habituelle et 100% dans une activité adaptée. Il s'agit d'un pur cas commun LAA. Le rapport d'examen médical final du médecin d'arrondissement de la SUVA du 29.03.2017 satisfait aux critères de qualité requis d'un rapport médical. Ses conclusions peuvent être validées* » (estimation du 15 mai 2017, dossier AI, p. 320).

8.4. En été 2017, le médecin traitant généraliste, le Dr J. \_\_\_\_\_, laissait à son tour entendre que l'exercice d'un travail léger était possible, dans l'épargne de certains mouvements : « *Examen clinique sans particularité hormis cheville raide à droite connue et une marche avec une béquille. (...) Raideur fixée de la cheville avec handicap probablement fixé. (...) A éviter : la flexion, le levage et le port de charges fréquents. La montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés. Les risques de chute. Alternier la marche, les stations debout et assise. Un travail léger en atelier est possible* » (rapport du 18 juillet 2017, dossier AI, p. 152 ss).

8.5. Au printemps 2018, soit un peu plus de quatre mois après l'arthrodèse nouvellement pratiquée au mois de novembre 2017 et un séjour hospitalier prolongé dû aux complications, la limitation était à nouveau jugée totale : « *Je pense actuellement une limitation totale. Toutes les ambulations, marche, port de charge est proscrite. Oui, il marche toujours avec une paire de cannes* » (rapport du 3 avril 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_, dossier AI, p. 715).

8.6. Au début de l'été 2018, il a été réexaminé par la médecin d'arrondissement de la SUVA, qui confirmait en tous points sa précédente appréciation d'une capacité de travail théorique entière dans une activité adaptée, cela bien que la situation ne soit toujours pas stabilisée : « *Capacité de travail dans l'ancienne activité 0 %. Dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes la capacité de travail est de 100 % (horaire et rendement). Les limitations sont les suivantes : travail principalement en position assise avec la possibilité de changer de position. Pas de travail en terrain irrégulier, sur des échelles et des échafaudages. Pas de travail en position accroupie sur charge de la cheville D. Sur la base des rapports médicaux et l'examen de ce jour, la situation n'est pas stabilisée concernant la consolidation de la cheville D. Un retour dans l'ancienne activité*

*n'est pas envisageable. Un travail adapté selon l'exigibilité susmentionnée est faisable » (examen du 18 juin 2018, dossier AI, p. 741).*

8.7. Le Dr C. \_\_\_\_\_ continuait pour sa part à délivrer des attestations d'incapacité de travail pour toute la fin de l'année 2018 et le début de l'année 2019 (dossier AI, p. 922).

8.8. Au tout début du printemps 2019, le médecin du SMR relevait à cet égard que ces attestations ne pouvaient se référer qu'à l'ancienne activité de maçon, qui n'était désormais plus exigible: *« les incapacités de travail attestées par de Dr C. \_\_\_\_\_ ne concernent que l'activité habituelle de l'assuré puisqu'aucune activité adaptée n'est exercée depuis l'accident du 30.10.2015. Elles sont donc concordantes avec l'appréciation du médecin d'arrondissement »* (rapport du 18 mars 2019, dossier AI, p. 924).

Il réitérait à son tour son estimation, se calquant à nouveau sur celle de la médecin d'arrondissement de la SUVA, la capacité de travail demeurant ainsi, selon lui, entière dans une activité adaptée, à savoir dans le cadre d'une activité sédentaire assise: *« Il s'agit toujours d'un cas commun pur LAA puisque seules les suites de l'accident influencent durablement la capacité de travail. (...) Les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale fixées par le médecin d'arrondissement le 18.06.2018 sont rigoureusement identiques à celles du rapport d'examen final du 29.03.2017. Cette prise de position est médicalement cohérente. En effet, l'absence de consolidation de l'arthrodèse ne modifie pas les limitations fonctionnelles précédemment définie et n'empêche pas une activité sédentaire assise. L'exigibilité médicale [est] celle fixée par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Cette exigibilité est confirmée dans son rapport du 18.06.2018 ».*

En revanche, la capacité de travail avait bien été nulle durant les quelques mois ayant suivi la reprise de l'arthrodèse et ses complications: *« Comme mentionné ci-dessus, il y a lieu de tenir compte d'une IT totale dans toute activité couvrant la phase de convalescence post-arthrodèse et post-hémorragie digestive sévère ».*

8.9. A la même époque, le Dr D. \_\_\_\_\_ laissait aussi entendre qu'une activité adaptée pouvait être envisagée, à tout le moins sur le principe: *« Exigibilité: Nulle pour les activités lourdes. Seule une activité adaptée est envisageable »* (rapport du 22 mars 2019, dossier AI, p. 927).

Mais il n'était guère optimiste au moment de décrire plus en détail une telle activité, estimant qu'il était difficile pour lui de se prononcer et qualifiant le potentiel de réadaptation de médiocre: *« Position assise au-delà de 20 à 30 minutes très mal tolérée notamment du fait d'un endormissement de l'extrémité du membre inférieur D. Pour le moment ne peut se déplacer qu'avec 2 cannes. Votre patient/votre patiente dispose-t-il/elle de ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion? (par exemple: connaissances linguistiques / formations continues / activités de la vie quotidienne / activités bénévoles / hobbies / temps libre / contacts avec des amis / voyages): Manifestement pas vraiment. Combien d'heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à sa santé? Difficile de me prononcer. Pronostic sur le potentiel de réadaptation: médiocre ».*

8.10. Pour les spécialistes de la CRR qui avaient enfin eu loisir d'examiner le recourant dans la seconde partie du printemps 2019, il subsistait certes un certain nombre de limitations fonctionnelles: *« Au cours du séjour le patient a été suivi aux ateliers professionnels où il a*

*travaillé sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives, sur des activités très légères (<5 kg). Il a été évalué sur des activités en position assise, avec de petites mobilisations des bras. On constate que le patient intègre les deux bras dans les activités proposées. Les manipulations réalisées avec les mains sont correctes dans des actions comportant peu de contraintes et limitées par le Dupuytren ddc. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues concernant la cheville et pied droite : les longs déplacements surtout en terrain irrégulier, les montées et descentes de manière répétitive d'escaliers et/ou d'échelles, les activités répétitives accroupies et un port de charges moyennes entre 5-10 kg » (rapport du 26 juin 2019, dossier AI, p. 984ss).*

Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail serait toutefois entière : « *Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. On s'attend à une pleine capacité dans une telle activité* ».

9.

### *Discussion*

Il ressort de ce qui précède que l'estimation de la capacité de travail a en l'espèce essentiellement dépendu de l'évolution du traitement médical au niveau de la cheville, respectivement des séjours en hôpital qui ont été les points de départs des deux périodes durant lesquelles une invalidité entière a été reconnue.

Au vu des griefs formulés par le recourant, il s'agit en l'espèce de savoir si l'OAI était ou non en droit de considérer que la capacité de travail a été entièrement recouvrée, dans un premier temps au mois de juillet 2017, dans un second temps au mois d'août 2018, ceci après les délais d'attente.

9.1. Il ne fait aucun doute, et personne ne soutient le contraire, que l'ancienne activité de maçon ou toute autre activité lourde, à l'instar de celle de chauffeur poids lourds que le recourant avait semblé envisagé un temps, ne pourra plus être exercée par lui.

C'est dans ce sens que l'on doit comprendre les certificats d'incapacité de travail délivrés par le Dr C.\_\_\_\_\_ après la reprise de l'arthrodèse qu'il a pratiquée au mois de novembre 2017 : ce dernier spécialiste n'aborde pas précisément la question de la reprise d'un travail dans une activité légère adaptée, tout occupé qu'il paraît à ne commenter que le suivi de son opération, laquelle n'aura finalement pas eu le succès escompté, faisant même l'objet d'une nouvelle correction à la fin de l'année 2019, soit après la décision querellée.

9.2. Les médecins de l'AI et de la SUVA sont pour leur part unanimes à considérer, et ils l'ont dit à plusieurs reprises, cela en dépit même de l'évolution pourtant jugée défavorable entre la fin de l'année 2017 et le printemps 2018, qu'une activité légère respectant un certain nombre de limitations pourrait être réalisée par le recourant, principalement en position assise (8.2. ; 8.8. ; 8.10.).

La médecin d'arrondissement de la SUVA a notamment eu l'occasion de constater cela à la fin du mois de mars 2017 (8.2.), ceci alors même que l'arthrodèse n'était pas encore envisagée, ni même envisageable, à tout le moins pas jusque dans ses complications.

Au mois de juillet 2017, le Dr J.\_\_\_\_\_ ne disait pas autre chose (8.4) et l'on peut ainsi en déduire que l'amélioration de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail, avait à cette



époque duré plus de trois mois, dans le droit sens de l'art. 88a al. 1 RAI, pour ne s'achever qu'au mois de novembre 2017 au moment de la reprise de l'arthrodèse.

9.3. C'est le lieu de relever que les deux médecins traitants, même s'ils ont paru plus réservés, n'ont pour leur part jamais formellement exclu toute perspective d'une reprise d'un travail adapté en concluant, par exemple, à une incapacité de travail durable dans toute activité légère adaptée.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ et le Dr D.\_\_\_\_\_ (8.9.) ont en effet laissé entendre qu'une reconversion professionnelle, celle-ci au demeurant vivement souhaitée par le Prof. E.\_\_\_\_\_ et la Dre I.\_\_\_\_\_ (7.3.), était envisageable dans son principe.

On ne saurait ainsi suivre le recourant quand il prétend avoir définitivement perdu toute capacité de travail à la suite de son accident.

9.4. Dans ses griefs formulés dans un premier temps à l'encontre de la décision querellée (7.2.), le Dr D.\_\_\_\_\_ ne fait que déplorer l'apparente contradiction entre la reconnaissance, par l'assurance-invalidité, d'une période de pleine capacité de travail entre le mois d'avril et le mois de novembre 2017 et la déclaration d'inaptitude au placement, qui aurait été rendue dans le même temps par l'assurance-chômage.

Mais il ne va pas encore jusqu'à déclarer que le recourant aurait été incapable de travailler dans une activité adaptée au cours de ces quelques mois intermédiaires.

C'est avant tout la logique d'un système que le Dr D.\_\_\_\_\_ critique ici, qui veut que l'appréciation de la capacité de travail par l'assurance-invalidité découle de l'obligation pour le recourant de réduire le dommage en acceptant un travail adapté, tandis que la décision de l'assurance-chômage se base sur les certificats d'incapacité travail dont ce dernier se prévalait au même moment, ces certificats étant alors liés, comme il a été dit, à son ancienne activité.

L'on rajoutera sur ce point que le recourant pouvait en revanche continuer à prétendre aux indemnités de l'assurance-accidents tant que son état de santé n'était pas stabilisé durant les périodes de reprises chirurgicales.

9.5. On comprend, après le résumé du parcours médical, que la seconde période d'incapacité de travail passagère reconnue dans la décision querellée couvre pour sa part essentiellement les suites de l'arthrodèse qui fut pratiquée au mois de novembre 2017, au cours d'une opération qui a malheureusement connu des complications et dont le recourant, après cela, aura mis plus de temps à récupérer.

Pour autant, en avril 2018 déjà, les médecins de l'AI et de la SUVA s'accordaient à nouveau sur le fait que la capacité de travail était exigible dans le cadre d'une activité adaptée.

Si la situation a paru par la suite se figer, les spécialistes de la CRR ont à leur tour validé cette estimation au printemps 2019, indépendamment du résultat de la reprise de l'arthrodèse qu'ils proposaient, ce qui revient encore à constater que l'amélioration de l'état de santé constatée au printemps 2018 aura également duré manifestement plus de trois mois.

Les médecins traitants du recourant n'ont par la suite pas conclu à la disparition de toute capacité de travail dans une activité adaptée.

Là encore, le recourant ne saurait donc être suivi.

Cela d'autant moins que l'on est encore en droit d'espérer que la reprise de l'arthrodèse le soulage finalement de ses douleurs.

9.6. Il ne saurait non plus se prévaloir désormais d'une atteinte psychiatrique invalidante.

Si la Dre H. \_\_\_\_\_, spécialiste auprès de la CRR, a certes retenu un état dépressif léger au printemps 2019, elle n'a cependant pas qualifié celui-ci d'invalidant, estimant au contraire que le suivi régulier était suffisant.

Aucun autre rapport psychiatrique ne figure au dossier.

9.7. Au demeurant, les difficultés psychiques du recourant paraissent alors également influencées par des facteurs extra-médicaux, parmi lesquels des difficultés économiques précisément relevées par la Dre H. \_\_\_\_\_.

Au nombre de ces facteurs, qui pourraient inciter le recourant à se considérer plus invalide qu'il ne l'est en réalité, citons encore ceux mentionnés par les spécialistes de la CRR au printemps 2019 : *« des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : notamment une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel majeur chez un patient avec un diagnostic d'épisode dépressif léger »* ( rapport CRR du 26 juin 2019, dossier AI, p. 990).

Ces facteurs s'expriment, faut-il le rappeler, dans un contexte d'important déconditionnement professionnel pouvant conduire à la démotivation, le recourant n'ayant jamais repris le travail depuis son accident du 30 octobre 2015.

Les réserves émises par le Dr D. \_\_\_\_\_ (8.9.), qui qualifiait le potentiel de réadaptation de médiocre, semblaient implicitement tenir compte d'une grande démotivation du recourant.

10.

### *Conclusion*

Au vu de tout ce qui précède, l'OAI était en droit de considérer que la situation s'était dans un premier temps améliorée en juillet 2017, avec le recouvrement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après trois mois d'attente, avant de connaître une péjoration passagère celle-ci liée à l'opération subie en novembre 2017 et ses complications, après quoi la capacité de travail était à nouveau entièrement recouvrée dès le 1<sup>er</sup> août 2018, après là encore trois mois d'attente.

S'avérant infondé dès lors qu'il défend la thèse que toute capacité de travail est nulle depuis l'accident, le recours est ainsi rejeté.

Les derniers rapports déposés après la décision ne paraissent par ailleurs pas non plus remettre en cause, à tout le moins pas à ce stade, l'appréciation d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en position principalement assise.

11.

### *Frais et indemnité de partie*

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés en l'espèce à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant.

Ils sont compensés avec l'avance de frais versée.

Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée.

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant.  
Ils sont compensés avec l'avance de frais du 2 décembre 2019.
- III. Aucune indemnité de partie n'est allouée.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 21 octobre 2020 /mbo

Le Président :

La Greffière-stagiaire: