

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 août 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à **W.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Etoy,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6, 7, 8 al. 1, 16 et 49 al. 3 LPGA ; 4 al. 1, 17 al. 1, 28 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1989, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de monteur-électricien, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010 en qualité d'isoleur de façades pour le compte de la société Y. \_\_\_\_\_ Sàrl.

Le 15 novembre 2016, il a été victime d'un accident de travail (chute d'un échafaudage d'une hauteur de trois mètres). Il a subi à cette occasion un traumatisme crânien avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle ainsi qu'un traumatisme du membre supérieur gauche ayant motivé un séjour à l'Hôpital Z. \_\_\_\_\_ du 15 au 26 novembre 2016. Le 15 novembre 2016, il a bénéficié d'un débridement avec lavage et mise en place d'une attelle plâtrée brachio-anté-brachiale. Cette intervention a été suivie, le 22 novembre 2016, d'une réduction ouverte avec ostéosynthèse de la colonne médiane et latérale de l'humérus distal gauche, d'une suture du tendon tricipital avec fixation par Fiber-Force à travers deux tunnels transolécraniens osseux et de la confection d'une attelle plâtrée à gauche.

Le 28 novembre 2016, Y. \_\_\_\_\_ Sàrl a annoncé le cas à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Se conformant à la recommandation du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, Q. \_\_\_\_\_ a déposé, en date du 28 juin 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Il a fait état d'une atteinte au membre supérieur gauche. Le dossier de la CNA a été versé au dossier de l'office AI.

Le 8 novembre 2017, Q. \_\_\_\_\_ a subi une nouvelle intervention chirurgicale consistant en une neurolyse avec transposition

du nerf ulnaire gauche, une ablation de la plaque interne de l'humérus distal gauche et une arthrolyse du coude.

Par pli du 14 février 2018, l'office AI a informé Q.\_\_\_\_\_ que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables pour l'instant, dès lors qu'il n'avait pas estimé nécessaire de prendre part à la mesure d'orientation professionnelle qui avait été précédemment octroyée. L'office AI poursuivait donc l'instruction de la demande de prestations.

Le 8 mars 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement à la CNA, a procédé à l'examen médical final de Q.\_\_\_\_\_. Il a conclu son rapport du 12 mars 2018 en ces termes :

Employé travaillant dans une entreprise d'isolation de façade, né en 1989, victime d'une chute d'un échafaudage le 15.11.2016 se soldant par une fracture ouverte de l'humérus G traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse. Une neuropathie cubitale se déclare dans l'évolution et sera traitée par transposition antérieure du nerf cubital en décembre 2017 associée à une arthrolyse du coude. L'assuré a été amélioré par cette intervention avec toutefois persistance d'une limitation de la mobilité du coude et d'un léger déficit sensitif dans le territoire du nerf cubital.

Subjectivement, l'assuré se dit principalement dérangé par des sensations de blocage du coude, des douleurs baro-sensibles et la diminution de la mobilité et de la force du bras G.

Objectivement, on note un déficit de la mobilité du coude en flexion/extension ainsi qu'en supination associé à une allodynie cicatricielle postérieure du coude et d'une légère hypoesthésie résiduelle dans le territoire du nerf cubital. La force de préhension du côté G est diminuée d'environ 40% par rapport au côté D chez un assuré droitier.

Radiologiquement, la fracture est consolidée et le matériel d'ostéosynthèse en bonne position.

Sur le plan médical la situation relève actuellement principalement d'un suivi médical espacé à long terme et de mesures d'auto-physiothérapie sans exclure une éventuelle AMO en cas d'apparition de phénomènes d'intolérance du matériel d'ostéosynthèse.

Sur le plan professionnel, le retour vers une capacité de travail supérieure à 50% dans l'activité de monteur de façades isolantes exercée lors de l'accident, n'est pas envisageable compte tenu des limitations fonctionnelles séquellaires post-fracturaires du coude G.

Des mesures de réadaptation professionnelle sont à présent indiquées : une pleine capacité pouvant être attendue dans une activité n'exigeant pas le port de charges supérieures à 5 kg ni de sollicitations fréquentes du coude G.

Les séquelles lésionnelles ouvrent le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IpAI) qui fait l'objet d'une appréciation séparée.

Dans un certificat médical du 20 mars 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une incapacité de travail totale dès le 8 novembre 2017 puis du 9 décembre 2017 au 11 février 2018. Il a indiqué que Q.\_\_\_\_\_ avait repris son activité à 50% en date du 12 février 2018. Dès le 20 mars 2018, le taux d'incapacité de travail était de 50% au long cours.

Par projet de décision du 10 avril 2018, l'office AI a informé Q.\_\_\_\_\_ qu'il comptait lui allouer une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes. A l'issue du délai de carence, soit le 15 novembre 2017, il a retenu que l'assuré présentait une incapacité totale de travail en toute activité, ce qui lui donnait droit à une rente entière d'invalidité. Compte tenu toutefois de la date du dépôt de la demande de prestations (28 juin 2017), la rente ne pouvait prendre naissance qu'à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2017. Le 12 février 2018, sa capacité de travail était de 50%. Dès mars 2018, la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg ni de sollicitations fréquentes du coude gauche). Par conséquent, il a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 31 mai 2018 basé sur un degré d'invalidité de 100%, puis à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.

Le 22 juin 2018, Q.\_\_\_\_\_ a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Reprochant à l'office AI de ne s'être fondé que sur le rapport du médecin d'arrondissement de la CNA pour déterminer sa capacité de travail, il a relevé que les rapports médicaux sur lesquels ce médecin se fondait dataient du mois de janvier 2018 pour les plus récents.

Or, il aurait fallu interroger son médecin traitant, voire le médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) quant aux limitations à prendre en compte dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée. Par ailleurs, même si le degré d'invalidité était inférieur à 20%, il convenait d'examiner le droit aux mesures de reclassement. En effet, selon la jurisprudence, en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités envisagées (sans mesures de réadaptation) relevaient de travaux ne requérant pas de formation ou de connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne pouvait être subordonné à la limite des 20% en raison de l'évolution différenciée des salaires de personnes avec ou sans formation professionnelle. L'assuré a donc demandé que l'office AI complète l'instruction quant à l'exigibilité et au droit au reclassement.

Dans un avis médical du 24 septembre 2018, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a déclaré qu'il n'existait pas d'élément médical objectif au dossier l'autorisant à s'écarter des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, qu'il ne pouvait en conséquence que confirmer.

Par décision du 11 octobre 2018, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet du 10 avril 2018.

**B.** Le 18 octobre 2018, la CNA a rendu une décision aux termes de laquelle elle a alloué à Q.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018 basée sur une diminution de la capacité de gain de 21% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5%.

Le 7 novembre 2018, Q.\_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr S.\_\_\_\_\_ a écrit un courrier à la CNA daté du 27 novembre 2018, dans lequel, tout en signalant que l'assuré travaillait dans l'entreprise familiale, il s'étonnait que, compte tenu de son état de santé, il n'ait pas fait l'objet d'une reconversion professionnelle dans une activité adaptée.

**C.**           **a)** Par acte du 9 novembre 2018, Q.\_\_\_\_\_ a déféré la décision du 11 octobre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d’instruction et nouvelle décision. Dans un grief d’ordre formel, il s’est plaint d’une violation de son droit d’être entendu, alléguant que la décision attaquée n’indiquait pas le type d’activités adaptées ayant servi à la détermination du revenu d’invalidé. Il a en outre soutenu que l’instruction était insuffisante, dans la mesure où l’office AI n’avait pas interrogé son médecin traitant au sujet des activités qu’il était à même d’exercer. Se prévalant d’un arrêt du Tribunal fédéral rendu en 2016 (TF 9C\_262/2016 du 30 août 2016), l’assuré a fait par ailleurs valoir qu’en dépit d’un degré d’invalidité inférieur à 20%, il convenait de lui octroyer des mesures de reclassement, dès lors qu’il se trouvait au début de sa vie professionnelle et que les activités adaptées envisagées ne requéraient pas de formation ou de connaissances particulières.

**b)** Dans sa réponse du 4 février 2019, l’office AI a indiqué qu’appelé à rendre de nombreuses décisions, on ne pouvait attendre de sa part qu’il développe une motivation comparable à celle d’une autorité de recours. Sur le fond, le dossier tel que constitué contenait quelques exemples d’activités simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées par l’assuré. A cela s’ajoutait que les descriptions de postes de travail adaptées à son handicap avaient été versées au dossier de la CNA. Quant à la jurisprudence invoquée par l’assuré en relation avec le refus de mesures de reclassement, l’office AI a estimé qu’elle ne s’appliquait pas en l’espèce au vu de son parcours professionnel. Il a en conséquence proposé le rejet du recours.

**c)** Par réplique du 28 mars 2019, l’assuré a exposé que, ayant été suivi par le Dr S.\_\_\_\_\_, il incombait à l’office AI de lui demander des rapports médicaux récents. De plus, si l’office AI entendait fonder la détermination du revenu d’invalidé sur la base des salaires statistiques, il aurait dû procéder à un abattement afin de tenir compte de l’ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier

(limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation et taux d'occupation). Quant aux mesures de reclassement, l'assuré a renvoyé à ses précédentes explications, tout en soulignant que le taux d'invalidité retenu par la CNA s'élevait à 21%, ce qui donnait droit aux mesures sollicitées. Il a intégralement confirmé ses conclusions.

**d)** Dupliquant en date du 24 avril 2019, l'office AI a relevé que le mandataire de l'assuré aurait pu lui fournir les coordonnées du médecin qu'il y aurait eu lieu, selon lui, d'interroger. Il a par ailleurs souligné que, dans son rapport du 27 novembre 2018, le Dr S. \_\_\_\_\_ s'était pour l'essentiel contenté de prendre position sur l'aspect de la réadaptation professionnelle, sans faire état d'éléments médicaux objectifs nouveaux. Quant à l'abattement sur le revenu d'invalidité, il a rappelé qu'il n'était pas pratiqué de manière automatique mais résultait d'une appréciation globale de diverses circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement la détermination du degré d'invalidité.

**3.** Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel soulevé par le recourant, selon lequel son droit d'être entendu aurait été violé en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée en ce qui concerne la détermination de son revenu d'invalidité.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**b)** Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

**c)** Dans la décision dont est recours, l'office AI explique que le revenu d'invalidé se fonde sur les salaires statistiques. Si le revenu sans invalidité ne fait pas l'objet de développements particuliers, son montant ressort en revanche de diverses pièces contenues dans le dossier constitué par l'administration intimée et auquel le recourant a eu accès puisqu'il lui a été transmis à sa requête sous forme électronique dans le cadre de la procédure d'audition. Au demeurant, le calcul de chacun de ces revenus ressort d'un document interne intitulé « calcul du salaire exigible » et daté du 4 avril 2018. Au stade de la procédure d'audition, le recourant disposait donc des éléments lui permettant de comprendre quelles données avaient été retenues par l'office AI pour le calcul des revenus avec et sans invalidité figurant dans la décision entreprise. On relèvera au surplus que le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit complet, permettant un examen de la décision querellée en fait et en droit (TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 et la référence), le recourant ayant tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la procédure de recours. Le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu doit en conséquence être rejeté.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**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).

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).

**5. a)** En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail du recourant, il y a lieu de constater qu'il n'existe au dossier aucun élément d'ordre médical justifiant de s'écarter de l'appréciation réalisée par le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA (rapport du 12 mars 2018), selon laquelle il présente, malgré les séquelles de son accident, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le milieu du mois de mars 2018 (sans port de charges supérieures à 5 kg ; sans sollicitation fréquente du coude gauche). Dans ce contexte, le rapport établi le 27 novembre 2018 par le Dr S.\_\_\_\_\_, bref et peu étayé, ne remet nullement en cause les conclusions auxquelles est parvenu le Dr L.\_\_\_\_\_. Au demeurant, il s'est pour l'essentiel contenté de prendre position sur l'aspect de la réadaptation professionnelle, sans faire état d'éléments médicaux objectifs nouveaux.

**b)** Cela étant, c'est en vain que le recourant estime que l'office intimé aurait dû interroger son médecin traitant quant au type d'activités qu'il est concrètement en mesure d'effectuer compte tenu de ses limitations fonctionnelles. En effet, il ressort du document « calcul du salaire exigible » rédigé le 4 avril 2018 par une collaboratrice de l'intimé, spécialiste en réinsertion professionnelle, que le recourant était en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger (par exemple : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ; ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ; ouvrier dans le conditionnement). Quant aux cinq DPT proposées par la CNA, elles ont été sélectionnées sur la base de limitations fonctionnelles identiques à celles retenues par l'intimé, aucune d'entre elles ne requérant le port de charges supérieures à 5 kg ou des sollicitations répétées du coude gauche. Ainsi, sur le vu des DPT proposées par la CNA, cette assurance est également arrivée à la conclusion qu'il existe des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant.

**c)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant a présenté une incapacité totale de travail en toute activité à compter du 15 novembre 2016 et qu'il a retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du milieu du mois de mars 2018.

**6.** Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

**a) aa)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). 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 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

**bb)** En l'occurrence, le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée à partir du milieu du mois de mars 2018. Ce changement dans la capacité de travail étant susceptible d'influencer le droit à la rente, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité à l'aune des circonstances prévalant en 2018.

**b) aa)** Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante -

réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

**bb)** En l'espèce, il n'y a pas de raison de s'écarter du dernier revenu réalisé par le recourant en 2016 auprès de la société Y. \_\_\_\_\_ Sàrl (78'345 fr.) pour déterminer son revenu avant invalidité. Indexé à 2017 (0,4% ; cf. tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018, établi par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) et 2018 (0,5%), ce montant s'élève à 79'051 fr. 70.

**c) aa)** S'agissant du revenu d'invalide, l'office AI s'est à juste titre fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). En effet, en l'absence d'activité effectivement exercée par le recourant dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de s'y référer (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb, TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

**bb)** Dans le cas présent, le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 5'388 fr. 15 après indexation à 2017 (0,4%) et 2018 (0,5%). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 (41,7 heures ; cf. tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, établi par l'OFS), ce montant doit être porté à 5'617 fr. 15, correspondant à un salaire annuel de 67'405 fr. 80.

**cc)** Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

**dd)** L'office intimé a estimé qu'un abattement sur le revenu d'invalidé ne se justifiait pas. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. Né en 1989, le recourant, ressortissant suisse, est encore relativement jeune. Il est par ailleurs au bénéfice d'une expérience professionnelle acquise depuis 2010. Il ne présente dès lors aucune limitation liée à l'âge ou à la nationalité. Il convient en outre de souligner que les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans la désignation d'une activité adaptée ainsi que dans le choix du salaire

d'invalide déterminant pour le calcul de comparaison des revenus. Il s'ensuit que le revenu d'invalide doit être fixé à 67'405 fr. 80.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, la perte de gain s'élève à 11'645 fr. 90 (79'051 fr. 70 - 67'405 fr. 80) et le degré d'invalidité à 14,73% (79'051 fr. 70 - 67'405 fr. 80 / 79'051 fr. 70 x 100). En présence d'un préjudice inférieur à 40%, le droit à la rente n'est plus ouvert.

**e)** Au final, il convient de constater que le recourant peut prétendre à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 30 juin 2018 (cf. art. 88a al. 1 RAI), étant précisé qu'il n'y a pas lieu de tenir compte, pour fixer le droit à la rente, de la reprise par le recourant de son travail habituel à compter du 12 février 2018, dès lors qu'il est admis que cette activité n'est pas conforme à ses limitations fonctionnelles.

**7.** A ce stade, il reste encore à examiner si le recourant peut prétendre à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, singulièrement à l'octroi d'un reclassement professionnel.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I

388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées).

**b)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

**aa)** Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en

considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4).

**bb)** Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Une mesure de reclassement ne saurait être interrompue de façon prématurée, aussi longtemps que le but de réadaptation visé peut, dans les limites de la proportionnalité, encore être atteint (ATF 139 V 399 consid. 5.5 et les références citées).

**c)** En l'occurrence, le recourant souffre d'une atteinte à la santé qui entraîne une perte de gain inférieure à 20%, de sorte que le droit à l'obtention d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ne lui est en principe pas ouvert (cf. consid. 7b ci-dessus). Toutefois, il se prévaut de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 30 août 2016 (cause n° 9C\_262/2016) pour solliciter l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral avait reconnu le droit à un reclassement à un jeune boulanger-pâtissier qualifié qui, dans une activité d'auxiliaire, ne subissait à court terme qu'une perte de gain de moins de 20%. Il a considéré que, dans de nombreuses branches professionnelles, le salaire initial une fois l'apprentissage terminé n'était pas plus élevé que certains salaires de manœuvre ou ne l'était que très peu, mais qu'il progressait plus rapidement par la suite. L'avancement professionnel et par conséquent les perspectives de gain étaient moins importants, à moyen et à long terme, dans le cas d'une

activité de manœuvre que dans celui d'une profession apprise. Le recourant ne saurait rien tirer en sa faveur de cette jurisprudence, la question de l'équivalence devant être examinée en l'espèce au regard de son activité de façadier qu'il a exercée durant plus de six ans, à l'exclusion de l'activité de monteur-électricien, activité dont il est certes titulaire du CFC, mais qu'il n'a jamais voulu exercer (cf. rapport initial du 5 octobre 2017). C'est dès lors à juste titre que le droit à une mesure de reclassement professionnel lui a été refusé par la décision attaquée. Le fait que l'assureur-accidents lui ait reconnu un degré d'invalidité de 21% ne saurait rien changer au bien-fondé de la décision litigieuse.

**8.** En définitive, le recours doit être très partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 30 juin 2018.

**9. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 100 fr. à la charge de l'office AI et par 300 fr. à la charge du recourant, qui n'obtient que partiellement gain de cause.

**b)** Par ailleurs, le recourant qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est très partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 11 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que Q. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 30 juin 2018.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis par 100 fr. (cent francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de Q. \_\_\_\_\_.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens, fixée à 500 fr. (cinq cents francs).

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :