

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mars 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 et 43 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013 en tant que chauffeur-livreur pour le compte de la société H. \_\_\_\_\_ SA.

Par déclaration de sinistre LAA du 26 février 2015, l'employeur a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) que F. \_\_\_\_\_ avait été victime d'un accident en date du 21 février 2015 ; alors qu'il portait un meuble avec un collègue, il a glissé en descendant des escaliers ce qui l'a fait chuter sur le coccyx et le dos. La CNA a alloué ses prestations à l'assuré pour les suites de cet accident (indemnités journalières et frais de traitement).

**b)** Le 12 mars 2015, F. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a versé au dossier les renseignements recueillis par la CNA, tout en récoltant diverses informations sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré.

Dans un rapport du 15 juin 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de paresthésies et douleurs dans le territoire cubital de l'avant-bras et de la main gauches après traumatisme par chute le 21 février 2015, de neuropathie cubitale au passage du poignet gauche après avoir déplacé des meubles, existant depuis novembre 2012 et de distorsion à la base de l'auriculaire gauche responsable d'un flexum douloureux, existant depuis 2009. Tout en indiquant que l'activité exercée était encore exigible mais qu'elle était limitée en raison des douleurs à la main gauche, il a relevé n'avoir aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire (cf. courrier annexé du 26 mai 2015 adressé par le Dr R. \_\_\_\_\_ au Dr W. \_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Hôpital B. \_\_\_\_\_).

Le 22 juin 2015, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI, dans lequel il a posé les diagnostics incapacitants de luxation du cinquième doigt de la main gauche survenue en 1999 et de lombosciatique, existant depuis 2015. Selon ce praticien, la reprise du travail à 100% en tant que chauffeur était possible, pour autant que la lombosciatique soit guérie et que tout port de charges soit exclu en raison des lésions à la main gauche.

Le 27 mai 2015, H.\_\_\_\_\_ SA a résilié les rapports de travail pour le 31 juillet 2015 pour des motifs tenant à une restructuration des tournées.

L'assuré a séjourné à la Clinique G.\_\_\_\_\_ de P.\_\_\_\_\_ du 13 au 14 juillet 2015 en vue d'une évaluation interdisciplinaire (neurologique et psychiatrique). Dans leur rapport du 15 juillet 2015, les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ont posé le diagnostic primaire de paresthésies persistantes du versant cubital du poignet de la main gauche après entorse du cinquième rayon en 1999, traumatismes à répétition sur flexum irréductible de l'articulation interphalangienne du cinquième rayon gauche ainsi qu'après libération chirurgicale du canal de Guyon en 2013 et contusion le 21 février 2015. A titre de co-morbidités, ils ont retenu une contusion rachidienne le 21 février 2015, une discopathie cervicale C4-C5 et C5-C6 ainsi qu'une discopathie C4-C5 et C5-C6. Ils ont conclu leur rapport en ces termes :

Actuellement, ce sont les paresthésies de l'extrémité supérieure gauche qui occupent, très nettement, le devant de la scène et occultent les rachialgies. Le patient décrit une gêne s'exprimant par différentes modalités intéressant les deux doigts cubitaux, le versant cubital du poignet et interne de l'avant-bras, jusqu'à l'épitrachlée. La gêne, constante, est conditionnée par la position du membre supérieur. Elle est partiellement calmée par la prise d'ibuprofène et de paracétamol. Elle est encore cotée à un haut degré d'intensité (70 sur l'EVA de 100).

M. F.\_\_\_\_\_ participe adéquatement à l'examen physique, même si l'on observe des réactions douloureuses un peu marquées à des stimuli non nociceptifs (cf. détail ci-dessus), par exemple une douleur annoncée à la palpation d'un lipome dans la région du trapèze gauche. On est face à un sujet en excellent état général, qui

se soumet sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre, qui ne manifeste pas d'épargne dans la gestuelle ou dans les activités courantes. En ce qui concerne l'appareil locomoteur, on observe un flexum irréductible, de l'ordre de 40°, de l'IPP du 5<sup>e</sup> rayon gauche. Pour le reste, on ne fait pas de constatation anormale.

L'examen neurologique spécialisé révèle une légère altération de la sensibilité tacto-algique dans le territoire du nerf ulnaire à la main gauche, sans déficit moteur ni de signe de Tinel. Les neurographies sensitivo-motrices sont rassurantes, hormis une légère prolongation du potentiel moteur ulnaire, mais sans signe d'une atteinte focale du coude.

L'examen des documents radiologiques n'est contributif que dans la mesure où il exclut toute lésion traumatique récente tant au niveau cervical que du poignet et de la main gauches.

A ce stade, on retient donc le diagnostic de contusions simples des poignets et du rachis le 21 février 2015, sans lésion anatomique démontrée.

M. F. \_\_\_\_\_ collabore nettement moins bien à l'évaluation des capacités fonctionnelles qu'il ne l'a fait au cours de l'approche médicale. Le score de 19 atteint au PACT donne à penser qu'il ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on doit admettre que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet capable de manutentionner régulièrement des charges allant de 5 à 12,5 kg. Et pourtant il s'autolimité constamment, à savoir qu'il met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. La très faible excursion de la fréquence cardiaque (FC mesurée à 105 au maximum de l'effort pour une FC maximale théorique de 147) dit bien la faiblesse de l'effort consenti. Au vu de ce qui précède, la volonté de donner le maximum est insuffisante et interdit toute mesure reflétant de façon pertinente la performance dont est capable M. F. \_\_\_\_\_ dans une activité de vie réelle.

Le patient collabore volontiers à l'entretien psychiatrique. On ne trouve pas dans son discours de propos revendicateur. Il possède une assez bonne maîtrise du français. Du point de vue cognitif, on ne retient aucun signe orientant vers un trouble de l'attention, de l'orientation, de la vigilance ou de la mémoire. L'intelligence semble dans la norme. Le discours est fluent, adapté et informatif. Il n'y a pas d'élément suggérant un trouble psychotique. Du point de vue de l'humeur, la thymie est parfaitement conservée, le patient est souriant, sans signe de tristesse, d'abattement, d'anhédonie ou de baisse de l'élan vital. Il n'y a aucun indice d'anxiété durant l'examen et le patient ne rapporte aucun élément orientant vers un trouble anxieux spécifique. Concernant les traits de personnalité, le patient semble plutôt à la recherche d'une solution externe à son problème (médicale, AI). Finalement, le bilan psychiatrique ne débouche sur aucune singularité atteignant le seuil d'un trouble.

Le pronostic, si l'on s'en tient aux strictes données médicales, est excellent. Même si le flexum du cinquième rayon gauche peut

favoriser les chocs et les traumatismes, il s'agit d'un handicap mineur dont M. F.\_\_\_\_\_ a du reste pu s'accommoder de longue date. On ne voit pas comment le traumatisme du 21 février [2015], qu'on peut taxer de banal, a pareillement décompensé la situation, sachant que les constatations objectives sont extrêmement pauvres.

Le score intermed élevé (30) traduit une complexité biopsychosociale très importante. Manifestement, d'autres facteurs qu'organiques viennent influencer l'évolution à un point tel que M. F.\_\_\_\_\_ se considère maintenant dans l'impossibilité d'envisager toute activité rémunérée, même adaptée à ce qu'il tient pour un handicap. Ses plaintes paraissent démesurées et ses réactions douloureuses hors de proportions. L'estimation qu'il fait de ses propres aptitudes est dénuée de sens : à l'en croire, il ne pourrait atteindre le niveau d'effort qu'on attendrait d'un sujet paraplégique (PACT à 19 !). Sa participation très faible à des tâches simples disent également qu'il n'est pas prêt à s'engager dans une mesure de retour au travail. Enfin, il attend des assurances sociales (dépôt d'une demande AI sur le conseil, dit-il, de son avocat) qu'elles lui proposent une formation.

Finalement, les effets néfastes de la chute du 21 février [2015] sur le rachis sont objectivement insignifiants et ne nécessitent plus de traitement. Pour ce qui concerne le poignet gauche, la situation était stabilisée il y a plus d'un an et cette chute est impropre à expliquer une aggravation durable. Là encore, toutes les possibilités thérapeutiques ont été épuisées. On a donc atteint le stade où une exigibilité pourrait être fixée sans attendre : une prolongation de l'incapacité actuelle ne constitue qu'un facteur supplémentaire augmentant le risque d'invalidation.

Le 31 août 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen médical final de F.\_\_\_\_\_. De son rapport daté du même jour, on extrait ce qui suit :

Du point de vue asséculo-logique, l'assuré a, suite à son accident du 21.02.2015, bénéficié d'investigations approfondies avec en particulier une évaluation interdisciplinaire à la Clinique G.\_\_\_\_\_. Ces investigations approfondies nous permettent d'affirmer que l'accident du 21.02.2015 n'a entraîné aucune lésion structurelle. Il a probablement pu décompenser, de façon transitoire, une pathologie préexistante, au niveau du rachis et du membre supérieur gauche. Il ne persiste aucune séquelle objectivable de cet accident (examens neurologiques superposables à celui effectué en 2013). Ainsi, à plus de 6 mois de l'accident, le status quo sine peut être déclaré atteint. En effet, en présence d'un status pathologique préexistant, on admet en pratique médicale et asséculo-logique, en se reposant pour cela toutefois davantage sur l'expérience que sur des travaux scientifiques, qu'un traumatisme puisse avoir des conséquences symptomatiques plus importantes que s'il survenait sur une zone indemne de toute lésion. On admet alors que les symptômes en relation avec un accident n'ayant entraîné aucune lésion structurelle

puissent perdurer jusqu'à 3, voire 6 mois de l'accident. A partir de 6 mois après l'accident, ce dernier, n'ayant entraîné aucune lésion structurelle, ne peut plus raisonnablement être incriminé, dans une relation de causalité pour le moins probable, avec quelque symptomatologie somatique que ce soit.

Dans un avis médical du 18 novembre 2015, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a, à l'instar de la CNA, suivi les conclusions de la Clinique G.\_\_\_\_\_, en ce sens que F.\_\_\_\_\_ présentait une capacité de travail entière dans toute activité et sans limitations fonctionnelles. Aucune incapacité de travail durable ne pouvait dès lors lui être reconnue en relation avec une chute banale et sans conséquence.

**c)** Par projet de décision du 19 novembre 2015, l'office AI a informé F.\_\_\_\_\_ qu'il entendait lui dénier le droit à ses prestations (rente d'invalidité et reclassement). Sur le plan médical, l'assuré ne bénéficiait pas d'un traitement médical en relation avec le rachis et, s'agissant du poignet gauche, la situation devait être considérée comme stabilisée depuis plus d'un an. Du point de vue économique, l'intéressé ne subissait aucun préjudice, dès lors que le revenu d'invalidé auquel il pouvait prétendre - fixé à 66'177 fr. sur la base des salaires statistiques - était supérieur à celui réalisé avant son atteinte à la santé, lequel s'élevait à 57'200 francs.

Le 3 décembre 2015, F.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de son conseil, présenté des objections à l'encontre de ce projet. Ayant rappelé qu'il s'était réceptionné sur les deux mains lors de sa chute du 21 février 2015, il a fait valoir que son état n'était pas stabilisé compte tenu de la persistance des douleurs et que l'atteinte à son membre supérieur gauche excluait le port de toutes charges. Selon l'assuré, cette limitation faisait obstacle à l'exercice de sa profession de chauffeur-livreur, de sorte qu'il convenait de déterminer quelle activité adaptée n'impliquant aucun port de charges il pourrait exercer, le cas échéant en mettant en œuvre des mesures d'instruction complémentaires. A l'appui de ses allégations, il a produit un certificat médical du 30 novembre 2015 du Dr A.\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci s'est exprimé en ces termes :

(...) On peut résumer ainsi l'incident amenant à demander une réinsertion ou une rente à l'AI: Mr F.\_\_\_\_\_, au cours d'un déménagement dans le cadre de son emploi habituel, suite à une douleur lombaire, choit en février sur ses fesses et se reçoit sur les deux paumes (talons des mains). Des lésions préexistantes de la main et du poignet gauches réveillent des douleurs du membre supérieur prises en charge par le chirurgien qui l'a opéré. Les autres douleurs liées à la chute (rachis lombaire et cervical) disparaissent progressivement, et sont actuellement absentes. L'atteinte du poignet gauche, initialement exprimée sous forme d'algies du poignet et d'algies secondaires du coude (épitrochléite) attestées et traitées par le chirurgien (Dr W.\_\_\_\_\_) persistent à ce jour au niveau du poignet gauche. Il existe une limitation de la capacité de travail puisque le membre supérieur gauche ne peut soulever aucune charge usuelle du travail. Aucun port de charge n'est autorisé. Il y a donc clairement un handicap et une limitation de la capacité de travail qui semble définitive.

Par courrier du 3 février 2016, F.\_\_\_\_\_ a produit un rapport médical du 29 janvier 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_. En se fondant sur le status résultant de l'examen clinique du 15 décembre 2015, ce médecin estimait que la symptomatologie présentée par l'assuré correspondait à un syndrome de compression du nerf ulnaire au coude gauche, laquelle excluait selon lui toute capacité de travail dans une activité manuelle, au vu de la symptomatologie douloureuse en flexion/extension du coude et des fourmillements des quatrième et cinquième rayons, douloureux au toucher. Tout en relevant avoir instauré un traitement conservateur pour le nerf cubital, il envisageait, en fonction de l'évolution, une éventuelle libération du nerf ulnaire au coude, en vue d'améliorer la symptomatologie. Arguant que l'état de santé de l'intéressé n'était pas encore stabilisé, le Dr D.\_\_\_\_\_ a renoncé à se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail.

Se déterminant sur les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr V.\_\_\_\_\_ a considéré que ces documents ne faisaient état d'aucun fait nouveau et, partant, ne constituaient qu'un avis différent au sujet d'une situation demeurée inchangée pour laquelle ils n'apportaient aucune solution (avis médical du 8 mars 2016).

**d)** Le 10 mars 2016, l'office AI a rendu une décision formelle identique à son projet du 19 novembre 2015. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

**B. a)** Par acte du 28 avril 2016, F. \_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il mette en œuvre des mesures d'instruction complémentaires. Sous l'angle médical, l'assuré s'est plaint d'une violation du principe inquisitoire, reprochant à l'office AI d'avoir procédé à une instruction lacunaire de son cas au regard des avis médicaux divergents quant à sa capacité de travail. Celui-ci ne pouvait se fonder sur les seules conclusions des médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ pour retenir qu'il présentait une capacité de travail totale, alors même que les Drs A. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ affirmaient que l'exigibilité était nulle dans toute activité manuelle. Au demeurant, le Dr D. \_\_\_\_\_ avait pratiqué, en date du 22 février 2016, une intervention chirurgicale consistant en une neurolyse épineurale du nerf ulnaire au niveau du coude gauche (cf. rapport du 6 avril 2016 produit à l'appui du recours). Du point de vue économique, l'assuré a critiqué l'évaluation de son degré d'invalidité, s'en prenant plus particulièrement à la détermination du revenu d'invalidité sur la base des salaires statistiques. En premier lieu, il estimait que le salaire retenu impliquait l'exercice de tâches manuelles ou physiques simples alors qu'il était en réalité totalement incapable d'exercer tout travail manuel. En second lieu, ce revenu faisait fi du caractère élémentaire de sa formation ainsi que de son origine et de sa faible maîtrise de la langue française. A ses yeux, ces éléments justifiaient un abattement de 25% sur le salaire d'invalidité - s'élevant désormais à 46'152 fr. - lequel, comparé au gain sans invalidité de 57'200 fr., conduisait à une incapacité de gain de 20%, taux ouvrant le droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

**b)** Dans sa réponse du 15 juin 2016, l'office AI a indiqué que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 6 avril 2016 ne justifiait ni une incapacité de travail de longue durée, ni des limitations fonctionnelles durables. Par ailleurs, en l'absence de limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de se référer à un salaire statistique, de sorte qu'un éventuel abattement n'entraîne pas en considération. Il a en conséquence proposé le rejet du recours.

**c)** Par réplique du 31 août 2016, F. \_\_\_\_\_ a relevé que tant le Dr A. \_\_\_\_\_ que le Dr D. \_\_\_\_\_ avaient exclu l'exercice de toute profession impliquant le port de charges lourdes, si bien que l'existence de limitations fonctionnelles était avérée.

**d)** Dupliquant en date du 20 septembre 2016, l'office AI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à sa réponse du 15 juin précédent qu'il confirmait intégralement.

### **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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) auprès du tribunal

compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**c)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4.** En décrivant dans leur rapport du 15 juillet 2015 les circonstances de l'accident du 21 février 2015, les Drs S.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, médecins à la Clinique G.\_\_\_\_\_, ont relevé que, lors du transport d'un meuble avec un collègue dans un escalier, l'assuré avait tout à coup ressenti une décharge douloureuse dans la main gauche, avant de choir sur les fesses en tentant d'amortir sa chute avec la paume de la main. Outre que les symptômes intéressant la main gauche s'étaient exacerbés à cette occasion, il s'en était également suivi des lombosciatalgies droites, ayant progressivement cédé la place à des cervicalgies.

Il convient dès lors d'examiner comment les atteintes au rachis et au membre supérieur gauche ont évolué et dans quelle mesure elles sont compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle.

**a)** S'agissant des lésions au rachis, le Dr R.\_\_\_\_\_ a déclaré en date du 26 mai 2015 n'avoir aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire. Ce point de vue a été confirmé par les Drs S.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, lesquels ont relevé, à la lumière des examens cliniques et

radiologiques pratiqués, que les effets néfastes de la chute du 21 février 2015 sur le rachis étaient objectivement insignifiants et ne nécessitaient plus de traitement. Se ralliant à l'avis des médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a ainsi retenu qu'il ne persistait aucune séquelle objectivable de l'accident du 21 février 2015 (rapport du 31 août 2015). Celui-ci n'avait du reste entraîné aucune lésion structurelle. Quant au Dr A.\_\_\_\_\_, il a mentionné l'absence de douleurs au rachis lombaire et cervical ensuite de la chute du 21 février 2015 (cf. rapport du 30 novembre 2015). Aucun des médecins prénommés n'a par ailleurs fait état de limitations fonctionnelles en relation avec une atteinte au rachis de nature à entraîner une diminution de l'exigibilité. C'est donc à juste titre que, dans la décision attaquée, l'office AI a conclu que le recourant ne présentait aucune atteinte au niveau du rachis susceptible de justifier une incapacité de travail et, partant, une incapacité de gain.

**b)** En ce qui concerne le membre supérieur gauche, il ressort du rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2016 que celui-ci envisageait de pratiquer une intervention chirurgicale sur le nerf ulnaire au niveau du coude, en raison des fourmillements mis en évidence à l'examen clinique. Il convient ainsi de constater que, contrairement à ce qu'a retenu l'office AI, la situation concernant le coude et le poignet gauches n'était pas stabilisée au moment où il a rendu sa décision de refus de prestations, ce d'autant que le recourant a subi le 22 février 2016, soit antérieurement à la décision litigieuse, une intervention chirurgicale consistant en une libération du nerf ulnaire.

**c)** Dans ces conditions, nonobstant les constatations rapportées par la Clinique G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 juillet 2015 et par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 août 2015, l'office AI ne pouvait retenir que la situation du poignet gauche était stabilisée et, partant, statuer sur le droit aux prestations du recourant, en s'abstenant de mettre en œuvre de plus amples investigations. Compte tenu du caractère incomplet de l'instruction menée par l'intimé, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour qu'il procède à une instruction complémentaire sur l'atteinte que le recourant présente au coude et au poignet gauches

(diagnostic, étiologie, évolution), puis, sur la base des renseignements recueillis, à un nouvel examen de l'exigibilité et de la capacité de gain.

**d)** Compte tenu de l'issue de la présente procédure, les griefs liés au calcul du préjudice économique (fixation du revenu d'invalide ; abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalide) peuvent demeurer indécis.

**5.** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**6.** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

**a)** 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<sup>bis</sup> LAI). 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 de l'office AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'office intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 10 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour F.\_\_\_\_\_),
- 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 :