

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 35 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, est marié et père de trois enfants nés en 2012, 2015 et 2017. Sans formation professionnelle certifiée, il a exercé l'activité d'aide monteur en chauffage à plein temps auprès de D. _____ Sàrl à [...] dès octobre 2010.

Il a été victime d'un accident professionnel le 13 mars 2015, à savoir une chute d'un avant-toit ayant occasionné une fracture du fémur gauche, laquelle a fait l'objet d'une réduction et d'un enclouage le même jour au sein de l'Hôpital F. _____. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

B. Par requête formelle déposée le 21 mai 2015, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

A l'instigation de la CNA, il a séjourné au sein de la Clinique G. _____ du 1^{er} juillet 2015 au 22 juillet 2015, où il a été examiné par les Drs J. _____, spécialiste en rhumatologie, K. _____, médecin assistante, T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de dite clinique, rédigé le 4 août 2015, fait état des diagnostics et antécédents suivants :

Diagnostic principal :

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur et limitation fonctionnelle du membre inférieur gauche.

Diagnostics supplémentaires :

- 13.03.2015 : chute d'un avant-toit avec : fracture per- et sous-trochantérienne du fémur gauche type AO 31 A31 (Seinsheimer 5).
- 13.03.2015 : réduction et enclouage du fémur gauche par clou Gamma, verrouillage statique et cerclage Dall-Miles sous-trochantérien.
- Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante.
- Troubles mictionnels d'étiologie indéterminée.

Comorbidités :

- Discopathie dégénérative L5-S1 avec légère protrusion médiane du disque. Spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique bilatérale.
- Tabagisme actif (14 UPA).
- Obésité avec IMC = 31 kg/m².

Antécédents :

- Lombo-cruralgie et douleurs périnéales.
- Ulcère gastroduodéal en 2011-12.
- Crises hémorroïdaires en 2011-12.
- Fracture du pouce gauche en 2013, traitée conservativement.
- Chirurgie de la clavicule droite en 2005 suite à un traumatisme.
- Fracture de la base du 5^e métatarsien droit le 21.01.2014, traitée conservativement.
- Ablation d'un kyste au poignet gauche en 2003.

L'incapacité de travail totale, prononcée dès le 13 mars 2015, se poursuivait. Des limitations fonctionnelles - en cas de marches prolongées, de stations debout prolongées, de port de charges lourdes et de positions contraignantes pour la hanche gauche - pouvaient être fixées provisoirement, alors que la situation médicale n'était pas stabilisée.

L'assuré a également été examiné par la Dre H._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, le 5 août 2015 pour une évaluation de ses troubles vésico-sphinctériens à la demande de la Clinique G._____. Cette praticienne a préconisé des investigations complémentaires sur le plan urologique aux termes d'un rapport du 11 août 2015.

Le 17 octobre 2015, le Dr C._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a indiqué à l'OAI que son patient était toujours en incapacité totale de travail, compte tenu de difficultés à la marche majorées par des pathologies dégénératives rachidiennes et psychiatriques. La reprise d'une activité pénible, dangereuse ou comportant le port de lourdes charges, paraissait exclue. L'assuré bénéficiait par ailleurs d'un traitement antalgique et physiothérapeutique, ainsi que d'un suivi ambulatoire au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier M._____.

Le Dr T._____, en sa qualité de médecin adjoint du DAL, a relevé le 26 novembre 2015 que le contrôle radiologique permettait de considérer que la fracture du fémur était consolidée, aucune décision ne

pouvant toutefois être prise s'agissant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO). Il observait que le cas était particulier en présence d'un patient « prenant un petit peu le chemin d'un douloureux chronique ».

Dans l'intervalle, l'assuré s'est rendu à la consultation du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à compter du 22 octobre 2015. Ce praticien a établi un rapport à l'adresse de la CNA le 12 janvier 2016, retenant le diagnostic d'un état de stress post-traumatique et préconisant un suivi spécialisé hebdomadaire pour une durée d'environ six mois avant d'envisager une nouvelle perspective professionnelle.

Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie, a examiné l'assuré le 19 janvier 2016 et sollicité une analyse du psychiatre-conseil de la CNA, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a procédé à un examen psychiatrique de l'assuré le 26 février 2016. Son rapport, rédigé le même jour, fait état du diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions (F43.23) dans le contexte d'un tableau clinique non stabilisé, l'assuré devant poursuivre le traitement psychothérapeutique entrepris à hauteur d'une séance hebdomadaire.

Le 12 avril 2016, l'assuré a subi l'AMO au sein du Centre hospitalier M._____ et a ensuite consulté le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, lequel a recommandé une prise en charge interdisciplinaire dans un rapport du 7 juin 2016. L'assuré a également fait l'objet d'investigations au sein du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier M._____ où a été retenu le diagnostic d'une vessie acontractile sur probable lésion du cône médullaire (cf. rapport du 8 mai 2016).

Le Dr N._____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré le 29 juin 2016 et relaté une amélioration globale de son état de santé dans le rapport corrélatif. Il a considéré que l'assuré était doté d'une capacité

de travail entière dans une activité adaptée, soit sans port de charges moyennes ou lourdes et sans travaux sollicitant fortement le dos et les hanches. Les troubles mictionnels ne devaient à son avis pas interférer avec d'éventuelles mesures professionnelles.

Consulté pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume de la Dre V._____, a considéré le 10 octobre 2016 que l'assuré était incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 13 mars 2015, mais qu'il avait recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, sans port de charges moyennes ou lourdes et sans travaux sollicitant fortement le dos et les hanches, dès le 29 juin 2016 (date de l'examen réalisé par le Dr N._____).

L'OAI a dès lors procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré le 4 novembre 2016 et mis à jour un degré d'invalidité de 3,79 % sur la base de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps. Il a adressé un projet de décision à l'assuré le 24 novembre 2016, l'informant de ses intentions de lui accorder une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} mars 2016 au 30 septembre 2016. Par communication séparée, il a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'aide au placement.

L'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, a contesté le projet de décision précité par écriture du 21 décembre 2016, soulignant que son état de santé n'était pas stabilisé et concluant à la mise en œuvre de mesures professionnelles.

Dans l'intervalle, la CNA a poursuivi le paiement des indemnités journalières et réceptionné de nouvelles pièces médicales, dont des rapports du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier M._____ du 2 septembre 2016 et du Dr S._____ du 8 septembre 2016. Le Centre hospitalier M._____ a maintenu le diagnostic d'une vessie acontractile et mis en place un traitement par autosondages, lequel justifiait un contrôle régulier. Quant au Dr S._____, il a repris le diagnostic évoqué par le Dr R._____ d'un

trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Il a au surplus exposé que la symptomatologie psychiatrique s'était amendée et que l'état de santé de son patient était stable au point de pouvoir envisager une réinsertion professionnelle.

Le 15 mars 2017, l'assuré a indiqué à l'OAI que son état de santé n'était pas encore stabilisé, en particulier du point de vue urologique, pour lequel des investigations étaient encore en cours. Il a fait valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne pouvait être définitivement fixée, tandis qu'il n'était pas en mesure de reprendre son activité habituelle. Il poursuivait toutefois des démarches en vue d'intégrer un emploi adapté.

Le Dr C. _____ a fourni un rapport intermédiaire à la CNA le 16 mars 2017, annexant différents rapports de radiologie, soit notamment un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis lombo-sacré, des articulations sacro-iliaques et de la hanche droite du 4 octobre 2016 ainsi que des rapports d'ultrasonographie pelvienne du 3 février 2017 et d'uro-CT scan du 3 février 2017. Il relevait la persistance de douleurs du bassin et du membre inférieur gauche, ainsi que des troubles urinaires.

Le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier M. _____ a rédigé un rapport le 19 juillet 2017, mettant en évidence une vessie hypocontractile nécessitant des poussées à la miction avec un résidu post mictionnel qualifié de négligeable. Les autosondages devaient être poursuivis et un contrôle comparatif serait organisé. En revanche, un bilan urodynamique de contrôle n'était pas envisagé.

Le Dr N. _____ a procédé à l'examen final de l'assuré le 15 août 2017, concluant à une amélioration globale de son état de santé et à la possibilité de reprendre l'exercice de l'activité habituelle. Les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles retenues lors de son examen du 29 juin 2016.

L'assuré a repris son activité lucrative à plein temps auprès de D._____Sàrl le 28 août 2017 en veillant à ce que ses tâches soient exemptes de port de charges.

L'OAI a informé l'assuré le 19 septembre 2017 qu'il entendait maintenir les termes de son projet de décision du 24 novembre 2016, rappelant que l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à temps complet avait été observée à l'occasion de l'examen du Dr N._____ du 29 juin 2016.

En dépit des objections de l'assuré du 1^{er} novembre 2017, lequel a requis la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité jusqu'à la reprise de son activité habituelle, l'OAI a émis une décision le 18 décembre 2017. Il lui a alloué une rente entière d'invalidité, assortie d'une rente pour enfant, du 1^{er} mars 2016 au 30 septembre 2016 limitativement et considéré que dès cette date, un degré d'invalidité de 3,79 % n'ouvrait droit ni à une rente, ni à des mesures professionnelles.

C. B._____, assisté de Me Duc, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 9 janvier 2018, concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu jusqu'au 30 novembre 2017 et que cette prestation soit assortie de trois rentes pour enfants. Il a en particulier contesté que son état de santé se soit amélioré dès le 29 juin 2016, mettant en exergue la poursuite du paiement des indemnités journalières par la CNA et les diverses problématiques médicales encore non élucidées à cette date. Il a estimé que l'OAI avait fait preuve d'arbitraire en retenant la date précitée sans poursuivre plus avant l'instruction de son cas, ni mettre en œuvre des mesures de réadaptation. Il relevait enfin n'avoir repris son activité lucrative antérieure que le 28 août 2017, de sorte que le droit à la rente devait lui être reconnu jusqu'au 30 novembre 2017. En outre, compte tenu de la naissance de ses deux enfants en février 2015 et janvier 2017, cette prestation devait être assortie des rentes pour enfants corrélatives.

L'OAI a répondu au recours le 26 février 2018 et proposé de confirmer la limite temporelle portée à la rente entière d'invalidité, vu les conclusions de l'examen du Dr N. _____ du 29 juin 2016.

L'assuré a répliqué le 15 mars 2018 et maintenu ses conclusions.

Par écriture du 22 mars 2018, l'OAI s'est référé à une détermination de la caisse de compensation compétente du 15 mars 2018, laquelle sollicitait les informations indispensables pour statuer sur le droit aux rentes pour enfant. Le 12 avril 2018, il a par ailleurs réitéré que la rente entière d'invalidité servie à l'assuré devait être limitée au 30 septembre 2016.

A la même date, l'assuré a sollicité que l'OAI admette ses conclusions tendant à l'octroi de rentes pour enfant et maintenu au surplus sa position.

Le 1^{er} mai 2018, l'OAI a signalé que compte tenu de la limitation temporelle portée à la rente entière d'invalidité, seule une rente pour l'enfant né en 2015 était susceptible d'entrer en ligne de compte. Il a au surplus confirmé ses précédentes déterminations.

E n d r o i t :

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit

administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPG. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

c) En l'espèce, est litigieuse la suppression, avec effet au 30 septembre 2016, de la rente entière d'invalidité allouée au recourant à compter du 1^{er} mars 2016, singulièrement l'appréciation de sa capacité de travail entre le 29 juin 2016 et le 28 août 2017 (date de la reprise de son activité habituelle). Se pose également la question du droit à deux rentes pour enfant, respectivement dès le 1^{er} mars 2016 et le 1^{er} mars 2017.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPG, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPG.

L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la

suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur

probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

5. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

b) 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).

6. a) Dans le cas particulier, le recourant a fait l'objet d'un suivi spécialisé et de nombreux examens à la suite de son accident du 13 mars 2015, notamment à l'occasion de son séjour à la Clinique G._____, où les spécialistes ont relevé ce qui suit aux termes de leur rapport du 4 août 2015 :

« [...] **Sur le plan orthopédique** : consolidation de la fracture en cours, sauf en postérieur à l'endroit où le câble est dans l'os. Proposition de poursuivre la rééducation avec le renforcement des muscles fessiers, d'utiliser une canne basse à droite par intermittence dans la journée pour diminuer la boiterie. Poursuite du contrôle radio-clinique à 2 et 4 mois.

Sur le plan psychiatrique : le patient a été évalué par notre psychiatre (cf. rapport de psychiatrie) et l'évaluation met en évidence un **trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante**. Il n'y a pas d'indication à une médication psychotrope pour l'instant. Au cours du séjour le patient a eu un suivi avec la psychologue, une initiation à la relaxation. La thymie a été fluctuante et le patient a exprimé son fort malaise d'être dans le milieu hospitalier, raison pour laquelle son séjour a été écourté. Après le retour à domicile le patient prendra contact de lui-même avec un psychiatre de son choix pour poursuivre le travail commencé.

Sur le plan neurologique : nihil.

Autre : en raison des **troubles mictionnels** signalés par le patient un laboratoire a été réalisé qui ne retrouve pas de signe infectieux, des PSA dans la norme. L'analyse d'urine ne retrouve pas d'infection. Un journal mictionnel a été réalisé par le patient ainsi qu'une débimétrie et le patient sera vu en ambulatoire auprès de la Dre H._____, spécialiste des troubles urinaires à la Clinique G._____. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

[...]

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : marches prolongées. Stations debout prolongées. Port de charges lourdes. Positions contraignantes pour la hanche gauche. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite de la physiothérapie pourra

permettre d'améliorer les capacités du patient. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 4-6 mois environ. Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Notre consultant spécialisé en chirurgie orthopédique propose un contrôle radio-clinique à 2 et 4 mois. Le patient souhaite être suivi au Centre hospitalier M. _____ dorénavant.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est modérément favorable (facteurs médicaux retenus après l'accident). Il est trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle reprise d'une activité qui était très lourde physiquement.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Il sera nécessaire, une fois la situation stabilisée, de faire le point des capacités résiduelles et sur la capacité ou non à reprendre son ancienne activité. [...] »

b) Le volet psychique du cas a été investigué par le Dr R. _____, lequel a communiqué ses conclusions à l'issue d'un examen du 26 février 2016 :

« Cet assuré, âgé de 33 ans, a souffert, en mars 2015, d'un 3^{ème} accident, plus grave que les deux autres, provoquant une fracture du fémur G qui a bien évolué après opération. Une nouvelle opération est prévue en mai-juin 2016 et l'assuré est encore en IT [réd. : incapacité de travail] à 100 %. Un vécu douloureux et un problème d'incontinence post-traumatique ont compliqué les suites de l'accident. L'assuré est déstabilisé par un avenir professionnel non défini. Le tableau clinique montre une personne qui s'irrite facilement avec les soignants, les représentants de la Suva, et aussi avec ses proches. Il est comme la proie de ses réactions irritables et même hostiles, se situant fréquemment comme victime délaissée.

Capacité de travail :

L'assuré pense qu'il ne pourra plus reprendre son travail antérieur et il souhaiterait avoir accès à une réorientation professionnelle. Une première proposition de mesure de réinsertion professionnelle de la part de l'AI n'a pas été acceptée par l'assuré qui craignait ne pas pouvoir la conjuguer avec son traitement de physiothérapie. Il aimerait devenir dessinateur en chauffage et attend des propositions de formation de la part de l'AI. Pourtant, il pense qu'il ne pourra pas commencer une telle formation avant d'avoir été opéré en mai-juin 2016. Du point de vue psychique, il se sent tout à fait capable de travailler.

Diagnostic :

Lors d'une évaluation psychiatrique à la Clinique G. _____ en juillet 2015, le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante a été posé. Le Dr S. _____, psychiatre traitant, mentionne le diagnostic d'un état de stress post-traumatique. Dans le contexte du présent examen, l'état actuel qu'on retrouve chez cet assuré ne permet pas de retenir le diagnostic de stress post-traumatique car le vécu de reviviscence de l'accident se trouve à un niveau d'intensité léger à moyen qui n'atteint guère le niveau du seuil diagnostique d'un tel trouble. Ainsi, on ne peut plus parler de véritable flash-back ou de souvenirs

véritablement intrusifs, ni de signes d'hypervigilance. Il existe un isolement social mais pas vraiment de comportement d'évitement majeur. L'assuré s'est rendu à plusieurs reprises sur le lieu de l'accident, il voulait essayer de mieux comprendre le déroulement de l'accident.

Le côté irritable, tendu, querelleur de l'assuré, qui cherche un peu le conflit, ou, au moins le provoque sans s'en apercevoir, est un trait qui n'existait apparemment pas avant l'accident. Une certaine anhédonie s'y ajoute. On pourrait interpréter cette extériorisation un peu impulsive et hostile des émotions négatives comme des symptômes dépressifs. Néanmoins, vu l'ensemble de la situation, les symptômes correspondent le mieux à un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions. Ceci se justifie car des facteurs stressant majeurs sont encore présents, c'est-à-dire la limitation fonctionnelle par les douleurs, et aussi, bien sûr, les douleurs du bassin et des jambes, l'incontinence urinaire et surtout la difficulté et le refus de planifier et de se projeter dans le futur vu l'attente d'une nouvelle opération. C'est cette situation d'attente où tous les projets semblent se trouver en suspens qui augmente la tension intérieure.

Après l'accident, l'assuré est devenu plus irritable, critique et colérique. Il a développé ce penchant à extérioriser facilement et souvent son vécu d'états émotifs pénibles en transformant son quotidien et celui de ses proches en un petit enfer. On peut se poser la question si une altération de la personnalité ne serait pas en train de se cristalliser mais la situation n'est pas encore stabilisée. Un trouble dépressif ne peut pas être retenu car tous les symptômes ne sont pas réunis, à part l'anhédonie et une humeur triste par moment. On ne peut pas non plus parler d'un véritable trouble de la personnalité préexistant, l'anamnèse ne révélant pas d'indice dans ce sens, à part un trait de personnalité susceptible, voir impulsif dans le passé. En fait, l'assuré a eu avant l'accident déjà à plusieurs reprises une tendance à se braquer et à se trouver dans des impasses, dû à une difficulté d'auto-observation, un manque de flexibilité et une tendance à adopter de façon reflexe des attitudes d'opposition peu constructives. On se rappelle de l'interruption d'apprentissage et du fait qu'il soit l'unique de la famille qui n'a pas demandé à temps sa naturalisation. D'un autre côté, on note que l'assuré s'était stabilisé à partir de 2010, tant du point de vue professionnel que relationnel en fondant une famille et en trouvant un emploi stable.

Le tableau clinique actuel qui dure depuis l'accident, ne se trouve pas encore stabilisé.

L'adhésion à un traitement psychothérapeutique, l'absence d'indication de traitement psychotrope et la perspective d'une éventuelle reconversion professionnelle sont des facteurs constructifs et positifs qui contribuent à un bon pronostic.

En résumé, nous ne posons pas chez cet assuré un diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais celui d'un trouble d'adaptation avec perturbation des émotions. Il a développé une tendance à l'irritabilité, à trouver des défauts partout. Une capacité limitée d'auto-observation et d'autocritique ont facilité le développement de traits de personnalité irritable, colérique, voire impulsive. La situation n'est pas encore figée, mais un risque de fixation dans un rôle de lésé et maltraité existe. [...] »

c) Quant à l'aspect somatique, le Dr N. _____ a procédé à un examen du recourant en date du 29 juin 2016, lequel lui a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

« [...] A l'examen clinique, le patient paraît en meilleure forme qu'auparavant, notamment du point de vue psychologique.

Objectivement, les axes des MI [réd. : membres inférieurs] sont corrects. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse G [réd. : gauche] chez un patient très musclé. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral. La hanche G a récupéré une mobilité quasi complète avec la persistance d'une petite limitation de la rotation interne et une légère accentuation de la rotation externe. Les mouvements combinés entraînent toujours des douleurs essentiellement inguinales G chez un patient un peu dolent mais qui a énormément de force. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT [réd. : réflexes ostéo-tendineux] sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MS [réd. : membres supérieurs] ni aux MI. Il n'y a pas de dysmétrie.

Selon la radiologue, le scanner du 17.06.2016 montre une consolidation du fémur G avec un cal légèrement vicieux mais il n'y a pas de coxarthrose.

[...]

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement les charges moyennes et les travaux sollicitant fortement le dos et les hanches.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière. [...].

Le pronostic des troubles mictionnels, en relation de causalité probable avec l'accident, n'est pas tout à fait clair mais ils ne devraient pas interférer avec les mesures professionnelles. [...] »

d) Fondé sur l'ensemble de ces éléments, l'intimé, respectivement le SMR, a estimé que le recourant était doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ses restrictions fonctionnelles à compter du 29 juin 2016 (cf. avis SMR du 10 octobre 2016).

Quoiqu'en dise le recourant, force est de constater qu'à la date de l'examen du Dr N. _____ susmentionné, les appréciations médicales convergeaient pour conclure à une situation stable, en présence d'un patient motivé à la reprise d'une activité professionnelle. Les constats objectifs permettaient de retenir un état de santé somatique globalement amendé, en dépit des problèmes urinaires, et l'absence de troubles psychiques d'un degré de gravité susceptible d'entraver la mise en œuvre de mesures professionnelles. Il s'agit cela étant de déterminer si de nouveaux éléments médicaux sont venus contredire ces appréciations,

singulièrement en ce qui concerne l'intervalle s'étendant jusqu'au 28 août 2017 (date de la reprise de l'activité habituelle par le recourant).

7. a) Sur le plan orthopédique, le dernier rapport du Dr T. _____ du Centre hospitalier M. _____, daté du 31 mai 2016, relatait uniquement des « lombalgies » et des « douleurs des deux plis de l'aîne », ainsi qu'un « hématome au niveau du site chirurgical » des suites de l'AMO, ce spécialiste soulignant le risque du patient de devenir un « douloureux chronique ». Une évaluation des possibilités de rééducation et des activités résiduelles était qualifiée de « souhaitable ». De nouvelles consultations au sein du Centre hospitalier M. _____ n'étaient pas planifiées.

Le rapport d'IRM subséquent, daté du 4 octobre 2016 et adressé _____ au Dr C. _____, concluait par ailleurs en ces termes :

« IRM lombo-sacré superposable à un contrôle datant du 22 avril 2015 avec une minime discopathie modérément protrusive en L5-S1. Pas de canal lombaire étroit. Pas non plus de signe de sacro-iliite en particulier du côté droit où l'articulation sacro-iliaque est parfaitement régulière. Pas non plus d'ostéonécrose ou de remaniement de coxarthrose significative sur la hanche droite. Remaniement osseux séquellaire à la présence d'un ancien matériel (clou Gamma) d'une fracture petrochantérienne gauche ».

Enfin, le Dr N. _____ a observé ce qui suit à l'occasion de son examen final du 15 août 2017 :

« [...] Objectivement, les axes des MI sont corrects. Il n'y a plus d'amyotrophie visible de la cuisse G chez un patient extrêmement musclé. Les épaules sont SP [réf. : sans particularités] avec également une excellente musculature. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral. La hanche G a récupéré une mobilité quasi complète avec la persistance d'une toute petite limitation de la rotation interne et d'une légère accentuation de la rotation externe. Les mouvements combinés n'entraînent plus aucune douleur et le patient a énormément de force. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MS ni aux MI. Il n'y a pas de dysmétrie. Sur le scanner du 17.06.2016, [...] la consolidation du fémur G est acquise avec un cal légèrement vicieux mais il n'y a pas d'évolution arthrosique de la hanche G. [...] »

b) Sur la base de ces documents, on ne peut que constater que la situation du recourant est demeurée parfaitement stable, voire s'est améliorée, sur le plan orthopédique depuis l'examen du Dr N._____ du 29 juin 2016. Plus particulièrement, aucun élément ne vient contredire l'appréciation de ce médecin s'agissant de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à la date précitée, le Dr N._____ ayant expressément indiqué que les limitations fonctionnelles du recourant étaient superposables à celles observées le 29 juin 2016 (cf. rapport d'examen du 15 août 2017 p. 5).

8. Eu égard à la problématique urologique, le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier M._____ a mis en place des traitements par autosondages et procédé à diverses investigations aux fins d'exclure toute pathologie particulière à l'origine de la vessie acontractile diagnostiquée auprès du recourant. Au demeurant, les rapports dudit service des 2 septembre 2016 et 19 juillet 2017 ne font état d'aucune limitation fonctionnelle particulière, ni de restriction de la capacité de travail du recourant, les spécialistes relatant essentiellement « une nycturie et une incontinence urinaire nocturne », ainsi que des « urgences nocturnes » (cf. rapports des 2 septembre 2016 p. 2 et 19 juillet 2017 p. 3 sous rubrique « conclusions »).

Les rapports radiologiques du 3 février 2017, produits par le Dr C._____ à l'adresse de la CNA, n'observent aucune pathologie de la vessie et des voies urinaires. Il est en effet conclu à un « résidu urinaire estimé à 30ml » et à l'absence de « lésion morphologique au niveau des parois vésicales et dans la prostate », respectivement à un « aspect normal des voies urinaires » et à l'absence de « lésion sur les autres organes intra- et rétropéritonéaux ».

9. Quant au registre psychique, le Dr S._____ a repris le diagnostic posé par le Dr R._____ et a fait état de l'évolution de son patient en ces termes le 8 septembre 2016 :

« [...] Depuis le début de la prise en charge, le patient a pu s'étayer sur le soutien psychothérapeutique qui lui a été proposé, en pouvant

travailler certains aspects relationnels et psychiques de sa situation, surtout en ce qui concerne le côté dépendant vs besoin violent d'indépendance envers autrui. La symptomatologie psychiatrique s'est amendée, le patient a pu poursuivre son travail de rétablissement avec des exercices physiques et a continué à s'inscrire dans ses suivis médicaux divers.

Depuis quelques semaines, on parle de manière plus détaillée de ses envies et de sa motivation de vouloir reprendre pied dans le monde professionnel, le focus a changé avec un regard plutôt tourné vers l'avenir que vers le passé, signifiant toutes ses pertes.

Il reste pour le moment de son état de tension nerveuse augmentée, soumis à des manifestations d'anxiété et d'irritabilité, qui peuvent se manifester par des éruptions violentes dans sa sphère privée. Cela risque de lui porter des désavantages à un moment donné, mais cela lui appartient.

Néanmoins, d'un point de vue de réhabilitation psychiatrique et concernant la symptomatologie du départ, il a atteint un niveau de stabilité compatible avec des mesures de réinsertion, adaptée à ses infirmités physiques variées. Il restera à déterminer ultérieurement si, une fois le mandat de réhabilitation psychiatrique des séquelles de son accident accompli, il souhaiterait maintenir un travail en psychothérapie de plus longue durée concernant ses traits de caractère impulsifs. [...] »

On peut ainsi souligner que le Dr S. _____ a lui-même estimé la situation psychologique amendée « depuis plusieurs semaines », ce qui coïncide avec l'observation rapportée par le Dr N. _____ le 29 juin 2016, et qu'il n'a mentionné aucune restriction spécifique de l'environnement de travail en lien avec le trouble de l'adaptation diagnostiqué auprès de son patient. Ces constats justifient de considérer que la problématique psychologique n'avait dès lors aucune incidence sur l'exercice éventuel d'une activité lucrative adaptée.

10. Partant, il y a lieu de se rallier à l'appréciation de l'intimé selon laquelle le recourant a effectivement recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à compter du 29 juin 2016, ce qui constitue un changement notable au sens requis par l'art. 17 LPGA. L'intimé était en conséquence légitimé à procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant à cette date, sans que l'on ne puisse lui opposer la poursuite de l'indemnisation par la CNA jusqu'à la reprise de l'activité habituelle (cf. à cet égard : jurisprudence citée sous consid. 5b supra). Au surplus, on relèvera que la comparaison des revenus reposant sur les salaires statistiques ressortant de l'ESS ne prête pas flanc à la critique, le recourant ne soulevant du reste aucun grief spécifique sur le calcul

effectué par l'intimé. On peut donc retenir que le recourant a présenté un degré d'invalidité de 3,79 %, soit 4 %, dès le 29 juin 2016, ce qui justifie la suppression de son droit à la rente dès le 30 septembre 2016 (cf. art. 28 LAI et 88a al. 1 RAI).

On ajoutera qu'on ne saurait reprocher à l'intimé des lacunes dans l'instruction du dossier du recourant vu les pièces régulièrement sollicitées auprès de la CNA. En présence d'un dossier complet, contenant une appréciation convaincante de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée dès le 29 juin 2016, l'intimé n'a dès lors pas versé dans l'arbitraire en retenant cette date pour évaluer l'invalidité du recourant.

11. a) En vertu de l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants. La rente pour enfant est versée comme la rente à laquelle elle se rapporte (al. 3).

L'art. 25 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) prévoit que les enfants dont le père ou la mère est décédé ont droit à une rente d'orphelin. Le droit à une rente d'orphelin prend naissance le premier jour du mois suivant le décès du père ou de la mère. Il s'éteint au 18^{ème} anniversaire ou au décès de l'orphelin (al. 4).

b) En l'espèce, le recourant est père de trois enfants, nés respectivement en février 2012, juin 2015 et février 2017. Compte tenu du droit à une rente entière reconnu entre le 1^{er} mars 2016 et le 30 septembre 2016, il peut donc prétendre, en sus de la rente principale, à deux rentes pour enfant. La décision querellée n'octroyant une rente pour enfant que pour la fille aînée née en 2012, elle doit donc être complétée par l'allocation d'une rente pour l'enfant du recourant né en juin 2015.

12. a) Le recours doit en définitive être très partiellement admis et la décision du 18 décembre 2017 réformée en ce sens que le recourant a

droit à une rente pour son second enfant entre le 1^{er} mars 2016 et le 30 septembre 2016. Dite décision est confirmée pour le surplus dans la mesure où elle limite le droit à la rente du recourant au 30 septembre 2016.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Au vu des circonstances de la présente affaire, il convient de fixer les frais judiciaires à 400 fr., répartis pour moitié à charge de l'intimé et pour l'autre moitié à charge du recourant.

c) Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, n'obtenant que très partiellement gain de cause, il y a lieu de lui allouer des dépens réduits, arrêtés en l'occurrence à 600 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est très partiellement admis.

- II. La décision rendue le 18 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente pour son second enfant entre le 1^{er} mars 2016 et le 30 septembre 2016. Elle est confirmée pour le surplus.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge du recourant.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 600 fr. (six cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :