

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 115 vom 16. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__115

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 115 du 16 mars 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 115 del 16 marzo 2016

Regeste

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE D'INVALIDITÉ, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ, ACCIDENT PROFESSIONNEL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.03.2016 Arrêt / 2016 / 115

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE D'INVALIDITÉ, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ, ACCIDENT PROFESSIONNEL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 58/15 - 67/2016 ZD15.009982 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 16 mars 2016

_____ Composition : M. Dépraz , président M. Gutmann et Mme Férolles, assesseurs Greffier : M. _____ Addor ***** Cause pendante entre : M. _____ , à R. _____, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. Ressortissant d'origine portugaise ayant acquis la nationalité suisse par voie de naturalisation, M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, est marié et père de deux enfants nés en 2007 et 2011. Sans formation professionnelle, il a œuvré dès le 1 er mai 2008 en qualité de manœuvre – bûcheron auprès de l'entreprise forestière S. _____ à R. _____. Le 14 décembre 2012, l'employeur de M. _____ a transmis à l'assureur-accidents (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : la CNA]) une déclaration de sinistre annonçant que, en date du 13 décembre 2012, le prénommé était tombé d'un noyer lors de l'émondage de ce dernier. Dans un certificat du 28 janvier 2013, le Dr P. _____, médecin-chef du Service d'orthopédie de l'Hôpital T. _____, a posé le diagnostic de fracture de Maisonneuve de la cheville gauche. L'assuré a présenté une incapacité totale de travail du 13 décembre 2012 au 6 mai 2013. Le 7 mai 2013, il a repris l'exercice de son activité habituelle à temps complet mais sa cheville gauche restait douloureuse et avait tendance à enfler. A cette époque de l'année (avril/mai), le travail consistait à aller chercher des pierres ayant roulé des murs à sec dans les pâturages pour les y ramener, les retailer ou les remettre en place. Le 1 er octobre 2013, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a effectué l'examen médical de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il a relevé qu'une IRM

de la cheville gauche du 24 mai précédent montrait des lésions cartilagineuses étendues. Il s'est ensuite exprimé en ces termes sous l'intitulé « Appréciation » : « (...) Actuellement, le patient dit que sa cheville gauche va un peu mieux mais qu'elle reste douloureuse sur ses deux versants. Les douleurs irradient dans la jambe. La marche les aggrave mais le patient n'est pas vraiment limité dans ses déplacements. Il aurait aussi des douleurs au repos et des douleurs nocturnes. A l'examen clinique, le patient n'a manifestement pas de limitation fonctionnelle majeure. Objectivement, la cheville gauche a une morphologie normale. Elle n'est pas enraidie ni élargie. Elle ne présente aucun signe réactif local. Elle paraît largement indolore à la sollicitation et les amplitudes articulaires sont complètes. Il n'y a pas de laxité anormale. L'arrière-pied est normo-axé et normo-fonctionnel. On note une amyotrophie modérée du mollet gauche et la cheville a une bonne force. Sur les RX, on a une fracture de la malléole postérieure associée à une fracture proximale du péroné. Sur les clichés qui suivent, on voit que la fracture de la cheville va consolider sans élargissement de la mortaise. Sur l'IRM, il y a des lésions cartilagineuses diffuses et des séquelles d'entorse. Si la cheville gauche a un aspect pratiquement normal chez un patient qui s'économise, il en va probablement différemment lorsqu'il doit porter des pierres toute la journée en terrain inégal. Le Dr P. _____, avec lequel je me suis entretenu par téléphone, va effectivement procéder à une infiltration le 11 octobre 2013 et il envisage également d'équiper le patient de chaussures de type Künzli. Malheureusement, il est peu probable que ces mesures suffiront à permettre au patient de reprendre son activité habituelle. Une arthrodèse paraît déraisonnable et un séjour à la Clinique J. _____ peu utile. Il faut que le patient s'annonce à l'AI et qu'il se cherche un emploi qui lui convienne. Pour ma part, je le reverrai au début de l'année prochaine et je terminerai le cas. » Le 10 octobre 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a accusé réception du dossier que lui a fait parvenir spontanément la CNA. Invoquant des motifs d'ordre économique, l'entreprise S. _____ a résilié le contrat de travail de l'assuré le 20 novembre 2013 avec effet au 31 janvier 2014. Le Dr G. _____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré en date du 1^{er} avril 2014. Il a conclu en ces termes son rapport daté du même jour : « (...) Actuellement, le patient, qui est venu avec un ami, dit que sa cheville gauche va mieux, mais qu'il a encore des douleurs et que cette articulation enfle au bout d'une heure de marche. A l'examen clinique, le patient semble n'avoir aucune limitation fonctionnelle notable. Objectivement, la cheville gauche a une morphologie normale. Elle ne présente aucun signe réactif local. Elle a récupéré des amplitudes articulaires complètes. Il n'y a pas de laxité pathologique. L'arrière-pied est normo-axé et normo-fonctionnel. La force est bien récupérée. On retrouve une légère amyotrophie du mollet droit. Le traitement est manifestement terminé. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens restent à la charge de la Suva. Si le patient ne peut plus travailler comme murier-bûcheron, il est clair qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité un peu plus légère. Les limitations fonctionnelles sont les charges lourdes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté. Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 5% peut être retenu par analogie avec une arthrose toute débutante de la tibio-talienne. Cette estimation prend en compte une certaine aggravation prévisible. » B. Dans l'intervalle, l'assuré a déposé, en date du 16 décembre 2013, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'office AI. Sous la plume du Dr Q. _____, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a considéré dans un avis du 1^{er} juillet 2014 que l'activité habituelle de bûcheron-murier n'était plus exigible

mais que l'assuré conservait une capacité de travail entière dès la fin de l'année 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « pas de port de charges lourdes, pas de travail en terrain irrégulier, pas de travail sur échelle, pas de déplacement à pied excédant une heure, pas de station debout prolongée. » Le 7 juillet 2014, l'office AI a informé l'assuré que les conditions du droit au placement étaient remplies, compte tenu du fait qu'il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par courrier du 12 juillet 2014, l'assuré a fait savoir à l'office AI qu'il contestait sa prise de position du 7 juillet précédent. Il a précisé avoir effectué une IRM et a annoncé un rendez-vous pour le 21 juillet 2014 avec le Dr P. _____.

Dans un rapport médical complété sur formule ad hoc le 13 octobre 2014 à l'intention de l'office AI, le Dr P. _____ a fait état de douleurs persistantes à la cheville gauche depuis l'accident du 13 décembre 2012. Réservant son pronostic, il a toutefois estimé que l'assuré présentait une capacité de travail complète dans une activité adaptée. S'exprimant sur les éléments médicaux versés au dossier dans un avis médical du 8 décembre 2014, le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a constaté que les conclusions du Dr P. _____, chirurgien orthopédiste traitant, corroboraient celles du Dr G. _____, reprises dans l'avis SMR du 1^{er} juillet 2014. Partant, la contestation de l'assuré quant à sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée n'était pas confirmée par les documents médicaux pertinents versés au dossier. D'un document interne à l'administration daté du 15 décembre 2014, il ressort que, pour le calcul du salaire exigible, celle-ci s'est fondée sur le salaire statistique afférent à l'année 2010 (recte : 2012) indexé à 2014 et concernant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétences 1). Elle a cité comme exemples d'activités adaptées celles d'ouvrier de production de pièces horlogères, ouvrier microélectronique et employé de laboratoire. Quant au revenu sans invalidité, il se fondait sur la moyenne des salaires des trois dernières années tels que reportés dans l'extrait du compte individuel. Le 18 décembre 2014, l'office AI a informé l'assuré, alors représenté par son assurance de protection juridique, de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité en se fondant sur les constatations suivantes :

« Votre mandant exerçait l'activité de bûcheron à 100%. Pour des raisons de santé, il présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 13 décembre 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI. Dans sa situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} juin 2014, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'article 29, alinéa 1, LAI. Après consultation de son dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que son incapacité de travail est totale dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas de travail sur échelle, pas de déplacement à pied de plus d'une heure, pas de station debout prolongée) et ce depuis le mois d'avril 2014 au moins. Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé eu égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas –

repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 5'210.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA 1 ; niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 [recte : 5'431.42] (CHF 5'210.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'177.10. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0.70%) et finalement de 2013 à 2014 (pas d'indexation), on obtient un revenu annuel de CHF 65'633.34 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalide est justifié. Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 59'070.01. Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 54'428.35 avec celui auquel il peut prétendre dans une activité adaptée, soit CHF 59'070.01 par année. Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 54'428.35 avec invalidité CHF 59'070.01 La perte de gain s'élève à CHF 0 = un degré d'invalidité de 0% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à sa portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelle qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas son cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée. » Ce projet étant demeuré sans observation, l'office AI a rendu, en date du 10 février 2015, une décision formelle entérinant son refus d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré. La motivation était identique à celle de son préavis. C. Par acte du 12 mars 2015, M. _____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à sa réforme, dans le sens des conclusions d'une expertise médicale judiciaire mono-, bi- ou pluridisciplinaire à mettre en œuvre. Subsidiairement, il demande son annulation et le renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il invoque le fait que des troubles neurologiques, des

troubles neuro-psychologiques avec difficultés d'apprentissage, des troubles rhumatologiques et des troubles gastro-entérologiques n'auraient pas été pris en considération par l'office AI dans son évaluation médicale. A l'appui de ses allégations, il produit un rapport de la Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne générale, du 10 mars 2015, dans lequel elle a posé les diagnostics suivants : - Epilepsie focale (non mieux spécifiée pour l'instant) avec généralisation secondaire, depuis l'âge de 3 ans, traitée par Rivotril dès 12 ans. - s/p dépendance à l'alcool, traitée par un sevrage en clinique spécialisée au Portugal en 1997, sans récurrence depuis. - Probables troubles de l'apprentissage en voie d'investigation. - Hémochromatose avec hyperferritinémie modérée. - Perturbation des tests hépatiques, hépatomégalie, stéatose hépatique diffuse et signes échographiques d'hypertension portale discrète. - Tabagisme chronique à 32 UPA, discrets signes radiologiques de BPCO débutant. - Fracture de Maisonneuve le 13 décembre 2012 traitée conservativement avec, entre autres, chondropathie séquellaire. - Lombalgies chroniques. D'un point de vue clinique, la Dresse L. _____ a constaté un ralentissement psycho-moteur avec un langage à l'expression lente, mal articulée et hésitante. Le contenu du dialogue se caractérisait par sa pauvreté. L'intéressé oubliait en outre des informations. Elle a conclu que « les déficits neuro-psychologiques, s'ils se confirment, pourraient entraîner une incapacité de travail de longue durée dans toute activité professionnelle, d'un taux encore à définir. » Dans sa réponse du 4 mai 2015, l'office AI rappelle qu'il lui incombe de prendre d'office les mesures d'instruction qui lui paraissent nécessaires au vu des circonstances et qu'il ne saurait dès lors organiser tous les examens possibles et imaginables en l'absence d'un faisceau d'indices permettant de rendre plausible une affection particulière. Il souligne qu'en l'occurrence aucun des praticiens consultés par l'assuré n'a mis en évidence l'éventuelle présence de troubles de l'apprentissage mentionnés par la Dresse L. _____. Partant, à défaut d'éléments médicaux susceptibles de remettre en cause son appréciation, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En réplique du 30 juin 2015, le recourant se réfère à un bilan neuropsychologique pratiqué par le Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, ayant révélé des difficultés cognitives de nature à compromettre toute conversion dans des activités requérant l'apprentissage de procédures complexes. Il fait ensuite valoir qu'il est au bénéfice depuis plus de trente ans d'un traitement médicamenteux pour ses antécédents de maladie épileptique, traitement qui contre-indiquerait toute reconversion dans une activité de transport professionnel. Il craint par ailleurs que ses très faibles connaissances en français n'aient « très fortement parasité les conclusions et constatations » tant des médecins de l'office intimé que de la CNA. En outre, il existerait, aux yeux de la Dresse L. _____, de sérieux doutes quant à ses possibilités de réadaptation. Le recourant soutient enfin que la décision attaquée ne se fonderait pas sur des activités réellement adaptées à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. En annexe à son écriture, il produit un nouveau rapport médical du 3 juin 2015 de la Dresse L. _____. Celle-ci répète avoir constaté chez l'assuré un ralentissement psychomoteur ainsi qu'une faible nosognosie, ayant motivé un bilan neuropsychologique auprès du Dr Z. _____. De son côté, ce praticien indique que « les difficultés cognitives actuelles de ralentissement léger ne sont pas un obstacle pour les professions que le patient a pratiquées dans le passé (bûcheron, ouvrier) et ne limitent pas la conduite de l'automobile. Par contre, une conversion dans des activités qui demandent l'apprentissage de procédures complexes serait à éviter. » La Dresse L. _____ en tire la conclusion qu'à son avis « même dans une activité qui serait totalement adaptée à l'état de santé de M. M. _____, sa capacité de travail ne pourrait

jamais être entière. Le taux d'exercice d'une telle activité, nécessairement partiel, devrait (si cette activité existe) être évalué. » En conséquence, le recourant déclare persister dans ses conclusions précédentes. Dupliquant le 24 août 2015, l'office AI constate que, selon ce que rapporte la Dresse L. _____, le Dr Z. _____ considère qu'une activité lucrative reste possible à condition que cette dernière n'implique pas des procédures complexes, que la réalisation d'activités simples et répétitives est envisageable, que la méconnaissance de la langue française n'est pas nécessairement liée aux facteurs cognitifs et qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans l'évaluation de l'invalidité du recourant. Estimant dans ces conditions que l'administration d'un examen neurologique destiné à déterminer la capacité de travail de l'intéressé s'avère superfétatoire, l'intimé propose derechef le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. En annexe à ses déterminations du 22 septembre 2015, le recourant a produit divers rapports médicaux : - un rapport du 31 mars 2015 du Dr Z. _____, dans lequel celui-ci a posé les diagnostics principaux de « trouble cognitif léger non évolutif de probable origine multifactorielle (...), probable épilepsie partielle (...). » Le praticien prénommé s'est exprimé comme suit sous l'intitulé « Conclusion et discussion » : « M. M. _____, âgé de 43 ans, est connu pour des crises d'épilepsie partielle, (notion d'aura non mieux définissable) suivies par une généralisation secondaire (crises type grand mal), entre l'âge de 3 et 10 ans. Ces crises ont nécessité un traitement de benzodiazépines à hautes doses depuis l'enfance, traitement qui n'a jamais été arrêté par la suite. Il s'agit d'une épilepsie focale peut-être d'origine du lobe temporal. L'IRM cérébrale du 23 février 2015 effectuée à la Clinique V. _____ semble suggérer la possibilité d'une atrophie hippocampique gauche (sclérose discrète, sans que celle-ci puisse être diagnostiquée de façon formelle). L'électroencéphalogramme est dans la norme, sans signe d'activité épileptiforme, sans anomalie focale. L'examen neurologique est normal, sans signes de latéralisation. Les difficultés cognitives légères (fléchissement exécutif et attentionnel, diminution de la flexibilité mentale et de la vitesse mentale), mais vraisemblablement non évolutives, objectivées par l'examen neuropsychologique (en langue portugaise) semblent donc d'origine multifactorielle (pauvre scolarité, traitement de benzodiazépines depuis l'enfance, notion d'épilepsie dans l'enfance, passé éthylique). Au vu de l'augmentation de la ferritine et des enzymes hépatiques aux examens sanguins, il faudrait vérifier que la consommation d'alcool ne soit pas significative (dosage du CDT). Les difficultés cognitives actuelles de retentissement léger, ne sont pas un obstacle pour les professions que le patient a pratiquées dans le passé (bûcheron, ouvrier) et ne limitent pas la conduite de l'automobile. Par contre, une conversion dans des activités qui demandent l'apprentissage de procédures complexes serait à éviter. J'ai discuté avec le patient de la possibilité de réduire progressivement le traitement antiépileptique sur plusieurs mois, puis de l'arrêter (dernière crise il y a 30 ans) ou encore de le remplacer par un traitement antiépileptique avec moins d'effet sur la cognition (bien que le patient ait vraisemblablement développé une grande tolérance). M. M. _____ a refusé ces propositions en raison de la crainte d'une récurrence des crises. Une procédure de sevrage progressive des BZD aurait également comme conséquence un arrêt de la conduite automobile pendant la période de sevrage. J'ai l'impression que le patient a un hippocratismes digital qu'il faudrait probablement investiguer. » - un rapport du 19 mars 2015 de F. _____, psychologue FSP auprès du Service de neuropsychologie et logopédie de la Clinique D. _____, dont il ressort ce qui suit en guise de conclusion : « Cet examen met en évidence chez un patient collaborant, orienté, ralenti et peu nosognosique : · un fléchissement exécutif marqué par de discrètes difficultés de planification, un léger défaut

d'inhibition, une incitation verbale faible, un important ralentissement de la flexibilité mentale et une perturbation des capacités d'abstraction, · une attention soutenue fluctuante, un ralentissement de la vitesse de traitement et de l'attention visuelle, · un accès lexical pauvre, · des capacités mnésiques épisodiques limites. La symptomatologie évoque une souffrance essentiellement antérieure pouvant se comprendre dans le cadre d'un traitement de Rivotril de très longue date (et semble t'il à un dosage élevé) pour épilepsie dans l'enfance. Si le déficit d'accès lexical, lui, me semble se comprendre dans le cadre d'une scolarité réduite, les capacités tout à fait satisfaisantes, en lecture, écriture et calcul me paraissent attester de bonnes acquisitions scolaires et ne parle pas en faveur d'un éventuel léger retard mental. » - un rapport de l'examen angio-IRM cérébrale pratiquée le 23 février 2015 par la Dresse W. _____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie auprès de l'Institut d'imagerie médicale et de médecine nucléaire de la Clinique V. _____, dont la conclusion est libellée en ces termes : « Discrète asymétrie hippocampique, particulièrement visible au niveau de la région CA 4, pouvant faire évoquer une sclérose hippocampique a minima, les différents critères radiologiques n'étant pas entièrement remplis. » - un rapport de la Dresse L. _____ du 20 septembre 2015 indiquant que l'assuré souffre d'un « déficit intellectuel » et qu'il faut en attendre « une capacité de travail réduite, donc un rendement réduit. » Elle ajoute qu'elle « pense que supposer que ce patient puisse reprendre une activité professionnelle stable et régulière relève de la mauvaise foi. » Se référant à ces pièces, le recourant indique persister dans ses conclusions. S'exprimant par pli du 7 octobre 2015, l'office AI fait savoir qu'il se rallie à l'avis médical du 5 octobre précédent dans lequel, après avoir rendu compte du contenu des principaux rapports médicaux produits par le recourant durant la procédure judiciaire, le Dr K. _____ du SMR conclut comme suit sa prise de position : « En conclusion, les arguments avancés par la Dresse L. _____ ne permettent pas de contester à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ortho-traumatologiques et au type d'activités professionnelles auxquelles son absence de formation scolaire et professionnelle lui ouvrent l'accès : 1. les problèmes d'ordre cognitif / neuropsychologique sont anciens et étaient déjà présents lorsque l'assuré travaillait à 100% comme bûcheron, 2. lesdits problèmes, qu'il convient plutôt de considérer comme des anomalies, sont objectivement mineurs et – de l'avis spécialisé du neurologue corroboré par un examen neuropsychologique spécialisé réalisé dans la langue maternelle de l'assuré – compatibles sans réserve avec les anciennes activités professionnelles de l'assuré, la conduite automobile et des activités dont l'apprentissage et la pratique ne requièrent pas des procédures complexes. » Sur cette base, l'intimé considère que les documents médicaux produits par le recourant ne remettent pas en cause l'appréciation médicale sur laquelle se fonde son refus de prester, si bien qu'il réitère sa conclusion tendant au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Le 27 novembre 2015, le magistrat instructeur a informé les parties que, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, la requête d'expertise formulée par le recourant était rejetée en l'état. La Cour a statué par voie de circulation. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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) La procédure devant le tribunal cantonal des

assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse est attaquée uniquement sous l'angle du droit du recourant à une rente. Ne doit être dès lors examiné que le point de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI, à l'exclusion d'autres prestations.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 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 (première phrase). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF [Tribunal fédéral] I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

c) 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport

se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient à l'assuré – respectivement au recourant – d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). 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 probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références; consid. 3.3.2 partiellement publié in ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6; TF 9C_500/2011 précité loc. cit.; 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'espèce, l'assuré a déposé sa demande de prestations en lien avec les troubles orthopédiques ayant fait suite à son accident du 13 décembre 2012. Sur ce point, les rapports médicaux figurant au dossier sont concordants. Si l'activité antérieurement exercée de manoeuvre bûcheron n'est plus exigible compte tenu des douleurs récidivantes à la cheville gauche, le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée selon le Dr G._____. Le recourant ne produit aucun document médical de nature à remettre en cause cette appréciation sur le plan orthopédique. Le recourant fait valoir que sa méconnaissance du français aurait pu « parasiter » les constatations et conclusions des experts. Aucune pièce au dossier ne vient toutefois conforter cette thèse. Dans son rapport du 10 mars 2015, la Dresse L._____, qui est lusophone et a donc pu s'entretenir avec le recourant sans problème de traduction, mentionne parmi les diagnostics une « fracture de Maison-Neuve (sic) le 13.12.2012 traitée conservativement, avec, entre-autre, chondropathie séquellaire ». Cette constatation correspond à celle faite par le Dr G._____ dans son rapport du 1 er avril 2014 si bien que l'on ne s'explique pas en quoi

les constatations de ce médecin auraient pu être « parasitées » par un problème de communication avec l'assuré. De même, la Dresse L. _____ ne mentionne jamais la problématique orthopédique comme étant de nature invalidante pour l'assuré. Pour le surplus, la problématique orthopédique ne présente en outre pas de complexité particulière si bien que le rapport du Dr G. _____, même s'il est bref, est convaincant. Il convient donc de retenir que, sous l'angle orthopédique, il n'existe aucun empêchement d'ordre médical dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.

Deuxièmement, le recourant invoque pour la première fois devant la Cour de céans l'existence de troubles neurologiques et de troubles neuro-psychologiques avec difficultés d'apprentissage. On relèvera d'abord que les troubles dont souffre le recourant paraissent difficilement objectivables sur le plan médical. Ainsi, le Dr Z. _____ a posé le diagnostic de « trouble cognitif léger non évolutif de probable origine multifactorielle ». Ce spécialiste en neurologie qualifie donc lui-même le trouble de léger et ne le rapporte pas à une affection médicale particulière. Comme le relève la Dresse L. _____ elle-même dans son rapport du 20 septembre 2015 en référence aux constatations de Mme F. _____, on a plutôt affaire en l'espèce à un déficit intellectuel. Il n'existe toutefois pas d'élément médical probant pour lier ce probable déficit intellectuel avec une affection médicale. S'agissant en outre des éventuelles implications sur la capacité de travail, les troubles dont la Dresse L. _____ et le Dr Z. _____ font état existaient vraisemblablement depuis l'enfance. Aucun de ces médecins ne fait état d'une aggravation de ces troubles (le Dr Z. _____ expose que les difficultés cognitives du patient sont « vraisemblablement non évolutives »).

Or, force est de constater que le recourant a pu exercer une activité professionnelle à plein temps, d'abord au Portugal, puis en Suisse, malgré la présence de ces troubles. Selon le Dr Z. _____, les difficultés du recourant « ne sont pas un obstacle pour les professions que le patient a pratiquées par le passé (bûcheron, ouvrier) et ne limitent pas la conduite de l'automobile ». Il ressort de ce qui précède que le Dr Z. _____ considère qu'il existe une pleine capacité de travail dans une activité simple et répétitive telle que celle d'ouvrier qui tiendrait compte des limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique. Le Dr Z. _____ n'émet une réserve qu'en cas de « conversion dans des activités qui demandent l'apprentissage de procédures complexes ». Les troubles neurologiques n'empêchent donc pas le recourant d'avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient donc d'écarter sans autre mesure d'instruction l'avis isolé de la Dresse L. _____, médecin traitant de l'assuré et qui n'est pas spécialiste en neurologie, selon lequel ces troubles seraient de nature à porter atteinte à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Quant aux conséquences du traitement de longue durée de Rivotril, dont le recourant prétend qu'il aurait des incidences sur sa capacité de travail, aucun élément dans les rapports médicaux ne vient accréditer cette thèse. Le Dr Z. _____ mentionne ainsi le traitement de benzodiazépines depuis l'enfance comme l'un des facteurs à l'origine des difficultés cognitives qu'il qualifie de « légères » du recourant. Le Dr Z. _____ a certes proposé au recourant d'arrêter le traitement de Rivotril, ce que ce dernier a refusé, mais sans objectiver d'effet de ce traitement sur la capacité de travail du recourant. Finalement, le recourant fait valoir des troubles rhumatologiques et des troubles gastro-entérologiques. Toutefois, il ne produit aucun rapport médical rendant vraisemblable la présence de tels troubles ainsi que leur possible incidence sur la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, il n'existe pas d'éléments de nature à mettre en doute l'appréciation médicale faite par l'office AI dans la décision attaquée.

5. Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique du recourant. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008; 9C_236/2008 du 4 août 2008 et TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). c) S'agissant de la comparaison des revenus avant et après invalidité, le recourant fait valoir que les activités retenues par l'office AI pour le calcul du salaire exigible, soit « ouvrier de production de pièces horlogères, ouvrier microélectronique et employé de laboratoire », ne seraient pas adaptées, notamment parce qu'elles supposeraient l'apprentissage de procédures complexes. En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré ; il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 88 consid. 4c). Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – (cf. TFA I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement

exigibles du recourant. Contrairement à ce qu'expose ce dernier, il ne paraît donc pas d'emblée exclu qu'il existe dans les types d'emploi mentionnés des activités simples et répétitives qui ne requièrent pas d'apprentissage particulièrement complexes et qui correspondent à ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, l'office AI s'est fondé, dans la décision dont est recours, sur le salaire statistique moyen de 5'210 fr. correspondant au salaire mensuel brut moyen pour des activités relevant du niveau de compétences 1, soit des tâches physiques ou manuelles simples (Enquête suisse sur la structures des salaires 2012, TA 1, p. 35), soit, après indexation à l'année 2014 et compte tenu d'un abattement de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles, de 59'070 fr. 01 par année. Compte tenu du fait que le recourant gagnait un revenu sans atteinte à la santé d'un faible montant, soit 54'428 fr. 35, son préjudice économique sera, sinon nul, en tout cas inférieur au seuil ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité (la question du droit à des mesures professionnelles ou à l'aide au placement ne se posant pas) dans la mesure où sa capacité de travail dans une activité adaptée est entière. Par ailleurs, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de compétences 1, soit déjà au niveau salarial le plus bas. Ainsi, même si l'on devait prendre en compte d'autres activités adaptées que celles mentionnées par l'office AI, le montant du salaire exigible final ne conduirait de toute manière pas à ouvrir le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Pour le surplus, le recourant ne remet pas en cause les autres éléments du calcul du degré d'invalidité, si bien qu'il convient également de confirmer la décision de l'office AI sur ce point. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de refus de rente rendue le 10 février 2015 par l'office AI confirmée. 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 et 4 al. 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Graf, avocat (pour M. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :