

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juin 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 43 LPGA ; art. 6, 28 et 36 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant irakien né en 1971, est marié et père de deux enfants. Il est entré en Suisse en novembre 2009 et s'est vu reconnaître le statut de réfugié. Sans formation professionnelle certifiée, il a déployé l'activité de mécanicien dans son pays d'origine, mais n'a exercé aucune activité lucrative en Suisse.

L'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 13 novembre 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué avoir été blessé sur tout le côté gauche du corps en 2004 à l'occasion de l'explosion d'une voiture. Était notamment annexé à sa requête un rapport d'une scintigraphie osseuse du 9 septembre 2014, lequel mettait en évidence des troubles dégénératifs modérés sur les deux épaules et sur les deux hanches, ainsi que des séquelles consolidées de fractures des diaphyses fémorale et tibiale gauches. En outre, un rapport médical du 12 décembre 2011, émanant de la Policlinique C._____ à l'attention de l'Office fédéral des migrations (ODM, devenu dans l'intervalle le Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]), relevait que l'assuré avait fui son pays en raison de tortures subies pendant la guerre. Les diagnostics de status post réduction et ostéosynthèse d'une fracture du fémur gauche, status post fracture du tibia et du péroné gauche traitée conservativement, status post fracture du nez non traitée suite à une explosion en 2004, probable état de stress post traumatique et hémorroïdes étaient retenus.

Le Dr H._____, médecin généraliste traitant, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 26 janvier 2015, faisant état de multiples hernies discales depuis 2011 et de « fractures de guerre » avec ostéosynthèse. L'assuré n'exerçait aucune activité rémunérée et n'était, à son avis, capable d'aucune activité.

L'OAI a réceptionné un rapport d'imagerie cervicale du 2 avril 2015, lequel concluait à un pincement discal modéré C6-C7 avec saillie discale postérieure médiane, associée à une uncarthrose modérée avec rétrécissement des trous de conjugaison à gauche, et à une légère saillie discale postérieure médiane C5-C6 sans image de compression radiculaire. Un nouveau rapport d'imagerie de la colonne lombaire du 12 mai 2015 relevait une discopathie L5-S1 compliquée d'une volumineuse hernie discale postéro-médiane à médio-latérale droite avec empreinte sur le sac dural et l'émergence de la racine S1 droite, une discopathie débutante en L4-L5 et une spondylarthrose modérée aux deux derniers étages.

Par rapport à l'OAI du 27 mai 2015, le Dr K._____, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie auprès du Centre hospitalier J._____, a mentionné les diagnostics incapacitants d'hépatite C chronique de génotype 4, d'état de stress post traumatique et de tabagisme chronique actif. Les diagnostics d'immunité acquise contre le virus de l'hépatite B, de status post fracture du fémur gauche ostéosynthésé en 2004 et de status post rhinoplastie étaient en revanche sans répercussions sur la capacité de travail selon ce spécialiste. En l'état, l'hépatite C n'avait toutefois pas de conséquences cliniques pour l'assuré, lequel ne rencontrait aucune contre-indication à l'exercice d'une activité professionnelle du point de vue de la maladie hépatique.

L'assuré a requis la prise en charge de chaussures orthopédiques par demande de prestations déposée le 9 juin 2015 auprès de l'OAI, lequel y a donné une suite favorable par communication du 18 avril 2016.

Dans l'intervalle, il a fait l'objet de blocs facettaires L5-S1 bilatéraux, réalisés le 14 août 2015 par le Dr L._____, spécialiste en neurochirurgie au sein du Centre Q._____. Ce dernier a signalé qu'une nouvelle intervention (pose d'un implant crescent L5-S1 à droite) était prévue le 3 décembre 2015, laquelle justifierait un arrêt de travail total d'une durée de trois mois avant une reprise à 50 %.

Sur recommandation du Service médical régional de l'AI (SMR), un examen rhumatologique a été réalisé le 4 novembre 2015 par le Dr I._____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie. Dans son rapport du 12 novembre 2015, ce dernier a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgie droite avec aréflexie achilléenne et déficit sensitif S1 sur hernie discale L5-S1, ainsi que d'ancien traumatisme à l'épaule gauche en 2004 avec contusion de la coiffe des rotateurs et fracture de l'humérus ostéosynthésée (ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2008). Les diagnostics de discrètes discopathies cervicales C4-C7 asymptomatiques, d'ancienne fracture du fémur gauche en 2004 ostéosynthésée et consolidée, d'anciennes fractures du tibia et péroné en 2004 consolidées, ainsi que de surcharge pondérale demeuraient sans incidence sur dite capacité. Le Dr I._____ a considéré que l'assuré était doté d'une capacité de travail entière dès son entrée en Suisse dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis lombaire, du membre inférieur gauche et de l'épaule gauche. Cette capacité était toutefois restreinte dès mai 2015 étant donné la présence d'une hernie discale L5-S1 symptomatique. Il s'est exprimé en ces termes :

« [...] Nous ne nous alignons pas sur l'avis du médecin traitant. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'épaule G [réd. : gauche] et du membre inférieur G, la capacité de travail est entière dès son arrivée en Suisse.

Il n'y a pas non plus de multiples problèmes ostéoarticulaires, puisqu'il s'agit de trois fractures anciennes de l'humérus, du fémur et du tibia-péroné G. Il n'y a pas non plus de hernies discales nombreuses. Il y a une hernie discale symptomatique L5-S1 D [réd. : droite] mise en évidence à l'IRM du 11.05.2015. Il existe certes des protrusions discales modérées, asymptomatiques, cervicales (C5-C6 et C6-C7) et lombaires (L4-L5), protrusions discales non incapacitantes.

[...] Les anciennes fractures consolidées ne représentent pas une atteinte physique fonctionnelle invalidante.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée actuellement par la présence d'une hernie discale lombaire L5-S1 D symptomatique.

Si l'assuré accepte l'intervention chirurgicale prévue le 03.12.2015, il faudra interroger le chirurgien à trois mois de l'intervention sur l'évolution et les limitations fonctionnelles éventuelles en fonction du geste opératoire exécuté.

Si l'assuré refuse l'intervention chirurgicale et se plaint toujours, il faudra alors un examen neurologique avec complément électrophysiologique en mars-avril 2016 afin de confirmer la persistance de l'atteinte neurologique irritative ou sa disparition. L'involution naturelle de la hernie n'est pas exclue. Dans ce cas, le rachis lombaire restera fragile et des limitations fonctionnelles épargnant le rachis devront être respectées (éviter des positions en porte-à-faux prolongées, des activités à genoux ou accroupi, du port de charges supérieures à 10 kg) [...]. »

Le 15 avril 2016, le Dr L._____ a confirmé avoir opéré l'assuré, pour qui l'évolution s'avérait favorable en dépit de douleurs controlatérales. La situation devait être clarifiée en présence de signes de Waddell et d'une discordance radio-clinique. Le Dr H._____ préconisait pour sa part une expertise médicale, estimant le 3 mai 2016 que la capacité de travail de son patient était au maximum de 20 à 40 %.

Un rapport radiologique du 23 juin 2016 a fait état d'un status après Plif (réf. : posterior lumbar interbody fusion) L5-S1, dont le matériel était bien positionné et intégré, et d'une discopathie dégénérative modérée L4-L5, en l'absence de cicatrice hyperémie et de hernie intra-foraminale L5-S1 gauche.

Le Dr L._____ a relaté une situation stationnaire par rapport intermédiaire du 9 janvier 2017, en présence de douleurs « surtout en statique ». Ce spécialiste ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré vu l'importance de ses plaintes, précisant qu'on pourrait s'attendre à une pleine capacité « vu l'âge et l'IRM ».

Le 9 novembre 2017, le Dr Y._____, médecin au sein du Groupe Médical M._____SA, a signalé suivre l'assuré depuis un mois en raison de contractions et de douleurs dorsales. Il a évoqué les diagnostics d'ostéosynthèse du membre inférieur gauche, de discopathie et troubles dégénératifs des épaules. Un nouveau rapport d'imagerie de la colonne lombaire du 10 mai 2017, joint en copie, concluait à une hernie discale para-médiane et foraminale droite à bases larges, rétrécissant le récessus latéral et la partie inférieure du trou de conjugaison en L3-L4, et à un pincement et protrusion discale avec petite composante herniaire sous-ligamentaire en L4-L5. Par ailleurs, un rapport d'imagerie du poignet

gauche du 13 mai 2015 observait un kyste arthro-synovial pré-styloïdien ventral de cubitus de 12 x 8 mm de diamètre.

Le Dr L._____ a indiqué le 12 février 2018 que l'assuré présentait une récurrence de hernie discale L5-S1 luxée vers le bas et une protrusion L4-L5. Une nouvelle intervention n'était pas envisagée vu la chronicité de l'atteinte, la prédominance de troubles sensitifs, les signes de Waddell et l'absence de réponse aux blocs facettaires.

Après sollicitation du SMR, l'OAI a diligenté un examen clinique rhumatologique complémentaire de l'assuré. Le Dr N._____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, a procédé à cet examen au SMR le 28 février 2018 et rédigé son rapport le 14 mars 2018. Il a retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques, non déficitaires, sur un status post cure de hernie discale L5-S1 droite avec récurrence de même niveau, et de status post fracture du fémur de la jambe gauche, ostéosynthésée, persistance de douleurs mécaniques, vraisemblable parésie du tibial antérieur gauche. Demeurait sans influence sur la capacité de travail un antécédent de fracture de l'humérus gauche, avec bonne évolution post-opératoire. En complément à l'évaluation du Dr I._____, le Dr N._____ concluait à une capacité de travail de 75 %, recouvrée dès le 15 avril 2016 dans une activité adaptée, ménageant le rachis lombaire et le membre inférieur gauche. Il a fait état des constats suivants :

« [...] L'examen montre un homme de 47 ans, en bon état de santé général. L'assuré a une pré-obésité ou l'équivalent d'un BMI de 27.7, l'examen cardiopulmonaire et digestif est normal.

Au niveau neurologique, nous avons une vraisemblable parésie du muscle tibial intérieur gauche, présente de longue date, en relation avec la fracture de la jambe de 2004 ; il est probable qu'il y ait eu une atteinte du nerf tibial. Nous n'avons pas de déficit moteur du côté droit. Nous n'avons pas de déficit sensitif. Nous avons une pallesthésie qui est normale aux MI [réd. : membres inférieurs]. Par rapport à l'ancienne compression de la racine S1 droite, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur, mais par contre il y a un déficit de réflexes achilléens droits. Nous n'avons pas d'évidence de neuropathie tronculaire ou de polyneuropathie au MID [réd. : membre inférieur droit]. Il n'y a plus de sciatalgie ou de cruralgie irritative.

L'examen des épaules est rassurant. Certes, l'assuré a une légère diminution de la trophicité du bras gauche avec une différence de

2 cm du périmètre du bras. La trophicité de la coiffe des rotateurs est normale. L'assuré arrive activement à mener son bras à 150° d'abduction à gauche contre 170° à droite, il n'y a pas de signe de capsulite rétractile, il a une coiffe compétente, il a une douleur diffuse à la palpation de la tête humérale, il a une gestuelle normale au niveau du MSG [réd : membre supérieur gauche].

Au niveau des MI, il n'y a pas d'inégalité de longueur flagrante, nous avons une trophicité musculaire normale au niveau des cuisses, une diminution de la trophicité musculaire du tibia antérieur gauche, nous avons des cicatrices postopératoires qui sont calmes. La mobilité des hanches est complète de même que la mobilité des genoux et des chevilles. La palpation est douloureuse au niveau de la face latérale du fémur gauche, la palpation tibiale est indolore. Fonctionnellement, l'assuré marche avec une vitesse normale à plat, il n'a pas de cannes, il porte des chaussures orthopédiques basses, il n'a pas de steppage à la marche, nous ne constatons pas de boiterie.

Au niveau du rachis, il y a de légers troubles statiques, l'assuré n'a pas d'attitude antalgique. La mobilité du rachis lombaire est modérément restreinte en flexion avec un index de Schober de 10 - 12 cm (norme 10 - 15 cm) ; l'extension est complète. L'assuré a autant de douleurs en flexion qu'en extension. Il a des douleurs à la palpation de L3 à L5, de même intensité. Il n'a pas de contracture latéralisée ; en station debout, la suspicion d'une contracture paravertébrale gauche en décubitus ventral n'est pas retrouvée. Nous concluons que l'assuré a une raideur persistante au niveau lombaire, mais qu'il n'a pas de syndrome rachidien. Le fait qu'il effectue ses transferts assis-debout normalement va également dans ce sens.

L'étude du dossier radiologique montre au niveau du MSG une fracture du tiers moyen de l'humérus gauche consolidée, sans signe d'arthrose secondaire au niveau du coude ou de la cavité gléno-humérale (Rx de l'épaule de mai 2014).

Les radiographies du MIG [réd. : membre inférieur gauche] de 2014 et 2017 montrent des fractures consolidées au niveau du fémur, de la jambe et du péroné, sans important défaut d'axe, sans complication, il n'y a notamment pas de troubles dégénératifs secondaires.

La première IRM lombaire mise à disposition de mai 2014 montre une hernie discale en L5-S1 paramédiane gauche, sans conflit. Nous n'avons pas à disposition l'IRM préopératoire du 11.05.2015, cette IRM montre selon le radiologue une hernie discale L5-S1 droite, mais n'entraînant pas de franche compression. L'assuré est finalement opéré par le Dr L. _____ le 03.12.2016 par hémilaminectomie L5-S1 droite et discectomie. La dernière IRM lombaire de septembre 2017 montre une cage intersomatique en L5-S1, il persiste à ce niveau une petite hernie médiane, légèrement luxée vers le bas, évoquant une récurrence ou une excision incomplète, sans signe de compression radiculaire. »

Fondé sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 75 % selon les conclusions du SMR, l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré le 13 septembre 2018. Il a mis à jour

un degré d'invalidité de 25 % par comparaison des revenus avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques.

Par projet de décision du 1^{er} octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à une rente et à des mesures professionnelles, retenant que celui-ci avait subi une incapacité totale de travail du 1^{er} mai 2015 au 15 avril 2016 et que dès cette date, son degré d'invalidité s'élevait à 25 %. Il l'a toutefois mis au bénéfice d'une aide au placement par communication du même jour.

L'assuré, par l'intermédiaire du Dr Y._____, a contesté ce projet le 11 octobre 2018 et fait parvenir à l'OAI l'intégralité des pièces médicales en sa possession, pour la plupart déjà versées à son dossier. Etaient cela étant annexés quelques nouveaux documents, soit l'historique des consultations au sein du Centre hospitalier J._____ entre avril 2012 et septembre 2013, les différents rapports d'imagerie et les rapports consécutifs à des infiltrations réalisées au sein du Centre V._____ en 2015. L'assuré rappelait au surplus les différents diagnostics retenus dans son cas.

Par courrier non daté, parvenu à l'OAI, l'assuré a communiqué un certificat établi le 27 novembre 2018 par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui relatait l'absence d'aggravation arthrosique du genou gauche et la consolidation des fractures, tout en confirmant des limitations fonctionnelles à la marche. En outre, un rapport du Dr P._____, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie, du 30 novembre 2018, indiquait que l'assuré bénéficiait d'un traitement antiviral pour une durée de 8 semaines du fait de l'hépatite C avec une bonne tolérance. L'assuré précisait vouloir déposer ultérieurement un rapport de son psychiatre traitant.

L'OAI a repris les termes de son projet de décision du 1^{er} octobre 2018 dans une décision du 11 février 2019 et nié le droit de l'assuré à une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles.

B. B._____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 1^{er} mars 2019. Il a souligné la dégradation de son état de santé psychique, en sus de ses problèmes somatiques. Il a produit, à titre de justificatif, un rapport établi le 27 février 2019 par le Dr S._____, médecin auprès du Centre T._____. Ce praticien signalait que sa prise en charge avait débuté le 29 octobre 2018, à raison de deux séances mensuelles. Il retenait les diagnostics de phobie sociale, de trouble mixte, anxieux et dépressif, et d'état de stress post traumatique depuis 2004. La capacité de travail était à son sens nulle dans toutes activités depuis 2004, respectivement depuis l'arrivée en Suisse de son patient. L'assuré a également fourni le certificat du Dr R._____ du 27 novembre 2018, le rapport du Dr P._____ du 30 novembre 2018, le dernier rapport du Dr L._____ du 12 février 2018 et une attestation d'incapacité totale de travail du Dr Y._____ du 1^{er} décembre 2018.

L'OAI a répondu au recours le 24 avril 2019 et proposé son rejet, en se référant à un avis du SMR du 16 avril 2019. Ce service relevait pour l'essentiel qu'aucun diagnostic psychique n'avait été évoqué jusqu'au 27 février 2019. Il n'était pas admissible pour un praticien de fixer une incapacité antérieurement au début de sa prise en charge, de sorte que l'appréciation de l'état de santé psychique n'était « pas recevable ».

Aux termes de sa réplique du 16 mai 2019, l'assuré a précisé ses conclusions, tendant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour expertise pluridisciplinaire avant nouvelle décision. Il a fait valoir l'insuffisance de l'instruction de son cas sur le plan psychique et contesté l'évaluation de son degré d'invalidité. Il estimait qu'un abattement de 25 % devait de toute façon être pris en compte en l'occurrence, ce qui portait son taux d'activité au minimum à 43 %, ouvrant le droit à un quart de rente.

Dupliquant le 6 juin 2019, l'OAI a maintenu ses conclusions.

L'assuré a fait parvenir à la Cour de céans un nouveau rapport du Dr S. _____ daté du 23 octobre 2019, lequel reprenait les diagnostics et l'appréciation précédemment communiqués. Un rapport radiologique du 11 mars 2019 était également fourni, où un status après Plif L5-S1 était évoqué, en l'absence de hernie résiduelle et de conflit neurologique.

Invité à se déterminer, l'OAI a renvoyé à l'avis du SMR du 16 avril 2019 et persisté à proposer le rejet du recours.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été interjeté en temps utile et transmis au tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait globalement aux autres

conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) 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).

b) 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).

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.

c) A teneur de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. L'art. 36 al. 1 LAI prévoit en outre qu'a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

4. a) 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).

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

134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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

Dans ce cadre, bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

5. a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet de deux examens cliniques au SMR les 4 novembre 2015 et 28 février 2018, destinés à clarifier son état de santé du point de vue rhumatologique. Contestant l'appréciation de sa capacité de travail, il estime que les rapports corrélatifs sont dénués de valeur probante, dans la mesure où les spécialistes du SMR n'auraient pas tenu compte de l'ensemble de ses pathologies.

On ne saurait toutefois suivre le recourant à cet égard, dans la mesure où les rapports d'examen du SMR rédigés les 12 novembre 2015 et 14 mars 2018 remplissent l'ensemble des réquisits jurisprudentiels rappelés supra (cf. consid. 4a). Les Drs I. _____ et N. _____ ont en effet procédé à des investigations extrêmement minutieuses du cas du recourant, en pleine connaissance de toutes les pièces versées à son dossier. Ils ont en particulier pris connaissance des nombreux rapports radiologiques fournis par le recourant et ses médecins traitants et n'ont pas manqué de discuter précisément les différents diagnostics évoqués en l'occurrence. On relève également que les plaintes alléguées par le recourant ont été dûment confrontées aux constats objectifs et les diverses appréciations médicales discutées par le détail. Les spécialistes du SMR sont au surplus parvenus à des conclusions superposables à plus de deux ans d'intervalle, tant en termes d'exigibilité que de limitations fonctionnelles. On rappellera que ces praticiens ont retenu que le recourant n'était certes plus en mesure d'exercer son activité habituelle de mécanicien depuis 2004. Il était en revanche doté d'une capacité de travail de 75 % dans une activité respectant son état de santé somatique au plus tard à compter de son entrée en Suisse. Une incapacité totale de travail dans toutes activités pouvait être reconnue uniquement dès le 1^{er} mai 2015 (hernie discale symptomatique). Le Dr N. _____ a par ailleurs complété cette appréciation en se fondant sur les données communiquées par le Dr L. _____ pour considérer que dite incapacité totale de travail avait cessé le 15 avril 2016. L'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée était ainsi à nouveau donnée dès cette dernière date.

On ne voit pas que ces conclusions, parfaitement cohérentes et étayées à satisfaction, soient contredites par des documents ou avis médicaux subséquents. En particulier, les documents d'imagerie produits par le recourant ne font état d'aucune péjoration ou modification de la situation ostéoarticulaire survenue postérieurement aux examens réalisés au SMR. Le certificat du Dr R._____ ne lui est également d'aucun secours, puisqu'il confirme bien plutôt la consolidation des fractures et l'absence de gonarthrose. Quant aux rapports et attestations établis par le Dr Y._____, ces documents sont insuffisamment motivés pour ébranler les conclusions ressortant des examens réalisés au SMR. Contrairement à ce que soutient le recourant, on peut donc confirmer la pleine valeur probante des rapports corrélatifs et suivre les conclusions prises en compte par le SMR sur le plan rhumatologique.

b) On ajoutera, dans le registre somatique, que l'atteinte hépatique (hépatite C) rapportée par le Dr K._____ le 27 mai 2015 a été considérée comme sans impact sur la capacité de travail du recourant par ce même spécialiste. A cet égard, le rapport du Dr P._____ le 30 novembre 2018, faisant état d'un traitement antiviral de courte durée (8 semaines), ne remet pas en question cette appréciation.

c) On peut en définitive considérer, à l'instar de l'intimé, que l'état de santé somatique du recourant, instruit à satisfaction, permet l'exercice d'une activité lucrative adaptée au taux de 75 % au plus tard à compter de son entrée en Suisse, sous réserve d'un intervalle de moins d'un an d'incapacité totale de travail entre le 1^{er} mai 2015 et le 15 avril 2016.

6. Sur le plan psychique, on ne saurait en revanche considérer que le dossier constitué en l'occurrence soit complet.

On peut certes observer que la crédibilité des informations et appréciation communiquées par le Dr S._____ est sujette à caution. Ce médecin, exerçant au sein du Centre T._____, n'est en effet pas inscrit

en qualité de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie dans le registre fédéral des professions médicales. Ses rapports des 27 février 2019 et 23 octobre 2019 apparaissent par ailleurs d'emblée douteux du fait d'une évaluation de la capacité de travail du recourant sur une période largement antérieure au début de sa prise en charge. Le Dr S._____ ne précise enfin aucunement les éléments qui l'ont conduit à retenir des diagnostics psychiatriques (phobie sociale, trouble mixte, anxieux et dépressif, état de stress post traumatique) dans le cas d'espèce.

Cela étant, contrairement à ce qui ressort de l'avis du SMR du 16 avril 2019, des diagnostics psychiques ont été mentionnés à plusieurs reprises dans le cas du recourant. On peut citer notamment le rapport de la Polyclinique C._____ du 12 décembre 2011, ainsi que celui du Dr K._____ pour le compte du Centre hospitalier J._____ du 27 mai 2015, où des diagnostics similaires à ceux évoqués par le Dr S._____ ont été posés.

Quand bien même les éléments parlant en faveur d'une atteinte à la santé psychique invalidante sont ténus, force est également de constater que le recourant est pris en charge sur le plan psychiatrique, à concurrence de deux séances par mois, depuis le 29 octobre 2018, soit depuis une date antérieure à celle de la décision querellée.

On ne peut cependant, en l'état du dossier, se prononcer sur les diagnostics psychiques qui affecteraient le recourant, la date de leur survenance et leur impact éventuel en termes de capacité de travail, faute d'évaluation spécialisée de ce registre.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du

19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Ainsi qu'il a été développé plus haut sous consid. 5 et 6, le cas du recourant a été investigué de manière convaincante et exhaustive du point de vue somatique. Le volet psychique n'a en revanche fait l'objet d'aucune instruction. Il s'agit par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour pallier ce défaut et procéder, après actualisation des pièces médicales, à un examen clinique du recourant, sous l'angle de la récente jurisprudence relative à l'évaluation des troubles psychiques (cf. ATF 143 V 418 ; 141 V 281).

d) On relèvera qu'en fonction du résultat de cette instruction complémentaire, il incombera au surplus à l'intimé d'examiner la question des conditions générales d'assurance afférentes aux prestations susceptibles d'entrer en ligne de compte in casu (cf. consid. 3c supra).

e) Vu ce qui précède, on ajoutera qu'il n'y a pas lieu de se prononcer sur les griefs du recourant relatifs à l'évaluation de son degré d'invalidité, respectivement à la détermination du revenu d'invalidé. L'instruction médicale du cas étant encore incomplète, il est en effet prématuré de statuer sur cette question.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Le recourant, non représenté par un mandataire professionnel, ne saurait prétendre des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 11 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

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

- 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, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- 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 :