

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Yann Oppliger, avocat à Renens (VD),

et

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

Art. 8 al. 1, 17 al. 1 et 49 al. 3 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait à 100 % pour le compte d'[...] Sàrl en qualité de [...] depuis le 20 juin 2016.

Le 26 août 2016, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique et hospitalisé dès cette date. Ce matin-là, l'assuré, au volant de son fourgon [...], a en effet percuté quasiment frontalement un véhicule ayant dévié de la voie de circulation opposée. Sous l'effet du choc, l'arrière du fourgon s'est soulevé, a pivoté et s'est immobilisé perpendiculairement à la chaussée, à cheval sur un muret et la chaussée (cf. rapport de la police cantonale vaudoise du 3 novembre 2016). L'assureur-accidents de l'assuré, G._____ SA (ci-après : G._____), a pris le cas en charge.

L'assuré a séjourné au sein du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre M._____ (ci-après : le M._____) du 26 août au 13 septembre 2016, date à laquelle il a quitté l'hôpital contre avis médical, dans un contexte de frustration importante due à l'accident et aux conséquences physiques de celui-ci. Par rapport du 28 septembre 2016, le Dr P._____, médecin associé, et le Dr N._____, chef de clinique, ont indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident de la voie publique le 26 août 2016 ayant nécessité une désincarcération pendant environ une heure et un transport aux urgences du M._____. Ils ont posé les diagnostics suivants (sic) :

« Diagnostics

- Membre inférieur droit :
 - luxation postérieure de la hanche
 - fracture du cotyle (colonne postérieure et mur postérieur)
 - fracture du plateau tibiale ouverte Gustilo II (fracture du plateau tibial externe par choc direct avec ré fend intra-articulaire du plateau tibial interne non déplacé)
- Membre inférieur gauche :
 - fracture ouverte Gustilo II du fémur distal AO C3
 - fracture de l'insertion tibiale du LCP [plaque de compression périprothétique]
 - fracture du bord interne de la rotule
- Fracture plurifragmentaire de l'olécrane gauche

- Pneumothorax droit

Diagnostic secondaire

- Orchi-épididymite droite à E. Coli »

Les Drs P._____ et N._____ ont exposé que l'assuré avait subi plusieurs interventions chirurgicales entre le 26 août et le 12 septembre 2016, lesquelles s'étaient déroulées sans complication. Ils ont attesté une incapacité de travail totale depuis la date de l'accident.

L'assuré a subi une arthroscopie diagnostique au genou gauche et une réinsertion d'une fracture avulsion comminutive du pied tibial du LCP par mini-abord postérieur le 22 septembre 2016 (cf. protocole opératoire établi le 26 septembre 2016 par le Dr P._____).

Il a séjourné à la Clinique K._____ (ci-après : la K._____), à [...], du 18 octobre au 22 novembre 2016. Aux termes de leur rapport du 1^{er} décembre 2016, les Drs X._____, chef de service, et V._____, médecin assistante, ont attesté une incapacité de travail totale dans la profession actuelle du 18 octobre au 22 décembre 2016 et fait état de ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et raideur au niveau des coude gauche, genou gauche, hanche droite et genou droit

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Accident de la voie publique le 26.08.2016 (choc frontal en voiture) avec :

- Membre inférieur droit :

- luxation de la hanche droite, traitée par réduction fermée le 26.08.2016
- fracture du plateau tibial droit, ouverte Gustilo type II (plateau tibial externe avec refend intra-articulaire du plateau interne non-déplacée), traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 26.08.2016
- fracture du cotyle droit (colonne postérieure et mur postérieur) traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 05.09.2016

- Membre inférieur gauche :

- fracture du fémur distal gauche, AO C3 ouverte Gustilo type II, traitée par alignement sur fixateur externe le 26.08.2016, puis

- **réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque NCB et plaque 1/3 tube, le 31.08.2016**
- **genou gauche : fracture-avulsion comminutive du pied tibial du ligament croisé postérieur, déplacée, intervenu le 22.09.2016 avec réinsertion de la fracture-avulsion du pied tibial du LCP**
- **enraidissement du genou gauche, post-traumatique, avec examen clinique et sous narcose, objectivant une flexion limitée à 90° pour une extension à 0°, sans réaction d'arthrofibrose intra-articulaire**
- **status post-fracture-avulsion au bord interne de la rotule, sur l'insertion rotulienne du MPFL [ligament fémoro-patellaire médial] avec probablement luxation externe de la rotule, traitée conservativement**
- **chondropathie de stade II à III affectant le tiers central du condyle fémoral interne**
- **membre supérieur gauche :**
 - **fracture pluri-fragmentaire de l'olécrâne gauche, traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par embrochage-haubanage le 31.08.2016 avec AMO [ablation de matériel d'ostéosynthèse], le 14.10.2016**
- **Probable légère atteinte axonale sensitivo-motrice du nerf péronier D [droit], du nerf tibial D et probable atteinte du nerf gluteus supérieur D, sur une vraisemblable distension du nerf sciatique à hauteur du bassin (ENMG [électroneuromyogramme] du 14.11.2016).**

COMORBIDITES

- **Aucune**

ANTECEDENTS

- **Orchiépididymite droite à E. coli en septembre 2016 (traitée par Ciprofloxacine jusqu'au 25.09. 2016)**
- **Status post-fracture du nez à l'âge de 12 ans, traitée conservativement**
- **Status post-amygdalectomie dans l'enfance**

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, le patient ne rapporte aucun type de douleur (patient en fauteuil). Il rapporte seulement des raideurs des genoux gauche et droit, et du coude gauche, accompagnées de gonflements des deux pieds, surtout le matin. Pas de douleur neuropathique rapportée. Le patient se déplace en fauteuil roulant de manière autonome, réalise les transferts et les AVQ [activités de la vie quotidienne], nécessitant uniquement de l'aide pour l'hygiène personnelle du dos. A l'entrée, les charges autorisées sont de 15 kg sur les deux membres inférieurs.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

Pour les examens antérieurs au présent séjour, se référer aux documents du M._____.

RX du coude gauche du 26.10.2016: status après AMO. Fracture d'aspect en partie consolidée.

RX du genou gauche du 25.10.2016 : matériel d'ostéosynthèse sans déplacement. Petite déformation avec légère irrégularité corticale du condyle externe. Fracture encore bien visible. Fragment intermédiaire et métaphyso-diaphysaire distal légèrement déplacé postérieurement. Alignement des fragments osseux.

RX du genou droit du 26.10.2016 : plaque et vis tibiale externes sans signe de descellement. Trait de fracture pratiquement pas visible. Pas de déformation significative.

RX du bassin du 26.10.2016 : présence de plaque vis et de vis d'aspect intègre, sans évidence de descellement. Fracture bien réduite du cotyle droit.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : aucun nouveau diagnostic. Marche progressive en alterné en accord avec l'opérateur. Pour le genou G [gauche] l'orthèse doit être conservée jusqu'au 5ème mois post-op (mi-décembre), avec augmentation progressive de la mobilité. Mobilisation libre pour le coude G.

Sur le plan neurologique : Probable légère atteinte axonale sensitivo-motrice du nerf péronier, du nerf tibial et probablement du nerf gluteus supérieur, sur une vraisemblable distension du nerf sciatique à hauteur du bassin (ENMG du 14.11.2016). Si le matériel d'ostéosynthèse le permet, le neurologue propose de réaliser une IRM [imagerie par résonance magnétique] pour visualiser le trajet du nerf sciatique et pour bilancer une éventuelle atrophie neurogène de la musculature du bassin est indiquée. (Cf. rapports de neurologie).

(...)

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- physiothérapie
- ergothérapie
- Ateliers orthopédie technique

Le traitement antalgique à base de Tramadol a été diminué. Nous recommandons de réévaluer l'indication à ce médicament, à moyen terme.

L'évolution subjective et objective est favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Le délai pour la stabilisation pourra être discuté après la consultation au M. _____ au mois de décembre.

Il est encore trop tôt pour se prononcer sur le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de [...]. »

Le 15 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de 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), en raison des polytraumatismes subis le 26 août 2016. Durant l'instruction de la demande, l'OAI a régulièrement sollicité la production du dossier constitué par G._____.

Par rapport du 27 janvier 2017 à l'OAI, le Dr B._____, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du M._____, a observé que lors du contrôle du 21 décembre 2016, le patient s'était présenté avec des mobilités articulaires au niveau du coude gauche, du genou et de la hanche droite quasi complètes. Au niveau du genou gauche, il a noté une flexion/extension à 120-5-0° et une gêne clairement décrite au niveau du fémur distal en raison de la présence de la plaque latérale. Ce médecin a indiqué que le bilan radiologique de toutes ces lésions était dans la norme, sauf au niveau de l'olécrâne gauche où il présentait une décalcification dans la zone de la fracture mais qui cliniquement n'était pas symptomatique et restait donc simplement à surveiller. Il a fait état d'un pronostic favorable et ajouté que l'assuré ne se médiquait plus. L'incapacité de travail dans la profession de [...] était totale depuis le jour de l'accident et les restrictions physiques consistaient en le port de charge, les déplacements sur terrain inégal ou les déplacements prolongés. Le Dr B._____ a encore indiqué qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'exigibilité de l'activité habituelle, le cas étant loin d'être stabilisé. Il préconisait la poursuite de la physiothérapie.

Par rapport du 2 mai 2017 au Dr B._____, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de probable lésion haute du nerf sciatique droit après luxation de la hanche avec fracture du cotyle le 26 septembre 2016 et de status après polytraumatisme le 26 août 2016 par accident de la voie publique avec fracture luxation de la hanche et fracture du cotyle droit, fracture ouverte du plateau tibial Gustilo II droit,

fracture ouverte Gustilo II du fémur distal gauche, fracture de l'insertion tibiale du ligament croisé postérieur, fracture du bord interne de la rotule, status après pneumothorax et fracture d'une côte, status après fracture du coude gauche. Il a émis la synthèse suivante :

« Ce jeune patient de [...] ans a été victime d'un accident de la voie publique avec choc frontal le 26.08.2016 où il a eu les traumatismes susmentionnés. Notamment au niveau de la hanche D il a eu une luxation avec fracture du cotyle. Depuis le traumatisme, il garde un déficit moteur pour lever le pied D avec engourdissement sur le dessus du pied et le côté latéral de la jambe, il a aussi une difficulté pour faire l'abduction de la jambe D et il y a un abaissement du bassin à droite.

L'examen neurologique révèle en effet ce signe de Trendelenburg D, il y a ce déficit moteur à prédominance des fibres L5 à droite avec des troubles de la sensibilité associés.

Le bilan électrophysiologique parle en faveur d'une lésion haute du nerf sciatique D à prédominance des fibres du nerf péronier commun D avec signe de dénervation aigu dans le tibialis antérieur et plutôt des signes de dénervation chroniques dans le court chef du biceps fémoris D. Le mécanisme est cette luxation au niveau de la hanche D.

J'ai expliqué au patient que le nerf peut repousser à une vitesse de 3 cm par mois, il faut donc s'attendre à une longue récupération peut-être sur 2 ans.

Le patient continue à effectuer de la physiothérapie. »

Par rapport du 14 juillet 2017 à l'OAI, le Dr B._____ a estimé que l'assuré était capable d'exercer une activité adaptée à son atteinte à la santé, laquelle devait être *a priori* exclusivement assise puisque le patient se déplaçait encore avec au moins une béquille en boitant, et ce à 80 % avec un rendement cependant inférieur. En effet, selon lui, la position assise occasionnerait à son patient des douleurs surtout au niveau du membre inférieur gauche, notamment du genou gauche, qui l'empêcheraient d'exercer une activité assise à 100 % ; pour cette même raison, le rendement ne serait pas de 100 % car l'assuré aurait besoin de pauses régulières pendant lesquelles il devrait pouvoir se lever, se dégourdir un peu les jambes et bouger. Le médecin précité a ajouté que dès que la fracture du fémur distal serait consolidée, soit probablement à la fin de l'année 2017 ou au début de l'année 2018, il procéderait à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, notamment de la plaque se trouvant sur la face latérale du fémur distal qui gênait le patient.

Dans un rapport du 12 septembre 2017 à G._____, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de séquelles d'un syndrome de stress post-traumatique et de séquelles physiques. Il a indiqué que l'assuré était très nerveux au volant et encore plus comme passager dans une voiture et qu'il craignait le comportement éventuellement déviant des autres conducteurs. Il lui fallait environ trente à soixante minutes pour se calmer une fois hors de la route. Ces troubles se manifestaient depuis l'accident et leur origine était psychogène. À sa connaissance, il n'existait pas de facteur extérieur qui ait joué un rôle dans la genèse des troubles, autre que l'accident en lui-même. D'après le psychiatre, son patient n'était pas capable de travailler, du fait de ses troubles. L'intéressé ne prenait pas de médicament mais suivait une psychothérapie.

Répondant aux questions soumises par G._____, le Dr C._____ a fait état, le 5 mars 2018, d'une bonne évolution psychique, même si le patient gardait des séquelles (il roulait lentement et avait peur au volant). Ce dernier ne ressentait plus le besoin d'un suivi psychiatrique, la dernière consultation ayant eu lieu le 20 novembre 2017 ; il était centré sur sa vie de famille et attendait une intervention chirurgicale du Dr B._____. Le psychiatre a encore attesté une incapacité de travail totale, ajoutant qu'on ne pouvait compter sur une reprise du travail à temps complet

Par rapport du 22 mai 2018 à l'OAI, le Dr B._____ a exposé que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait eu lieu ; malheureusement, lors de cette ablation du matériel, il avait constaté la présence d'une pseudarthrose qui semblait être infectée par du *Cutibacterium acnes* ayant nécessité une cure de pseudarthrose avec ré-ostéosynthèse, autogreffe prélevée au niveau de la crête iliaque, puis mise sous antibiotique au long cours (trois mois post-opératoires). Le médecin précité a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité, même adaptée, la question pouvait être réévaluée dans trois mois. Il a expliqué que le patient commençait à

marcher à charge selon douleurs, mais toujours à l'aide de béquilles ; il commençait également à renforcer sa musculature au niveau du membre inférieur gauche et à travailler les amplitudes articulaires au niveau de son genou gauche, lesquelles étaient encore limitées. Le traitement consistait en une physiothérapie de reconditionnement physique et une antibiothérapie jusqu'à la fin du mois de juin 2018.

Par rapport du 23 mai 2018 à G._____, le Dr B._____ a posé le diagnostic de suspicion de pseudarthrose septique à *Cutibacterium acnes* d'une fracture du fémur distal gauche. Il a notamment noté que l'évolution était très favorable ; lors du contrôle du 7 mai 2018, le patient avait signalé être beaucoup moins gêné au niveau de la face latérale de la cuisse distale par rapport à la nouvelle plaque plus fine et moins encombrante. Il présentait des amplitudes articulaires quasiment complètes, marchait encore en charge partielle mais commencerait la charge selon douleurs dès à présent.

Par avis du 15 août 2018, le Dr L._____, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que, bien que le Dr B._____ évoquait la possibilité d'une activité adaptée à environ 80 % en juillet 2017 et vraisemblablement jusqu'en mars 2018, les éléments au dossier démontraient que la situation médicale n'avait jamais été stabilisée. Il a constaté que l'état de santé s'était péjoré ensuite de complications péri-opératoires en mars 2018, avec une nouvelle évaluation possible vers juin 2018. Il a ainsi proposé de réinterroger le médecin spécialiste en orthopédie pour connaître la situation actuelle et de requérir un rapport du Dr C._____.

Aux termes d'un rapport du 4 octobre 2018 à l'OAI, le Dr B._____ a observé que l'évolution au niveau de la hanche droite respectivement des lésions neurologiques du membre inférieur droit était stationnaire et que l'évolution était plutôt favorable en ce qui concernait le membre inférieur gauche. Il a noté la présence d'une mobilité articulaire passive quasi complète mais active limitée en raison d'un manque de force au niveau de la hanche droite, une fonction complète avec une gêne

modérée en raison du matériel d'ostéosynthèse au niveau du genou droit, une diminution de la gêne liée au matériel d'ostéosynthèse, des amplitudes articulaires en progression et une absence de laxité ligamentaire franche au niveau du genou gauche, ainsi que la persistance d'une consolidation seulement partielle de la fracture au niveau du fémur distal gauche. Le Dr B._____ a ajouté que le bilan électrophysiologique parlait en faveur d'une lésion haute du nerf sciatique droit à prédominance des fibres du nerf péronier commun droit. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a expliqué que le patient ne pouvait pas marcher sans canne et ne pouvait donc certainement pas réaliser de port de charges à part celles qu'il arrivait à porter avec une main. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et il était trop tôt pour se prononcer sur la possibilité d'une reprise de cette activité. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était réalisable, soit une activité purement sédentaire en position assise mais avec possibilité de réaliser des pauses à intervalles réguliers pour se lever, ainsi qu'une assise la plus confortable possible car le patient ne pouvait pas rester assis sur des périodes prolongées, cette position lui procurant des douleurs dans la fesse droite l'obligeant à se relever à intervalles réguliers.

Dans un rapport du 10 octobre 2018 au Dr B._____, le Dr T._____, médecin associé au sein du Service de chirurgie plastique du Département de l'appareil locomoteur du M._____, a noté que la récupération spontanée actuelle à M4+ du nerf péronier droit enlevait toute indication à une chirurgie nerveuse par greffe. D'après lui, cette récupération naturelle serait perdue, les meilleurs résultats de greffe haute du sciatique produisant au mieux du M3 au niveau de la cheville. Le Dr T._____ a estimé qu'il n'y avait pas non plus de meilleur résultat moteur à espérer d'une neurolyse. Dès lors, la situation devait être jugée stable et définitive s'agissant du handicap actuel au niveau du membre inférieur droit.

Le 28 mars 2019, répondant au formulaire adressé par l'OAI, le Dr C._____ a indiqué avoir suivi l'assuré du 19 mai au 20 novembre 2017 et que les consultations avaient repris les 12 et 28 mars 2019 dans

le cadre de problèmes de couples, la compagne de l'assuré étant dépressive avec des idées suicidaires. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 19 mai 2017. Les symptômes actuels consistaient en des douleurs dans les membres inférieurs et le bassin, des flash-backs, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, de la nervosité et des difficultés conjugales. L'assuré ne prenait aucune médication du point de vue psychiatrique. Le psychiatre traitant a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de séquelles d'un syndrome de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble anxieux sans particularité (F41.9) depuis l'accident du 26 août 2016, et le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de difficultés conjugales depuis un an. Son pronostic sur la capacité de travail du patient était très réservé. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle et ce dernier était capable de travailler environ deux heures par jour dans une activité adaptée ; il se disait toutefois très réservé quant au potentiel de réadaptation du patient en raison de ses douleurs physiques. Enfin, il a noté que son patient était limité dans une grande mesure dans l'accomplissement des tâches ménagères, soit à 80 %.

Il ressort d'un rapport établi le 10 avril 2019 par le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du M._____, que la radiographie du fémur gauche réalisée le 11 février 2019 révélait une globale stabilité de la consolidation partielle de la fracture de l'extrémité distale du fémur gauche, une absence de déplacement secondaire, un matériel d'ostéosynthèse en place, sans complication, hormis la persistance d'un fragment de vis cassé dans sa portion crâniale, ainsi qu'une absence d'anomalie des parties molles, notamment la disparition de l'épanchement articulaire du genou.

Par avis SMR du 16 mai 2019, le Dr L._____ a émis l'appréciation suivante :

« Discussion : Selon les éléments à disposition, sur le plan somatique, bien que l'orthopédiste évoquait la possibilité d'une activité adaptée à environ 80% en juillet 2017, et vraisemblablement jusqu'en mars 2018, la situation médicale n'a jamais été stabilisée jusqu'en octobre 2018. Sur le plan psychique,

bien qu'il ne soit pas certain que les critères de gravité d'un ESPT [état de stress post-traumatique] aient été présents même par le passé, l'absence de suivi psychiatrique depuis novembre 2017 et de traitement médicamenteux, ainsi que l'absence d'évitement de la part de l'assuré vis-à-vis de la circulation automobile, montre une rémission spontanée en quelques mois comme cela peut être attendu habituellement. De plus, dans une activité sédentaire respectant les LF [limitations fonctionnelles], l'assuré ne devrait pas être exposé à des situations de reviviscence qu'il ne semble par ailleurs pas éviter. Nous ne pouvons considérer les problèmes actuels de couple comme un facteur relevant pour l'AI. »

Dans un projet de décision du 12 juin 2019, l'OAI a indiqué qu'il entendait octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2019. Il a retenu que celui-ci avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 26 août 2016 (date du début du délai d'attente d'une année). A l'échéance du délai en question, le 26 août 2017, son incapacité de travail était toujours totale dans toute activité, de sorte que le droit à la rente était ouvert. Force était toutefois de constater au vu des éléments médicaux au dossier que, dès le mois d'octobre 2018, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de l'assuré en respectant ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire avec alternance des positions, pas de port de charges). Le type d'activité pouvant être réalisé était un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres). De la comparaison du revenu sans invalidité de 52'469 fr. avec le revenu avec invalidité fondé sur l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires) pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, de 60'665 fr. 37 en tenant compte d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles, il résultait un degré d'invalidité nul, n'ouvrant pas le droit à une rente. Par conséquent, la rente entière devait en définitive être supprimée pour le 31 janvier 2019, soit trois mois après l'amélioration survenue en octobre 2018.

Le 23 août 2019, G._____ a adressé à l'OAI une copie du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 août 2019 qu'elle avait fait mettre en œuvre auprès du Centre Q._____ (ci-après : Q._____), à [...], où l'assuré a été examiné le 14 mars 2019 par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 27 mars 2019 par le Dr J._____, spécialiste en neurologie, le 4 juin 2019 par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 12 juin 2019 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans ce rapport, les experts ont posé les diagnostics de fracture comminutive ouverte du fémur distal gauche, d'arrachement de l'insertion osseuse du ligament croisé postérieur gauche, de fracture de l'olécrâne gauche, de luxation de la hanche droite avec fracture du cotyle, de fracture du plateau tibial droit, de lésion proximale du tronc du nerf sciatique prédominant très nettement sur les fibres destinées du nerf fibulaire/péronier, avec une probable atteinte initiale concernant également le nerf gluteus supérieur droit, ceci sur très vraisemblable distension du nerf sciatique à la hauteur du bassin, ainsi que de persistance d'une atteinte modérée à moyennement importante des fibres du tronc du nerf sciatique à destinée du nerf fibulaire/péronier droit sans participation cliniquement significative des fibres à destinée du nerf tibial. Aucun diagnostic psychiatrique n'a toutefois été retenu. La capacité de travail de l'assuré dans son activité de [...] était définitivement nulle et l'état de santé de ce dernier pouvait être considéré comme stabilisé. Les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles moteurs des muscles fessiers droits, des douleurs au genou gauche à la charge, des troubles sensitivo-moteurs, mais surtout moteurs, et des douleurs au niveau lombaire, du bassin et du membre inférieur droit. Les experts ont encore retenu qu'une activité professionnelle en position assise (ou en alternant les positions assis-debout selon le Dr Z._____) avec des déplacements à pied limités à environ quinze minutes sur un sol stable était exigible avec un taux de présence de 100 % et un rendement de 100 %. Ils ont motivé leur appréciation comme suit :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

(...)

Pour l'instant, [l'expertisé] continue sa physiothérapie, il déclare ne plus faire de progrès depuis six mois environ.

Il se décrit très déprimé, avec important découragement, il a repris, semble-t-il, un suivi psychiatrique.

Il n'a bien évidemment pas repris son travail de [...], il marche avec une canne à droite pour soulager sa hanche qui flanche autrement.

Il conduit, mais très peu, car il a peur au volant. Actuellement, il est donc à domicile, s'occupant de sa fille, mais ne participant pas au ménage.

Il ne s'est pas encore projeté dans l'avenir, mais attend de l'AI des propositions pour une reconversion professionnelle.

Sur le plan neurologique, les examens cliniques et électrophysiologiques pratiqués par le Dr [...] puis le Dr D. _____ ont mis en évidence une atteinte du tronc du nerf sciatique avec possiblement également une atteinte du nerf gluteus supérieur droit d'évolution globalement relativement favorable, avec toutefois persistance d'un déficit sensitivo-moteur tout particulièrement dans le territoire du nerf fibulaire/péronier droit, sans changement bien significatif entre 2016 et 2018, de telle sorte que tant le Dr D. _____ que le Dr T. _____ (spécialiste des nerfs périphériques) ont considéré que l'atteinte était stabilisée. Le Dr T. _____ n'a pas retenu d'indication à une greffe nerveuse.

A plus de deux ans et demi de l'accident, la situation fonctionnelle est stabilisée, l'assuré ne prend pas de traitement antalgique, il poursuit la physiothérapie deux fois par semaine ainsi que des exercices personnels quotidiens.

Monsieur S. _____, âgé de [...] ans est sans antécédent notable sur le plan psychiatrique hormis un court suivi alors qu'il était âgé de 9-10 ans en raison de difficultés scolaires et probablement comportementales.

Sur le plan psychiatrique, il a été une première fois suivi entre mai 2017 et janvier 2018 par le Dr C. _____, pour une baisse de son moral et des difficultés adaptatives.

Il a repris récemment ce traitement à partir du début de l'année 2019, en lien avec à nouveau des difficultés adaptatives et des difficultés survenues à l'intérieur de son couple. Il s'agit d'une thérapie basée sur des entretiens, sans aucune médication, qui a lieu à une fréquence de deux fois par mois.

Il se trouve toujours en incapacité de travail totale, et s'estime comme étant incapable de reprendre son activité de [...], se disant dans l'attente d'une décision AI pour qu'enfin lui soit proposée une réadaptation sur le plan professionnel.

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan orthopédique, douleurs du genou gauche lorsqu'il le sollicite beaucoup.

Bascule du bassin à droite s'il ne tient pas une canne dans la main gauche.

Il a des douleurs permanentes pour lesquelles il ne prend plus de médicaments, beaucoup de difficultés à se mettre en route le matin, il doit trouver des positions pour dormir, il est inconfortable posé sur la hanche droite et inconfortable posé sur le genou gauche, inconfortable en décubitus dorsal,

Le travail de [...] n'est certainement plus possible.

Sur le plan orthopédique pur, un travail en position assise avec quelques petits déplacements sur terrain plat pourrait très certainement être, à l'heure actuelle, effectué à 100%.

Sur le plan neurologique, outre les plaintes à caractère orthopédique mentionnées ci-dessus, Monsieur S. _____ signale des douleurs au niveau du coude gauche, sans trouble sensitivo-moteur associé, notamment dans le territoire du nerf ulnaire, des douleurs dorso-lombaires en barre, des douleurs au niveau de la hanche, du bassin droit et du genou gauche. Persistent en outre des troubles moteurs portant sur l'extension du pied et des orteils et l'éversion du pied à droite ainsi que des troubles sensitifs intéressants la face postérieure et externe de la cuisse, la face externe de la jambe et le pied droit dans son ensemble.

L'examen neurologique pratiqué dans le cadre du présent bilan révèle un sujet se déplaçant difficilement à l'aide d'une canne et avec une boiterie encore assez importante du membre inférieur droit. On note également en station debout et à la marche une parésie de l'extension du pied droit modérée. L'examen des paires crâniennes et des membres supérieurs est entièrement normal, si ce n'est que l'examen du coude gauche révèle un nerf ulnaire luxable, un peu sensible, avec présence d'un discret signe de Tinel à ce niveau, toutefois sans atteinte déficitaire dans le territoire du nerf ulnaire gauche. A l'examen des membres inférieurs, on note une amyotrophie de la fesse externe droite et de la loge antéro-externe droite ainsi que du court extenseur des orteils, une bonne préservation actuellement des réflexes tendineux, un déficit d'extension et d'éversion du pied droit, un déficit plus important d'extension des orteils droits et des troubles sensitifs intéressants la face postérieure et externe de la cuisse, la face antéro-externe de la jambe et le pied droits plus ou moins dans son ensemble. Les troubles sensitivo-moteurs sont actuellement essentiellement localisés dans le territoire du nerf fibulaire/péronier, l'évolution étant clairement favorable pour ce qui est du nerf tibial. Compte tenu des éléments à disposition, il apparaît que Monsieur S. _____ a effectivement présenté une atteinte du tronc du nerf sciatique et possiblement du nerf gluteus supérieur droit sur une vraisemblable distension du nerf sciatique proximal à la hauteur du bassin.

Sur le plan thérapeutique, l'ensemble des mesures potentiellement envisageables a été pris et il n'y a lieu actuellement que de continuer encore quelque temps le traitement de physiothérapie à but d'entretien, la situation étant vraisemblablement stabilisée deux ans après l'événement traumatique. Comme l'a mentionné le Dr T. _____, il n'y a pas d'indication à une greffe nerveuse. Il ne semble pas non plus envisageable de prescrire des moyens auxiliaires comme une attelle de Heidelberg ou un transfert tendineux étant donné la récupération fonctionnelle suffisante sur le plan strictement neurologique.

Sur le plan de la capacité de travail, le neurologue confirme l'impossibilité de reprendre l'activité de [...] au vu de l'engagement physique et des déplacements que cette dernière nécessite. Par contre, sur le plan neurologique également, un travail en position assise avec quelques petits déplacements sur terrain plat est exigible dès la présente expertise, à plein temps, avec un rendement pouvant atteindre 100%.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, l'assuré est gêné par le genou gauche et par la hanche droite. Il n'a aucune gêne

au niveau des membres supérieurs ni aucune gêne significative au niveau du rachis. L'examen clinique montre un sujet volontaire, semblant plein de ressources, mais dans l'attente de pouvoir entamer une démarche de reclassement professionnel. En effet, il réalise que son activité antérieure n'est plus possible, ce que la présente expertise confirme, et il regrette de n'avoir pas mis à profit ses jeunes années pour effectuer une formation qualifiante, comptant par le passé sur ses bras et ses jambes pour gagner sa vie et faire vivre sa famille. Sur le plan fonctionnel, l'assuré marche avec une canne du côté gauche, justifiée par une boiterie de Trendelenburg par insuffisance des stabilisateurs du bassin à droite d'origine neurogène. La gêne fonctionnelle au niveau de la hanche droite et du genou gauche (indice fonctionnel de Lequesne à 12 pour ces deux articulations attestant d'un handicap notable) est justifiée par les lésions qu'il a présentées. La prise en charge thérapeutique a été parfaitement adéquate, la phase de rééducation à la K._____ doit être poursuivie par la phase de réadaptation et de réinsertion, ces deux phases n'ayant pas été jusqu'alors entamées. Aucun obstacle d'aucune sorte ne s'oppose à la mise en place de ces mesures de réadaptation et de réinsertion qui sont indispensables. L'assuré ne peut plus effectuer son activité antérieure, mais il peut parfaitement retrouver une capacité de travail à 100% sans diminution de rendement dans une activité plus sédentaire. Il n'y a aucun problème de cohérence, aucune majoration. Son état est stabilisé, la rééducation fonctionnelle doit s'effacer progressivement au profit des mesures de réadaptation et de réinsertion qui peuvent être débutées dès maintenant.

Sur le plan psychiatrique, la présente évaluation a mis en évidence des symptômes évocateurs d'un état de stress post-traumatique, un diagnostic qui finalement n'a pas été retenu.

En effet, sont décrites avant tout des intrusions de surcroît d'apparition tardive, sous la forme de réminiscences-réviviscences uniquement activées par des stimuli externes (la conduite). Si Monsieur S._____ décrit la présence d'une appréhension à la conduite (il se dit plus tendu et sur le qui-vive) il n'y a toutefois pas d'évitement franc de cette activité puisqu'il conduit quotidiennement. Il n'y a pas de cauchemars en lien avec l'accident.

On ne retrouve donc pas l'ensemble des critères pour retenir un état de stress post-traumatique franc et dans l'ensemble la symptomatologie recueillie reste légère et peu handicapante.

Sur le plan de l'humeur, les éléments dysphoriques sont présents, mais ne dominent actuellement pas le tableau. Ils entrent dans des difficultés adaptatives et dans une sensation d'usure liée à la longue évolution.

L'humeur constatée n'est pas à dominante encore moins stablement dépressive, il n'y a pas de ralentissement constaté, ni de culpabilité, ou d'anhédonie, ni de troubles cognitifs objectivés.

En ce qui concerne l'anxiété, il y a des ruminations interrogatives et inquiètes sans crise anxieuse décrite, qui peuvent être considérées comme étant normales compte tenu du contexte dans lequel se trouve l'expertisé actuellement.

Enfin il n'y a pas de trouble de la personnalité mis en évidence.

En ce qui concerne le traitement spécialisé tel qu'il est décrit, avec une prise en charge avant tout psychothérapeutique, il paraît dans son ensemble adéquat, celui-ci s'est révélé plutôt efficace compte

tenu de l'état constaté. Un des aspects centraux de la thérapie future sera de l'accompagner dans la reprise/réadaptation professionnelle, car l'expertisé a été exposé à un long processus de déshabitude.

Le pronostic est plus corrélé aux aspects somatiques et non médicaux (à savoir sa capacité à se réintégrer dans le tissu professionnel).

Appréciation des limitations fonctionnelles et professionnelles

Au terme de son évaluation, l'expert n'a pas retenu de diagnostic sur le plan psychique.

Sur le plan de l'évaluation fonctionnelle, l'expertisé arrive à faire face aux exigences de la vie quotidienne, il n'y a pas d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif, sa capacité de jugement ou à s'organiser sont préservés. Monsieur S._____ conserve un niveau satisfaisant de contrôle des affects et des pulsions. Il n'existe pas de perturbation dans la relation à autrui. Enfin il n'a pas été mis en évidence de trouble de la personnalité.

Au vu de tous ces éléments, le soussigné considère qu'il n'y a pas de justification à retenir une incapacité de travail. Aucun obstacle ne s'oppose donc à la mise en place immédiate de mesures de réadaptation et de réinsertion. »

Le 25 octobre 2019, l'assuré, représenté par Me Yann Oppliger, a contesté le projet de décision de l'OAI du 12 juin 2019, estimant avoir droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2019. Il a joint à son envoi un rapport établi le 23 octobre 2019 par le Dr B._____, dont il ressort que celui-ci estimait possible que l'assuré effectue un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme le retenait l'OAI, mais au taux maximal de 50 %, avec un temps de présence supérieur sur place (de 50 à 60 %) car son patient ne pourrait pas réaliser un rendement de 100 %. D'après ce médecin, il faudrait réévaluer la capacité de rendement de l'intéressé au fil des mois, voire des années à venir. Le Dr B._____ a ajouté que la situation médicale n'était toujours pas stabilisée car le patient continuait à récupérer lentement mais progressivement et qu'une intervention chirurgicale serait nécessaire dans les mois ou années à venir, en raison de la consolidation actuellement partielle du fémur distal gauche.

Le 2 décembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a confirmé le contenu de son courrier du 25 octobre 2019. Il a transmis à l'OAI un rapport établi le même jour, par lequel le Dr B._____ a indiqué qu'il n'existait aucune contradiction dans ses différents rapports adressés

à l'office précité entre 2017 et octobre 2019 car il n'y avait jamais spécifié que son patient pouvait effectuer une activité adaptée à 100 % ; il avait simplement noté que celui-ci disposait d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position assise avec possibilité de réaliser des pauses à intervalle régulier pour se lever, ainsi qu'une assise confortable car le patient ne pouvait pas rester assis sur des périodes prolongées. Selon lui, l'OAI avait « interprété quelque chose dans [son] rapport du mois d'octobre 2018 qu'[il] n'avait clairement pas noté ».

Par décision du 4 décembre 2019, G._____ a estimé que l'exercice d'une activité de substitution à 100 % était exigible, sans perte de gain, moyennant un délai d'adaptation de trois mois. Elle a donc mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 29 février 2020, tout en indiquant poursuivre la prise en charge des frais de traitements tant et aussi longtemps que le traitement médical permettrait une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré.

Le 6 janvier 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

D'après deux notes d'entretien des 25 mars et 8 mai 2020, une collaboratrice de G._____ a informé une collaboratrice de l'OAI que l'assuré avait été opéré à la fin du mois de janvier 2020, que l'assureur-accidents avait donc repris le versement des indemnités journalières et qu'un complément d'expertise avait été requis du Q._____.

Par avis SMR du 3 juillet 2020, le Dr L._____ a émis l'appréciation suivante :

« Discussion : Les experts confirment les conclusions précédentes. Le Dr B._____ indiquait clairement en octobre 2018 que la capacité de travail de l'assuré était réalisable dans une activité adaptée, sans diminution mentionnée. Par ailleurs, lors des examens effectués au Q._____, l'assuré déclarait « ne plus faire de progrès depuis six mois environ », ne suggérant pas de modification significative de la CT [capacité de travail] pendant cette durée précédant les examens des experts. Néanmoins, la demande n'étant

pas close et une nouvelle intervention chirurgicale étant mentionnée en janvier 2020, nous proposons à la gestionnaire d'obtenir les renseignements concernant l'intervention chirurgicale annoncée (type d'opération, lieu, opérateur, ...) et les rapports médicaux s'y rapportant, ainsi que le rapport de la nouvelle expertise lorsqu'il sera disponible. »

Le 20 août 2020, G. _____ a notamment transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 22 janvier 2018, dont il ressort qu'une tomographie par ordinateur du fémur gauche avait été réalisée ce jour-là, que l'examen se révélait superposable au scan d'août 2017 et que celui-ci révélait un aspect compatible avec une zone nécrotique de la partie antérieure du condyle latéral, sans apparition de fracture par ailleurs ;

- un courrier du 19 février 2020, par lequel l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 30 avril 2020 ;

- un rapport du 11 mars 2020 à G. _____, par lequel le Dr B. _____ a indiqué avoir procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur distal gauche et du tibia proximal droit le 31 janvier 2020 ; l'évolution était depuis favorable, avec une cicatrisation complète des plaies, le patient étant capable de réaliser des activités en physiothérapie de plus en plus intenses. Il a préconisé la poursuite de la physiothérapie de reconditionnement physique, ajoutant que l'assuré souffrait également de séquelles au niveau de sa hanche droite, dont il ne récupérerait plus jamais la fonction complète, et risquait de développer une arthrose post-traumatique à la hanche droite, de même qu'au genou gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident, une reprise du travail devant être évaluée lors du prochain contrôle ;

- un complément d'expertise du 20 mai 2020, par lequel les experts du Q. _____ ont fait état de ce qui suit :

« 1. Suite à l'intervention du 31 janvier 2020, pouvons-nous désormais considérer que le cas est stabilisé du point de vue

orthopédique et neurologique ou la poursuite d'un traitement médical est-il encore de nature à améliorer significativement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ?

Sur le plan orthopédique, durant la période postopératoire du 31.01.2020, on peut concevoir une incapacité de travail dans toute activité pour une période qui ne devrait pas dépasser deux mois, avec un retour à la situation d'avant l'opération précitée à ce délai.

Sur le plan neurologique, le cas est stabilisé au terme d'une période de 2 ans après l'évènement traumatique. A moins d'une complication de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse pratiquée préalablement, il n'y a pas lieu d'envisager des mesures thérapeutiques additionnelles. La physiothérapie devrait pouvoir être interrompue.

(...)

3. Les suites de l'intervention du 31 janvier 2020 modifient-elles votre appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée, telle que définie dans votre précédent rapport d'expertise du 16 août 2019 ? Si oui, dans quelle mesure et pour quels motifs ? Si non, quelles sont les raisons motivées vous permettant de vous écarter de l'appréciation formulée par le Dr B. _____ dans ses rapports du 2 décembre 2019 (...) et du 14 juillet 2019 [recte : 2017] (...) ?

Sur le plan orthopédique, non, sauf pour les deux mois consécutifs à l'intervention.

Nous pensons que la position principalement assise, mais avec de petits déplacements sans charge, sur sols réguliers et sans escalier, doit pouvoir permettre une activité à 100 % sans perte de rendement. Toute la question est la possibilité de trouver un poste de travail respectant ces contraintes, alors que l'expertisé n'a aucune formation professionnelle.

La G. _____ évoque l'activité de téléphoniste, mais il serait alors assis en permanence, ce qui n'est pas indiqué, et nous sommes en cela d'accord avec le Dr B. _____.

Dans ce cas, il faudrait effectivement admettre un rendement diminué de l'ordre de 20 %, les changements de position étant nécessaires.

Sur le plan neurologique, la situation reste inchangée par rapport à l'appréciation portée au terme de l'expertise du 16.08.2019.

(...)

4. M. S. _____ présente-t-il une atteinte à la santé psychique des suites des évènements du 26 août 2016 ?

Sur le plan psychique, non, l'expertisé ne présentait pas (ou plus) au moment de son évaluation d'atteinte à sa santé psychique selon les critères de l'ICD-10.

Comme cité, il y avait des symptômes évocateurs d'un état de stress post-traumatique, un diagnostic qui finalement n'a pas été retenu, car on ne retrouvait pas l'ensemble des critères pour cela. Sur le plan de l'humeur, les éléments dysphoriques sont présents, mais la thymie constatée n'était pas à dominante, encore stablement, dépressive, il n'y a pas de ralentissement constaté, ni de culpabilité ou d'anhédonie, ni de troubles cognitifs objectivés. En ce qui

concerne l'anxiété, il y a des ruminations interrogatives et inquiètes sans crise anxieuse décrite, qui peuvent être considérées comme étant normales compte tenu du contexte dans lequel se trouvait Monsieur S._____.

Il n'y a aucun nouvel élément fourni depuis l'expertise du mois d'août 2019 qui justifierait de modifier cette appréciation.

5. Dans l'affirmative, cette atteinte engendre-t-elle une incapacité de travail pour M. S._____?

Sur le plan psychique, il n'a pas été retenu de diagnostic sur le plan psychique. Il n'y avait donc pas de justification pour retenir une quelconque incapacité de travail dans ce domaine, l'expertisé étant également à même de suivre une réadaptation professionnelle, si celle-ci s'avère nécessaire. »

Dans un rapport du 8 octobre 2020 à l'OAI, le Dr B._____ a en particulier relevé la persistance d'une faiblesse musculaire au niveau des abducteurs de la hanche droite, ainsi que des douleurs persistantes au niveau du genou gauche. L'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son dernier rapport était légèrement favorable au niveau de la hanche, respectivement des fessiers à droite, et favorable au niveau du genou gauche depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, qui avait diminué fortement la gêne à ce niveau. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis l'accident et celle relative à une activité adaptée, essentiellement sédentaire, était de 50 % et pourrait augmenter progressivement. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr B._____ a indiqué que l'assuré devait éviter de rester debout de manière prolongée, de marcher surtout en terrain accidenté, de monter ou descendre les escaliers, ou de porter des charges supérieures à cinq à dix kilos. Le traitement en cours consistait en de la physiothérapie de reconditionnement, la compliance étant excellente.

Par avis SMR du 20 novembre 2020, le Dr L._____ a indiqué qu'il n'existait pas d'élément permettant de s'écarter de l'appréciation des experts du Q._____. Le Dr B._____ n'expliquait en effet pas pour quelle raison la capacité de travail dans une activité adaptée ne serait pas entière. Selon le médecin du SMR, ses conclusions restaient donc valables, sous réserve d'une incapacité de travail totale du 31 janvier au 31 mars 2020.

Dans un rapport du 29 janvier 2021 à l'OAI, le Dr C._____ et Mme R._____, psychologue FSP, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3). Ils ont en particulier relevé que l'état de santé de leur patient s'était fortement détérioré, celui-ci étant très déprimé, anxieux par rapport à son avenir, irritable, avec de plus en plus de difficulté à gérer sa colère, des troubles du sommeil et des pensées d'auto-agression et d'hétéro-agression, non scénarisées et sans volonté de passage à l'acte. Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés dans la gestion des émotions, notamment au niveau de la gestion du stress et des émotions négatives, telles que la colère, la frustration et les angoisses ; le patient avait tendance à l'impulsivité et subissait une perte de confiance et d'estime de soi au niveau de ses capacités et de ses compétences professionnelles, suites aux nombreuses opérations et à la longueur des périodes de convalescence ; il ressentait également des difficultés relationnelles. L'intéressé était tout de même capable de s'occuper du ménage et de sa fille, entraînait des adolescents au basketball deux fois par semaine et il n'existait pas de répercussion psychologique sur ces activités du quotidien. Le Dr C._____ et Mme R._____ ont indiqué que l'assuré n'était pas médicalement traité, le traitement consistant en une psychothérapie à raison de deux à quatre séances par mois. Ils ont évalué à 100 % l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et recommandé une reprise progressive dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en commençant par un 20 %, ce dont il était capable depuis le 1^{er} janvier 2021. Le pronostic de réinsertion était bon, pour autant que les limitations du patient soient prises en considération.

Par avis SMR du 26 février 2021, le Dr L._____ a relevé que le fonctionnement psychique de l'assuré était déjà connu et que l'appréciation du psychiatre traitant avait déjà été prise en compte par les experts. Il a au surplus observé que le traitement était minime et que l'intéressé était apte à conduire, à entraîner des sportifs et à gérer ses activités quotidiennes. D'après le médecin du SMR, l'état médical était stabilisé et la reprise dans une activité dans un domaine prenant en

considération les limitations fonctionnelles retenues dépendait essentiellement d'un déconditionnement au travail et, selon les éléments à disposition, de facteurs extérieurs tels que les traits de caractère, le niveau de formation et le contexte asséculoologique.

Par projet de décision du 1^{er} mars 2021 annulant et remplaçant le projet de décision du 12 juin 2019, l'OAI a indiqué qu'il entendait octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2019, ainsi que du 1^{er} janvier au 30 juin 2020. Il a repris la motivation du projet de décision du 12 juin 2019 s'agissant de la période du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2019 et a précisé que, le 31 janvier 2020, l'intéressé avait subi une nouvelle incapacité de travail totale, justifiant le versement d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2020. Selon l'office précité, l'assuré était à nouveau apte à exercer une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2020, le calcul du degré d'invalidité effectué précédemment étant toujours valable. Partant, le versement de la rente devait cesser au 30 juin 2020, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Le 30 mars 2021, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté le projet de décision susmentionné. Il a soutenu qu'il avait droit à une rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2019 au 31 décembre 2020 et pour la période postérieure au 30 juin 2020. En ce qui concerne la période du 1^{er} février au 31 décembre 2019, il a fait valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 50 %, comme établi par le Dr B._____. S'agissant de la période postérieure au 30 juin 2020, il a estimé que l'OAI n'avait pas pris en compte l'aggravation notable de son état de santé psychique, constatée par son psychiatre traitant dans son rapport du 29 janvier 2021, qui restreignait sa capacité de travail à 20 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2021.

Par courrier du 22 juin 2021 faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a exposé que tous les éléments fournis par l'assuré étaient déjà en sa possession lors de l'élaboration du projet de décision du 1^{er} mars 2021. Dès lors, la contestation de ce dernier

n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et son projet de décision devait donc être entièrement confirmé.

Par décision du 3 août 2021, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente entière d'invalidité à 1'206 fr. pour la période du 1^{er} août au 31 décembre 2017, à 1'206 fr., assortie d'une rente pour enfant de 482 fr., pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018, et à 1'216., assortie d'une rente pour enfant de 486 fr., pour la période du 1^{er} au 31 janvier 2019 et du 1^{er} janvier au 30 juin 2020, en reprenant la motivation développée dans son projet de décision.

B. Par acte du 14 septembre 2021, S._____, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} août 2017, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire aux fins d'évaluer son état de santé et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens de l'arrêt à intervenir. En substance, le recourant fait valoir que l'intimé a extrapolé les conclusions du rapport établi le 4 octobre 2018 par le Dr B._____ lorsqu'il a retenu qu'il était capable de travailler dans une activité adaptée à plein temps dès le mois d'octobre 2018. Les rapports établis postérieurement par le Dr B._____ démontreraient en effet qu'il est uniquement capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée compte tenu de ses atteintes physiques. L'intimé se serait écarté de ces rapports sans en expliquer les raisons, violant ainsi son droit d'être entendu. En outre, le recourant allègue que l'intimé n'a pas pris en considération le rapport du Dr C._____ et de Mme R._____, attestant une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée moyennant la mise en œuvre de mesures de rééducation en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif. L'intimé n'aurait pas non plus expliqué pour quel motif il s'était écarté dudit rapport. Pour étayer ses dires, le recourant a produit à l'appui de son

recours diverses pièces figurant déjà au dossier, ainsi que l'évaluation rendue le 28 août 2020 par [...] Sàrl dans le cadre d'un case management.

Par réponse du 15 décembre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il a relevé que, selon les renseignements médicaux obtenus, en particulier ceux ressortant du rapport d'expertise établi par le Q._____ le 16 août 2019 et de son complément du 20 mai 2020, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à plein temps depuis octobre 2018, sauf entre le 31 janvier et le 31 mars 2020. Pour le surplus, il a renvoyé aux analyses successives de la situation effectuées par le SMR, constatant qu'aucun élément objectif nouveau permettant de modifier ses conclusions n'avait été produit.

Le 26 janvier 2022, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'explication complémentaire à fournir.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité sans interruption dans le temps depuis le 1^{er} août 2017.

3. Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée. Selon lui, l'intimé aurait en effet omis d'exposer les raisons pour lesquelles il s'écartait des rapports de ses médecins traitants, les Drs B._____ et C._____, qui s'opposaient pourtant aux conclusions des experts du Q._____.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des

allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. La motivation de la décision du 3 août 2021, dont le courrier d'accompagnement du 22 juin 2021 fait partie intégrante, permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Se fondant sur les conclusions des experts du Q. _____ et sur les avis du médecin du SMR, il a ainsi retenu que le recourant était capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois d'octobre 2018, sous réserve d'une nouvelle période d'incapacité de travail du 31 janvier au 31 mars 2020. Ainsi que l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est le cas en l'espèce. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas indiqué les raisons pour lesquelles il s'était écarté des rapports de ses médecins traitants, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il convient donc de l'examiner avec le fond du litige.

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

5. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. En l'espèce, il est établi que le recourant souffre d'atteintes à la santé physiques ensuite d'un accident de la voie publique le 26 août 2016, qui rendent son activité habituelle de [...] inexigible. Sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est en revanche litigieuse.

L'OAI estime en effet que le recourant est apte à exercer une activité adaptée - activité sédentaire avec alternance des positions et sans port de charges - à plein temps depuis le mois d'octobre 2018, se fondant essentiellement sur les avis du SMR ainsi que sur l'expertise du 16 août 2019 du Q._____ mise en œuvre par G._____. Le recourant conteste la capacité de travail ainsi retenue, en se référant aux avis de ses médecins traitants, lesquels attestent une incapacité de travail partielle dans une activité adaptée.

a) Il convient en premier lieu de se pencher sur la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 16 août 2019 par le Q._____ et complétée le 20 mai 2020.

On relèvera tout d'abord que cette expertise, comportant un volet en orthopédie, en neurologie, en psychiatrie et en médecine physique et réadaptation, est détaillée et motivée, que ses conclusions sont claires et étayées, qu'elle tient compte des plaintes et décrit l'anamnèse du recourant et qu'elle a été établie à l'issue d'exams cliniques, puis d'un consilium, et en connaissance du dossier. Elle satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

aa) Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics de fracture comminutive ouverte du fémur distal gauche, d'arrachement de l'insertion osseuse du ligament croisé postérieur gauche, de fracture de l'olécrâne gauche, de luxation de la hanche droite avec fracture du cotyle, de fracture du plateau tibial droit, de lésion proximale du tronc du nerf sciatique prédominant très nettement sur les fibres destinées du nerf fibulaire/péronier, avec une probable atteinte initiale concernant également le nerf gluteus supérieur droit, ceci sur très vraisemblable distension du nerf sciatique à la hauteur du bassin, ainsi que de persistance d'une atteinte modérée à moyennement importante des fibres du tronc du nerf sciatique à destinée du nerf fibulaire/péronier droit sans participation cliniquement significative des fibres à destinée du nerf tibial. Ils ont considéré, au vu de l'examen clinique et des pièces médicales au dossier, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, aucune nouvelle intervention n'étant susceptible d'améliorer l'état de santé de l'intéressé, seule la physiothérapie à but d'entretien étant encore indiquée (cf. rapport d'expertise, p. 29). D'après les experts, les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles moteurs des muscles fessiers droits, des douleurs au genou gauche à la charge, des troubles sensitivo-moteurs, mais surtout moteurs, et des douleurs au niveau lombaire, du bassin et du membre inférieur droit. Le recourant était selon eux incapable de reprendre son activité de [...], mais une activité professionnelle principalement en position assise, avec des déplacements à pied limités à environ quinze minutes sur un sol stable, sans escalier et sans charge, était exigible avec un taux de présence de 100 % et un rendement de 100 % (cf. notamment complément d'expertise du 20 mai 2020).

L'appréciation des experts n'est pas remise en cause par les pièces médicales au dossier. Les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus sont en particulier superposables à ceux notés par les médecins traitants, dont l'avis a dûment été pris en considération par les experts.

En ce qui concerne l'allégation du recourant selon laquelle l'appréciation du Dr B. _____ contredirait les conclusions de l'expertise,

elle ne saurait être suivie. Le rapport du 14 juillet 2017 établi par ce médecin à l'intention de l'OAI ne permet pas de mettre en doute l'appréciation des experts. Par ce rapport, celui-ci a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé s'élevait à 80 % dans une activité adaptée, laquelle devait être uniquement assise puisque le patient se déplaçait encore avec des béquilles en boitant ; le rendement ne serait quant à lui pas de 100 %, car l'assuré avait besoin de pauses régulières pour se lever, se dégourdir les jambes et bouger. Outre que ce rapport date de 2017 et qu'il concerne ainsi une période durant laquelle l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et les douleurs et limitations plus importantes, il convient de constater que l'activité adaptée proposée par les experts consiste en une activité principalement assise mais permettant une alternance des positions assise et debout, afin précisément d'éviter que l'intéressé ne subisse des douleurs aux membres inférieurs. De plus, s'il est vrai que, dans son rapport du 2 décembre 2019, le médecin susmentionné a relevé n'avoir jamais spécifié dans son rapport du 4 octobre 2018 que son patient pouvait effectuer une activité adaptée à 100 %, il est néanmoins établi que celui-ci estimait alors que son patient disposait d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position assise avec possibilité de réaliser des pauses à intervalle régulier pour se lever, ainsi qu'une assise confortable car le patient ne pouvait pas rester assis sur des périodes prolongées. La description de l'activité adaptée du médecin spécialiste traitant correspond à celle retenue par les experts. A cela s'ajoute que le Dr B._____ n'étaye pas objectivement pour quelle raison la capacité de travail de son patient dans une telle activité adaptée ne serait pas entière, si bien que son rapport ne permet pas d'invalider les conclusions des experts.

Quant aux rapports établis par le médecin spécialiste en orthopédie postérieurement à l'expertise du Q._____, datés des 23 octobre 2019 et 8 octobre 2020, attestant une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 %, ils ne permettent pas non plus de mettre en doute le rapport d'expertise. Ceux-ci ne sont en effet nullement étayés et ne font en particulier valoir aucun élément médical objectif justifiant ce

taux. En outre, les constats cliniques et les limitations fonctionnelles présentées dans le rapport du 8 octobre 2020 sont tout à fait superposables à ceux notés par les experts en 2019, de sorte qu'aucune aggravation de l'état de santé ne permet de justifier le taux d'incapacité de travail de 50 % retenu par le médecin spécialiste traitant. Au contraire, celui-ci atteste une évolution de l'état de santé légèrement favorable au niveau de la hanche droite et favorable au niveau du genou gauche depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 31 janvier 2020.

Compte tenu de ces éléments, l'expertise du Q. _____ sur le plan de la santé physique du recourant ne prête pas le flanc à la critique.

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert H. _____ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Il a en premier lieu résumé les plaintes du recourant, qui se disait très déprimé, avec un important découragement et une peur au volant ; l'intéressé avait bénéficié d'un suivi psychiatrique entre mai 2017 et janvier 2018 (*recte* : novembre 2017) et avait repris un suivi psychiatrique au début de l'année 2019 à raison de deux fois par mois, en lien avec des difficultés adaptatives et au sein de son couple. Selon l'expert, si les symptômes évoquaient un état de stress post-traumatique, un tel diagnostic n'était finalement pas retenu pour les raisons suivantes : il s'agissait d'intrusions d'apparition tardive, sous la forme de réminiscences-réviviscences uniquement activées par des stimuli externes, à savoir la conduite, mais il n'existait pas d'évitement franc de cette activité puisqu'il conduisait quotidiennement ; il n'existait pas non plus de cauchemar en lien avec l'accident. Le Dr H. _____ a également écarté le diagnostic de trouble dépressif, constatant que les éléments dysphoriques étaient présents, mais ne dominaient pas le tableau ; ils entraient dans des difficultés adaptatives et dans une sensation d'usure liée à la longue évolution. L'humeur constatée n'était pas à dominante encore moins stablement dépressive, il n'y avait pas de ralentissement constaté, ni de culpabilité ou d'anhédonie ni de troubles cognitifs objectivés. S'agissant de l'anxiété, il existait des ruminations interrogatives et inquiètes sans crise anxieuse, qui pouvaient être considérées comme étant normales compte tenu du contexte. Enfin,

l'expert psychiatre a relevé qu'aucun trouble de la personnalité n'avait été mis en évidence. Compte tenu de l'absence d'atteinte psychiatrique, il n'existait pas de justification à retenir une incapacité de travail.

Cette appréciation n'est pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier. Les rapports des 12 septembre 2017 et 5 mars 2018 du Dr C._____ posent certes le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et font état d'une incapacité de travail totale tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée, ainsi que d'un mauvais pronostic. Ceux-ci sont toutefois extrêmement brefs et ne sont nullement étayés. De même, le rapport du 28 mars 2019 du psychiatre traitant pose le diagnostic supplémentaire de trouble anxieux sans particularité (F41.9) depuis l'accident du 26 août 2016, ce qui n'apparaissait pourtant pas précédemment, et fait état d'une capacité de travail d'environ deux heures par jour dans une activité adaptée, les limitations consistants en des douleurs dans les membres inférieurs et le bassin, des flash-backs, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, de la nervosité et des difficultés conjugales. Ce rapport ne convainc pas. On relèvera que le recourant a renoncé à un suivi psychiatrique entre le 20 novembre 2017 et le mois de mars 2019 et qu'aucun traitement médicamenteux ne lui a été prescrit, ce qui laisse à penser que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique incapacitante. Le traitement par psychothérapie a d'ailleurs été repris en mars 2019 dans un contexte de difficultés conjugales et ensuite du décès de son père (cf. expertise du 16 août 2019, p. 13), soit indépendamment des conséquences de l'accident sur son état de santé. Il est à cet égard particulièrement gênant de constater que le psychiatre traitant, qui n'a pas revu son patient entre le 20 novembre 2017 et le 25 février 2019, sauf le 5 mars 2018 pour rédiger un rapport à l'intention des assureurs, a tout de même attesté pour cette période un état de santé stationnaire et une incapacité de travail totale (cf. rapports des 5 mars 2018 et 28 mars 2019). A cela s'ajoute que, comme indiqué plus haut, le Dr H._____ a expliqué de manière détaillée et convaincante pourquoi il écartait le diagnostic de stress post-traumatique et de trouble anxieux, alors que la symptomatologie rapportée était tout à fait similaire.

Quant au rapport établi le 29 janvier 2021 par le Dr C. _____ et Mme R. _____, il ne permet pas non plus de remettre en cause la fiabilité et la pertinence de l'expertise. Les diagnostics posés de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3), prêtent à interrogation. On relèvera tout d'abord que le diagnostic de trouble dépressif récurrent apparaît pour la première fois dans ce rapport, le psychiatre traitant ne l'ayant pas mentionné auparavant ; or, un tel diagnostic nécessite par définition que le recourant ait vécu des épisodes dépressifs par le passé, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas. A cela s'ajoute que, selon le rapport du 29 janvier 2021, aucune médication n'a été prescrite, le traitement consistant, comme lors de son précédent suivi en 2017, en des séances de psychothérapie deux à quatre fois par mois. De plus, le Dr C. _____ et Mme R. _____ relèvent que leur patient est tout de même capable de s'occuper de sa fille, qu'il entraîne deux fois par semaine des adolescents au basketball et que ses troubles psychiatriques n'ont pas d'incidence sur ces activités quotidiennes. Ce tableau est difficilement compatible avec l'état dépressif sévère diagnostiqué. Il en va de même du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, qui est mentionné également pour la première fois dans le rapport du 29 janvier 2021, alors qu'un tel trouble de la personnalité apparaît habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persiste pendant tout l'âge adulte (cf. CIM-10, F60). L'expert H. _____ s'est d'ailleurs dûment penché sur le diagnostic de trouble dépressif et sur un éventuel trouble de la personnalité et les a expressément écartés. Enfin, le rapport du 29 janvier 2021 est contradictoire, en ce sens qu'il fait état d'une forte dégradation de l'état psychique du patient et atteste une incapacité de travail à 80 %, tandis que le Dr C. _____ l'estimait à 100 % dans ses précédents rapports, ce qui laisse à penser que l'état de santé se serait en réalité amélioré.

Il y a finalement lieu de retenir que l'expertise du Q. _____ a pleine valeur probante et que le recourant ne présente pas d'atteinte

invalidante sur le plan psychiatrique. L'aggravation de l'état de santé d'un point de vue psychiatrique depuis le mois de janvier 2021 n'est par conséquent pas rendue vraisemblable et l'intimé était légitimé à se fonder sur cette expertise pour juger du cas d'espèce.

b) Il convient à présent d'examiner à partir de quand la capacité de travail entière dans une activité adaptée était exigible. L'expertise du Q. _____ du 16 août 2019 ne se prononce en effet pas expressément sur cette question.

En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport du 4 octobre 2018 du Dr B. _____ pour retenir une telle capacité de travail à partir du mois d'octobre 2018 (cf. avis SMR du 16 mai 2019). Le recourant conteste cette appréciation. Il allègue que l'OAI a mal interprété le rapport du 4 octobre 2018, son médecin traitant n'ayant pas spécifié à quel taux il était capable de travailler dans une activité adaptée, comme souligné dans un rapport subséquent du 2 décembre 2019.

S'il est vrai que le Dr B. _____ n'a pas spécifié le taux auquel son patient était capable d'exercer une activité adaptée dans son rapport du 4 octobre 2018, il convient tout de même d'admettre que le recourant était apte à travailler dans une activité adaptée à plein temps depuis lors, pour les motifs suivants.

Le rapport du 22 janvier 2018 relatif à une tomographie par ordinateur du fémur gauche exposait que l'examen se révélait superposable à celui d'août 2017 et qu'il dévoilait un aspect compatible avec une zone nécrotique de la partie antérieure du condyle latéral, sans apparition de fracture par ailleurs. Or, le 14 juillet 2017, le Dr B. _____ évoquait la possibilité de l'exercice d'une activité adaptée au taux de 80 % avec un rendement inférieur (qu'il ne chiffrait toutefois pas), tout en réservant la question d'une prochaine opération en mars 2018, soit l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et notamment de la plaque se trouvant sur la face latérale du fémur distal. Cette opération a eu lieu le 23 mars 2018, entraînant une aggravation passagère de l'état de santé du

recourant et, ainsi, une incapacité totale de travail, la situation devant être réévaluée dès le mois de juin 2018 (cf. rapport du 22 mai 2018 du Dr B._____ et avis SMR du 15 août 2018). Dans un rapport du 23 mai 2018 à G._____, le médecin traitant a indiqué que les suites opératoires étaient très favorables, le patient n'ayant du reste été hospitalisé que deux jours. L'intéressé déclarait être beaucoup moins gêné au niveau de la face latérale de la cuisse distale par rapport à la nouvelle plaque plus fine et moins encombrante. Il présentait des amplitudes articulaires quasiment complètes, marchait encore en charge partielle mais commencerait la charge selon douleurs.

Le 4 octobre 2018, le Dr B._____ a indiqué que l'évolution au niveau de la hanche droite respectivement des lésions neurologiques du membre inférieur droit était stationnaire et que l'évolution était plutôt favorable en ce qui concernait le membre inférieur gauche. Il a ainsi à nouveau évoqué la possibilité d'exercer une activité adaptée, soit une activité purement sédentaire en position assise mais avec possibilité de réaliser des pauses à intervalle régulier pour se lever, ainsi qu'une assise confortable car le patient ne pouvait rester assis sur des périodes prolongées, sans toutefois se prononcer sur le taux exigible. Dans la mesure où, en juillet 2017, il avait estimé que le recourant était capable de travailler à 80 % dans une telle activité et que les suites opératoires de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche pratiquée en mars 2018 ont été considérées comme très favorables, on peine à comprendre ce qui pourrait être défavorable à une reprise à temps complet, voire au moins au même taux que ce qu'il avait déterminé déjà une année auparavant. Aucune atteinte à la santé ne s'est en effet ajoutée aux séquelles de l'accident, étant précisé qu'aucune atteinte incapacitante n'a été retenue d'un point de vue psychiatrique.

A cela s'ajoute que le Dr T._____ a estimé, le 10 octobre 2018, que la situation devait être jugée stable et définitive s'agissant du handicap actuel au niveau du membre inférieur droit, de sorte qu'aucune amélioration n'était susceptible d'intervenir depuis cette date, ce qu'ont relevé les experts du Q._____. Le recourant a d'ailleurs déclaré à ces

derniers, lors de ses rendez-vous ayant eu lieu entre mars et juin 2019, ne plus faire de progrès depuis six mois, malgré la physiothérapie. Dans ces conditions, il était admissible pour l'intimé de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2018, bien que le rapport d'expertise ait été rendu le 16 août 2019. A toutes fins utiles, on relèvera que le sort du recourant n'aurait pas été différent si l'intimé s'était fondé sur un taux d'activité de 80 %, tel que retenu le 14 juillet 2017 par le Dr B._____, pour la période comprise entre octobre 2018 et août 2019. Le degré d'invalidité minimal de 40 % n'aurait en effet pas non plus été atteint dans cette hypothèse.

c) Enfin, l'intimé a admis une nouvelle incapacité de travail totale dans toute activité dès le 31 janvier 2020, date à laquelle l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous la forme d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur distal gauche et du tibia proximal droit (cf. rapport du 11 mars 2020 du Dr B._____ à G._____), et jusqu'au 31 mars 2020. Il a donc octroyé à l'intéressé une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 juin 2020, le droit à la rente devant s'éteindre trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Le recourant allègue avoir droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 juin 2020.

L'intimé s'est fondé sur l'expertise rendue par le Q._____ le 16 août 2019 ainsi que sur son complément du 20 mai 2020 pour retenir une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2020, soit deux mois après l'opération. Le complément d'expertise atteste en effet qu'une telle incapacité de travail ne devrait pas dépasser deux mois, un retour à la situation précédent l'opération étant attendu passer ce délai. Cette appréciation n'est pas remise en cause par les rapports du Dr B._____ des 11 mars et 8 octobre 2020. Au contraire, ceux-ci font état d'une évolution favorable depuis l'opération, avec une cicatrisation complète des plaies et une diminution notable de la gêne au niveau du genou gauche, le patient étant capable de réaliser des activités en physiothérapie de plus en plus intenses.

S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts ont indiqué qu'à l'exclusion des deux mois consécutifs à l'intervention chirurgicale, une activité adaptée était réalisable à 100 % sans perte de rendement, à savoir une activité en position principalement assise, mais avec de petits déplacements sans charge, sur sols réguliers et sans escalier. Ils ont de plus admis qu'une activité exclusivement assise engendrerait un rendement diminué de l'ordre de 20 %, se ralliant à l'avis du Dr B._____ du 14 juillet 2017. Or, il est tout à fait exigible que l'assuré trouve un emploi consistant en une activité exercée en position principalement assise mais avec de petits déplacements. En outre, comme analysé précédemment, le rapport établi le 8 octobre 2020 par le Dr B._____, attestant une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ne permet pas de mettre en doute les conclusions probantes des experts, celui-ci n'étant pas étayé (cf. consid. 7a aa *supra*).

Du reste, l'argument du recourant selon lequel l'OAI a omis de tenir compte de l'aggravation de son état de santé psychique telle qu'attestée par son psychiatre traitant le 29 janvier 2021 ne saurait être suivi. Comme relevé ci-avant, ce rapport ne permet pas de mettre en doute le rapport d'expertise du Q._____, qui concluait à l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant (cf. consid. 7a bb *supra*).

Compte tenu de ce qui précède, l'intimé était légitimé à retenir une amélioration de l'état de santé au 1^{er} avril 2020 et, ainsi, une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès cette date.

8. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité, basé d'une part sur les déclarations de l'ex-employeur du recourant et, d'autre part, sur l'ESS, en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, n'est pas contesté et peut être confirmé. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 0 % à partir du 1^{er} février 2019 et jusqu'au 31 décembre 2019, puis à partir du 1^{er} juillet 2020 (soit trois mois après les améliorations survenues en octobre 2018 et avril 2020 [cf. art. 88a al. 1 RAI]), c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de toute rente au-delà du 31 janvier 2019 et jusqu'au 31 décembre 2019, puis au-

delà du 30 juin 2020, le seuil de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant depuis lors pas atteint.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

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

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de S._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Yann Oppliger (pour S._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :