

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2014

Présidence de Mme DESSAUX

Juges : MM. Métral et Merz

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 17 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1957, titulaire d'un certificat fédéral de capacité de monteur ajusteur depuis 1976, exerce l'activité de monteur en ventilation et climatisation.

Il a déployé son activité en qualité d'indépendant dès 1988 avant de créer une société à responsabilité limitée, inscrite au registre vaudois du commerce depuis le 15 octobre 2008, U. _____ Sàrl, dont le but est de fournir tous services dans le domaine de la ventilation, de la climatisation et des cleanrooms. Il en est l'associé gérant président.

A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

B. En date du 22 août 2010, il a chuté de son motorcycle et s'est blessé à la colonne lombaire. Dès le lendemain, il a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr T. _____ auprès de la Clinique H. _____, lequel a observé à la radiographie une fracture L4 et prononcé une incapacité totale de travail dès le 23 août 2010.

Le sinistre a été annoncé par U. _____ Sàrl à la CNA au moyen de la déclaration d'accident ad hoc, complétée le 25 août 2010.

Le Dr T. _____ a produit un rapport médical initial à l'attention de la CNA le 6 septembre 2010, où il a diagnostiqué une « fracture tassement L4 » et des « douleurs lombaires [dans la] région L4 avec contracture musculaire paralombaire ». Il a préconisé le port d'un corset, ainsi qu'un traitement antalgique.

L'incapacité totale de travail a été poursuivie jusqu'au 4 octobre 2010, date à laquelle l'assuré a recouvré une capacité partielle à concurrence de 30%.

Des examens complémentaires ont été requis par le Dr T._____ auprès du Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis au sein de la Clinique H._____, lequel a fait procéder à une imagerie par résonance magnétique (IRM) le 7 octobre 2010 par l'Institut d'imagerie médicale E._____. Le rapport corrélatif du 8 octobre 2010 met en évidence les éléments suivants :

« Fracture, tassement du plateau supérieur de L4, avec net processus inflammatoire consécutif. Discopathies dégénératives étagées, plus particulièrement identifiées en L2-L3, L3-L4 et L5-S1. Pas de hernie. Pas de canal lombaire étroit. Rétrécissement des trous de conjugaison en L3-L4 et L5-S1 des deux côtés, prédominant en L5-S1. »

Sur recommandation du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique C._____ du 1^{er} au 30 mars 2011. Les Drs R._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, et D._____, médecin-assistant, ont retenu les diagnostics suivants au terme d'investigations cliniques, radiologiques et neurologiques au sein de la Clinique C._____ :

- thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles rachidiennes persistantes ;
- fracture-tassement L4 ;
- déficit en vitamine D3 ;
- méralgie paresthésique gauche ;
- discrète arthrose cervicale ;
- discrète neuropathie ulnaire gauche ;
- cancer du testicule traité par orchidectomie et chimiothérapie en juin 2008, en rémission depuis lors ;
- hypertension artérielle traitée ;
- fracture des processus transverses L1, L2, L3, L4 en 2000 ;
- fracture du scaphoïde droit en 2000 ;
- fracture du bassin, non déplacée, traitée conservativement en 2004.

Ils ont par ailleurs préconisé de ramener l'incapacité de travail à 50% dès le 4 avril 2011, sous suite de réévaluation, tout en proscrivant toute activité impliquant le port de charges de plus de 25 kg.

C. Par demande formelle déposée le 20 mai 2011 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Dans son rapport médical initial du 14 juin 2011 à l'adresse de l'OAI, le Dr T. _____ a repris les diagnostics et limitations fonctionnelles énoncés au sein de la Clinique C. _____, maintenant l'incapacité de travail de 50%, y inclus dans l'accomplissement de travaux administratifs.

Ce même médecin a toutefois fait part d'une modification de son appréciation par un rapport intermédiaire du 6 juillet 2011 à l'OAI, précisant ce qui suit :

« [...] Après révision de la situation en date du 05.07.2011, il se trouve que [l'assuré] reste en incapacité de travail à 100% dans un travail nécessitant le port de charges de plus de 10 kg et non plus de 25 kg et qu'il est dans l'incapacité d'effectuer un travail administratif de plus de 20% en raison des douleurs lombaires avec l'impossibilité de rester assis trop longtemps. [...] »

U. _____ Sàrl a complété un questionnaire le 18 juillet 2011, indiquant que l'assuré avait exercé l'activité de monteur en ventilation avant son accident d'août 2010 et que depuis le recouvrement d'une capacité partielle de travail dès le 4 octobre 2010, il exécutait uniquement quelques heures de dessin technique. Elle a signalé que le salaire mensuel de l'assuré s'élevait à 6'900 fr. depuis décembre 2008 pour une activité à plein temps de 45 heures hebdomadaires.

Par rapport intermédiaire du 15 août 2011 à la CNA, le Dr T. _____ a signalé une « évolution stable », ainsi qu'une « amélioration des douleurs [et] de la musculature du dos » malgré la « persistance d'une barre lombaire ». Il a maintenu l'incapacité de travail de 80% prononcée dès le 5 juillet 2011, estimant que l'assuré ne pouvait plus travailler dans

son entreprise, compte tenu de la contre-indication du port de charges supérieures à 15 kg. Il a envisagé un dommage permanent de ce fait.

L'assuré a fait l'objet d'un examen final exécuté le 24 octobre 2011 au sein de la CNA par le Dr W._____, qui a libellé ses conclusions notamment en ces termes :

« [...] Actuellement, [l'assuré] ne va pas moins bien mais il se rend compte que son activité professionnelle est totalement inadaptée. Il n'arrive rien à porter dès qu'il est en porte à faux. Plus récemment, il a vu apparaître une irradiation douloureuse dans le MID [réf. : membre inférieur droit] avec des douleurs qui intéressent la face externe de la cuisse et qui s'arrêtent au genou dès qu'il force un peu. La sensation de brûlure dans la cuisse gauche s'est en revanche un peu atténuée.

Objectivement, la mobilité rachidienne est bien récupérée et la mobilisation s'effectue harmonieusement. Les changements de position sont nettement plus aisés qu'auparavant et le patient passe facilement de la position couchée à la position assise sans l'aide des mains. Il peut rester longtemps assis sans aucune [gêne] manifeste. Il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire. Il n'y a pas d'autolimitation, pas de signe de non-organicité.

Il n'y a pas de nouvelles radiographies.

Le traitement est terminé. La médication antalgique assortie de consultations espacées reste à la charge de la Suva. Un 2^{ème} séjour à la Clinique C._____ n'apportera rien de plus.

Au plan professionnel, il est assez évident que le patient ne peut plus travailler comme monteur en ventilation et que sa société est trop petite pour qu'il ne puisse faire que du travail administratif.

Il est clair qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les charges de plus de 10 kg et les positions statiques prolongées. [...] »

L'OAI a soumis la situation de l'assuré au Service médical régional AI (ci-après : le SMR), dont les Drs B._____ et Z._____, respectivement médecin du travail et médecin-chef ad interim, se sont ralliés à l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA par rapport du 14 novembre 2011. Reprenant les limitations fonctionnelles et les incapacités de travail énoncées par ce dernier, les médecins du SMR ont ainsi considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 24 octobre 2010 [recte : 22 août 2010] et de 100% dans une activité adaptée dès le 4 octobre 2010.

D. Constatant que l'assuré était toujours actif au sein de sa société, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une enquête économique dès le 6 décembre 2011 afin de déterminer le revenu hypothétique sans invalidité et les activités effectives de l'assuré auprès de U. _____ Sàrl depuis l'accident.

Sur requête expresse de la CNA, cette société a précisé, en date _____ du 7 février 2012, les salaires que l'assuré aurait perçus en 2011 et 2012 s'il avait pu poursuivre son activité usuelle, soit respectivement 7'900 fr. et 8'700 fr. par mois.

Le 10 mai 2012, l'OAI a établi une décision de principe, sous forme de communication, relevant qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable dans l'attente des résultats de l'enquête économique.

A l'occasion d'un entretien avec un inspecteur de la CNA le 27 juillet 2012, l'assuré a confirmé les chiffres communiqués par U. _____ Sàrl quant à ses revenus hypothétiques pour les années 2011 et 2012. Il a exposé avoir repris la totalité de la clientèle fidélisée dans le cadre de son activité indépendante précédente, ce qui justifiait à son sens les objectifs élevés fixés en lien avec les revenus pouvant être dégagés sous l'égide de sa société.

L'enquêteur de l'OAI s'est rendu au domicile de l'assuré le 14 septembre 2012 et a établi son rapport le 24 octobre 2012, où il a relevé notamment que l'ancienne activité indépendante de l'assuré, sous la raison individuelle L. _____, était essentiellement exercée en sous-traitance pour le compte de la société X. _____ SA. L'assuré n'en était pas salarié, mais détenteur de parts sociales à compter de l'année 2000, tout en étant rémunéré par des honoraires ainsi que par le biais d'une participation aux affaires de la société. Lors du rachat de cette dernière par le Groupe F. _____, il aurait repris nombre de clients, raison pour laquelle il a décidé de créer U. _____ Sàrl.

S'agissant des activités déployées par l'assuré au sein de cette société avant l'accident du 22 août 2010, l'enquêteur de l'OAI a observé que celui-ci effectuait les tâches de montage et d'entretien sur les chantiers, tout en assumant les obligations de direction, telles que les relations à la clientèle, l'établissement de devis et de soumissions. Quant à son associé, il se trouvait uniquement actif sur les chantiers, étant rappelé que la société - de taille modeste - n'employait pas de personnel supplémentaire. Depuis l'accident du 22 août 2010, l'assuré n'avait en revanche plus été en mesure d'accomplir les activités liés à la production, faute d'adéquation de celles-ci avec ses limitations fonctionnelles. Cela étant, l'assuré a concédé avoir parfois travaillé à la demi-journée au sein de la société en fractionnant ses activités entre la présence sur les chantiers et la réalisation de tâches administratives. Un catalogue des activités susceptibles d'être réalisées concrètement par l'assuré à compter de son accident s'avérait toutefois difficile à déterminer, de même que les modifications de l'organisation de la société consécutives à son handicap, en l'absence de tout engagement supplémentaire ressortant des éléments comptables mis à disposition. L'enquêteur a au surplus pris note des prévisions optimistes de l'assuré quant au chiffre d'affaires attendu pour l'année 2012 du fait de l'obtention de mandats supplémentaires.

L'enquêteur de l'OAI a par ailleurs sollicité diverses pièces comptables de la part de l'assuré, aux fins de déterminer les revenus effectivement dégagés par ses soins dans l'exercice de ses activités avant et après son accident, à savoir :

- les décisions de taxation fiscales établies à son nom pour les années 2006 à 2010 ;
- la comptabilité de U. _____ Sarl pour la période s'étendant du 15 octobre 2008 au 31 décembre 2009, ainsi que pour les années 2010 et 2011 ;
- la comptabilité de L. _____ relative aux exercices 2005-2006 et 2006-2007 ;

- les attestations de X. _____ SA confirmant le versement de dividendes pour les années 2008 et 2009.

L'enquêteur a constaté, à l'examen de ces documents, que les revenus déclarés à la CNA tant sous l'égide de L. _____ que de U. _____ Sàrl n'étaient corroborés ni par les comptes individuels AVS, ni par les documents comptables. Dès lors, l'enquêteur a procédé à un calcul spécifique, en faveur de l'assuré, pour déterminer le revenu hypothétique sans invalidité. Il a pris en considération les revenus déclarés annuellement en matière AVS en qualité d'indépendant de 2004 à 2008, majorés de la quote-part annuelle des dividendes versés par X. _____ SA. Pour l'année 2008 en particulier, l'enquêteur a ajouté les montants déclarés aux autorités fiscales au titre de revenus dégagés suite au lancement de la société U. _____ Sàrl. Il a mis à jour en définitive une moyenne de 81'911 fr. au titre de revenu sans invalidité réalisé durant les cinq années précédant l'accident du 22 août 2010.

L'assuré s'est également entretenu avec l'enquêteur de l'OAI de ses perspectives professionnelles en dépit des séquelles dudit accident, ce dernier ayant relaté ce qui suit :

« [...] [Nous] avons discuté avec celui-ci, de son activité et des perspectives de développement possibles, en attirant son attention sur le fait que s'il développait son entreprise il pourrait augmenter le nombre d'activités adaptées, et peut-être en développant des compétences techniques, offrir des services complémentaires ou développer les mandats dans son entreprise. L'assuré a parlé de la possibilité de se former dans le dessin par le biais de logiciels informatiques (autocad), qui lui permettront de faire des plans sans passer par un bureau technique, ce qui pourrait être bénéfique à l'entreprise et lui assurer une adjudication plus importante de mandats (pour peu que dans ce domaine la signature d'une personne disposant d'une maîtrise fédérale ne soit pas requise, élément à étudier par la division réadaptation). L'assuré a également parlé d'un organe de contrôle cantonal ou fédéral des installations spéciales, pour lequel des spécialistes étaient formés pour effectuer des examens de conformité, et pourrait se poser la question des pistes possibles, pour qu'il puisse éventuellement compléter ses revenus par ce biais (l'assuré mentionne que si une telle activité existe, elle est peu développée, elle pourrait poser des problèmes avec les spécialistes de sa branche). [...] »

E. Par communication du 5 novembre 2012, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle, à l'issue de laquelle a été envisagée une formation de moniteur d'auto-école.

Compte tenu de la motivation de l'assuré, ainsi que du caractère simple et adéquat de ladite formation, l'OAI a décidé de la prise en charge, dès le 11 février 2013, des cours nécessaires à l'obtention d'un permis de transport professionnel de personnes sous l'angle de l'art. 17 LAI, selon communication du 30 janvier 2013.

En date du 2 avril 2013, par courrier électronique au spécialiste en réinsertion de l'OAI en charge de son dossier, l'assuré a toutefois indiqué renoncer à la mesure de reclassement précitée, faisant valoir que la profession de moniteur d'auto-école n'était « pas adaptée et surtout incompatible avec [son] caractère ».

Ledit spécialiste a procédé à la détermination du préjudice économique de l'assuré le 3 avril 2013, mettant à jour un degré d'invalidité de 35,59% par suite de comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité. Ce taux a été calculé sur la base du revenu sans invalidité retenu par l'enquêteur économique au terme de son rapport du 24 octobre 2012, actualisé à l'année 2013, soit 82'800 francs. Quant au revenu hypothétique d'invalidité, il a été fixé à partir des salaires statistiques dans une activité simple et répétitive, ne nécessitant pas de compétences particulières, à savoir un revenu annuel de 62'742 fr. en 2013, réduit de 15% à 53'331 fr. pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé.

Un entretien a eu lieu le 4 avril 2013 entre l'assuré et le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. Le procès-verbal du même jour relate notamment les éléments suivants :

« L'entretien a été nécessaire suite à la décision du bénéficiaire de mettre [un] terme à la mesure de reclassement professionnel comme moniteur de conduite automobile [...].

Dans la discussion nous pouvons nous apercevoir que les capacités du bénéficiaire ne semblent pas suffisantes pour s'engager dans une voie de formation complexe et longue. Nous validons l'arrêt de la formation pour le 5 avril 2013.

Lors de l'entretien, le bénéficiaire nous dit clairement vouloir valoriser ses compétences grâce à son activité d'indépendant au travers de sa société. Comme nous l'explique le bénéficiaire, le développement de son entreprise est en cours et il aurait besoin de développer ses connaissances en dessin assisté par ordinateur. Ceci lui permettra de soumissionner et de concrétiser par ses propres compétences des projets liés à son entreprise de ventilation. Il nous dit entre autres que son entreprise emploie actuellement plusieurs temporaires.

Lors de cet entretien, le bénéficiaire démontre une forme d'irritabilité. Il ne comprend pas pourquoi nous lui demandons les comptes d'activité de sa société pour 2012.

J'explique au bénéficiaire que nous ne pouvons pas cautionner directement une formation professionnelle, comme des cours informatiques, dans le but de poursuivre son activité d'indépendant. En effet, nous ne pouvons pas avoir les garanties nécessaires pour dire que le projet professionnel sera durable dans la situation d'un indépendant.

Toutefois, il nous semble simple et adéquat de soutenir le développement des compétences en informatique de base et en dessin assisté par ordinateur afin que le bénéficiaire puisse les mettre en valeur sur le premier marché de l'emploi comme responsable technique dans le domaine de la ventilation, climatisation ou chauffage. De cette manière, le RI [réd : revenu d'invalidé] sera calculé sur un salaire de responsable technique dans le domaine du chauffage-ventilation.

Dans ce cadre, une mesure de reclassement professionnel peut être octroyée sous la forme des cours informatiques et de cours de dessin assisté par ordinateur. Comme discuté avec le bénéficiaire, la reprise de son activité d'indépendant dans un travail adapté lui permet d'avoir une source de revenus. Pour cela, seuls les jours de mesure seront pris en charge sous la forme d'IJ [réd. : indemnités journalières].

Le bénéficiaire se dit satisfait et heureux de pouvoir mettre ses compétences en valeur. Il nous dit avoir attendu ces cours depuis longtemps.

Nous proposons au bénéficiaire de contre-signer un contrat d'objectifs. Il devra nous le retourner dans le plus bref délai afin de mettre en place les mesures. [...] »

Un contrat d'objectifs conforme à la teneur de l'entretien du 4 avril 2013 a été signé par l'assuré en date du 19 avril 2013, en vue de la prise en charge par l'OAI d'un cours « AutoCad 2D » auprès de l'entreprise A. _____ à [...].

Une communication portant octroi de cette mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI pour la période s'étendant du 29 juillet 2013 au 26 août 2013 a été établie par l'OAI le 10 juillet 2013.

F. A l'issue du cours en question le 28 août 2013, l'assuré s'est entretenu avec le spécialiste en réinsertion de l'OAI, communiquant ses intentions d'intégrer les connaissances acquises dans sa pratique professionnelle. A cette occasion, le spécialiste en réinsertion lui a fait part du terme du processus de réadaptation, considérant au surplus que l'assuré était susceptible de prétendre à un poste de chef de projet ou de responsable technicien dans le domaine de la ventilation-climatisation.

Ledit spécialiste a établi son rapport final le 29 août 2013, procédant à la détermination définitive du degré d'invalidité de l'assuré, vu l'issue favorable des mesures professionnelles. S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, il a derechef pris en considération le montant de 82'800 fr., correspondant à la somme mise à jour à l'issue de l'enquête économique du 24 octobre 2012 après actualisation à l'année 2013. Quant au revenu d'invalidé, le spécialiste en réinsertion de l'OAI a retenu le montant de 84'500 fr. sur la base de salaires suggérés par deux entreprises actives dans le même domaine que l'assuré pour des postes de responsables techniques. La première société consultée a estimé un salaire annuel oscillant entre 84'500 fr. et 97'000 fr., tandis que la seconde a envisagé un salaire annuel de 96'000 francs. Dès lors, prenant en compte le revenu le plus bas en faveur de l'assuré, le spécialiste en réinsertion de l'OAI a procédé à la comparaison des revenus précités et conclu à un préjudice économique nul.

Par communication du 17 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré de la clôture de son dossier des suites de la réussite des mesures professionnelles et constaté le défaut de toute perte de gain, ce qui excluait le droit à une rente AI.

L'assuré a réclamé une décision formelle aux termes d'une écriture du 13 novembre 2013, indiquant ne pas être en mesure de

travailler à 100% et être actif au sein de sa société à concurrence uniquement de 20% du fait de la persistance d'importantes douleurs. Il a relevé en outre que les participants aux cours dont il avait bénéficié y avaient assisté en complément à la formation « AutoCad 3D » qu'il n'avait pour sa part pas acquise.

En date du 19 novembre 2013, l'OAI a notifié une décision reprenant à l'identique les termes de sa communication du 17 octobre 2013.

G. L'assuré a déféré la décision du 19 novembre 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte daté du 18 décembre 2013, contestant en substance l'évaluation du degré d'invalidité effectuée par l'OAI, singulièrement le revenu d'invalidité retenu dans son cas. Il a observé ne pas disposer des compétences requises pour exercer une activité de technicien ou de dessinateur, faute d'avoir poursuivi le cursus exigé. Il a dès lors mis en doute ses possibilités d'être engagé en qualité de chef de projet ou technicien en dépit des compétences pratiques acquises en qualité de monteur durant de nombreuses années, soulignant que les participants au cours « AutoCad 2D » étaient d'ailleurs pour l'essentiel des architectes et des ingénieurs, dotés de qualifications techniques spécialisées. Il a en outre remis en question la capacité de travail estimée dans son cas, signalant souffrir de douleurs telles qu'une activité même sédentaire s'avérait exclue à plein temps. Il a en conséquence conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale et à une audience auprès de la Cour de céans, sous suite d'annulation de la décision litigieuse.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 20 janvier 2014, le Dr T._____ a appuyé le recours de son patient en faisant part de ce qui suit :

« [L'assuré] est un de mes patients et était en arrêt suite à une fracture-tassement de L4 post-traumatique le 22.08.2010. Depuis, il est dans l'impossibilité de travailler en tant qu'indépendant à plus que 20 %. Il a suivi un cours [AutoCad] d'un mois et vous avez

estimé qu'il était apte à travailler après cette réadaptation d'ordre professionnel.
Une rente a été refusée par l'AI. [L'assuré] va faire recours contre cette décision. Je vous serai reconnaissant de clarifier cette situation, sachant qu'en mai 2012 vous aviez communiqué qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible. Actuellement [l'assuré] ne peut absolument pas travailler dans le montage de ventilation étant donné que le port de charge est fréquent et conséquent (plus de 30 kg jusqu'à 150 kg).
Je vous remercie d'évaluer une expertise AI. [...] »

L'OAI a préavisé le rejet du recours dans sa réponse du 27 février 2014, mettant en exergue les cours pris en charge suite au souhait formulé par l'assuré lui-même afin de valoriser ses compétences au sein de sa propre société. Se référant aux notes du 4 avril 2013 et rapport final du 29 août 2013 de son service de réinsertion professionnelle, il a fait valoir l'absence de préjudice économique des suites de l'accident dont a été victime l'assuré et confirmé le bien-fondé du terme des mesures professionnelles.

Le recourant a répliqué le 20 mars 2014, réitérant et étayant les griefs soulevés dans son écriture de recours du 18 décembre 2013. Il a observé que la première mesure de reclassement entamée en collaboration avec l'intimé dans l'optique de devenir moniteur d'auto-école n'était pas adaptée à son état de santé, du fait de la station assise et des vibrations inhérentes à cette activité. S'agissant de la seconde mesure, il a fait valoir que la poursuite du cours « AutoCad 2D » ne suffisait pas à son autonomie en tant que dessinateur technique, responsable ou chef de projet dans son domaine de compétences, au vu par ailleurs de ses faibles connaissances informatiques. Il a rappelé que son activité habituelle de monteur ajusteur - la seule pour laquelle il disposait d'une formation certifiée et d'une longue expérience lui permettant de conseiller sa clientèle - s'avérait trop exigeante eu égard à ses limitations fonctionnelles. Il a en outre mis en exergue l'importante symptomatologie douloureuse l'affectant et nécessitant la prise régulière d'antalgiques puissants pour justifier la contestation de la capacité de travail prise en compte par l'intimé, ainsi que réitérer sa requête d'expertise médicale et d'audience auprès du tribunal.

Le 10 avril 2014, l'OAI a indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler et persisté dans les termes de ses précédentes conclusions.

Par pli du 14 mai 2014, le recourant a donné suite à une requête de la juge instructrice du 17 avril 2014 et produit un tirage du bilan et du compte d'exploitation de U._____Sàrl pour l'année 2012, ainsi que le détail des salaires versés durant cette même année. Il ressort notamment un bénéfice net de 25'585 fr. 80, des salaires acquittés pour un total de 166'052 fr.15 compte tenu de l'indemnisation de l'assuré par la CNA et des frais afférents à l'engagement de personnel temporaire à hauteur de 79'989 fr. 75, sans toutefois que ce montant ne soit précisé davantage dans le détail des salaires versés en 2012.

En date du 28 mai 2014, la juge instructrice a signalé aux parties qu'après appréciation anticipée des preuves, il apparaissait que la tenue d'une audience et la mise en œuvre d'une expertise médicale ne se justifiaient pas, les parties étant invitées à faire part de leurs ultimes déterminations.

L'OAI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours en date _____ du 13 juin 2014, tandis que le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (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 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée 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 de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-invalidité d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi

vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

d) In casu, le recours formé le 18 décembre 2013 contre la décision de l'OAI du 19 novembre 2013 a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Préalablement, il convient de déterminer l'objet du litige et de la contestation, compte tenu du caractère extrêmement succinct de la décision entreprise, intitulée « décision de réussite des mesures professionnelles », et de s'interroger sur l'éventuel défaut de motivation de cet acte.

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés,

pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF [Tribunal fédéral] 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir

d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

c) En l'occurrence, l'objet de la contestation est circonscrit par la décision du 19 novembre 2013, laquelle se prononce de facto sur plusieurs éléments.

En premier lieu, cette décision peut être qualifiée de décision de constatation dans la mesure où elle prend acte de la fin de la formation « AutoCad 2D » accordée par communication du 10 juillet 2013, ainsi que du terme de la réadaptation professionnelle. En second lieu, il en découle a priori un refus de mesures professionnelles subséquentes vu l'issue favorable de la formation précitée. Enfin, l'intimé a nié le droit à la rente de l'assuré, considérant que l'évaluation de son invalidité par la comparaison des revenus mettait en évidence l'absence de toute perte de gain.

Quant aux griefs de l'assuré, il peut être déduit de ses différentes écritures que sont litigieuses tant l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, fondant au demeurant l'évaluation de son invalidité, que ladite évaluation, singulièrement eu égard au revenu d'invalidité pris en compte par l'intimé. Est également remise en question l'adéquation de la mesure professionnelle accordée par l'OAI, plus précisément la nécessité éventuelle de compléter cette dernière afin que l'assuré soit susceptible de se positionner sur le marché du travail dans une nouvelle activité de responsable technique ou de chef de projet dans le domaine de la ventilation et de la climatisation.

Quand bien même la décision querellée est pour le moins peu étayée sur l'ensemble de ces éléments, l'assuré a été en mesure d'en saisir pleinement la portée et d'interjeter recours auprès de la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen.

Partant, le défaut de motivation entachant la décision entreprise peut être considéré comme réparé au stade de la présente procédure de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur l'ensemble des arguments soulevés au fond par l'assuré.

3. En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 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).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée 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.

4. A ce stade, il convient de se prononcer sur l'aspect médical de la situation, singulièrement sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, estimée à 100%, laquelle fonde l'évaluation de son degré d'invalidité. Le recourant fait valoir une symptomatologie douloureuse importante qui l'entraverait dans l'exercice de ses fonctions à temps complet, y compris dans un cadre sédentaire administratif. Il s'appuie à cet égard sur l'appréciation de son médecin généraliste traitant pour requérir une expertise médicale destinée à réévaluer sa capacité de travail, reprochant en définitive à l'intimé de s'être basé exclusivement sur le rapport du SMR du 14 novembre 2011, respectivement du médecin d'arrondissement de la CNA du 24 octobre 2011.

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin

indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

d) En l'occurrence, l'OAI s'est fondé sur le rapport du SMR, émis par les Drs B._____ et Z._____ le 14 novembre 2011, lui-même basé sur les conclusions du Dr W._____ du 24 octobre 2011, pour considérer que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dès le 4 octobre 2010 dans une activité excluant tout port de charges

supérieures à dix kilos, les positions statiques prolongées, ainsi que les flexions et rotations du tronc, des suites de l'accident du 22 août 2010.

Quant au médecin traitant de l'assuré, le Dr T._____, il a produit divers rapports médicaux tant à l'attention de la CNA que de l'OAI, lesquels s'avèrent imprécis et fluctuants eu égard à l'appréciation de la capacité de travail de son patient, sans toutefois que l'état de santé de celui-ci ne se soit sensiblement modifié depuis octobre 2010.

En effet, le 14 juin 2011, le Dr T._____ s'est dans un premier temps rallié aux conclusions de la Clinique C._____ quant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avant de considérer dès le 5 juillet 2011, qu'une telle activité ne pouvait être exercée à plus de 20%, y compris en cas de travaux purement administratifs. Il a par ailleurs restreint le port de charges à un maximum de dix kilos en lieu et place des 25 kilos pris en compte par les spécialistes de la Clinique C._____. Le Dr T._____ a réitéré cette même appréciation le 20 janvier 2014, précisant que l'activité indépendante de son patient n'était possible qu'à un taux maximal de 20% au vu de ses exigences, incompatibles avec les limitations fonctionnelles observées.

Force est de déduire des indications du Dr T._____ que ce dernier s'est exprimé essentiellement sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de monteur en ventilation et climatisation, ne se prononçant pas - ou à tout le moins pas clairement - sur l'exigibilité en termes de pourcentage ou d'horaire de travail d'une autre activité correspondant aux limitations fonctionnelles de son patient. Au demeurant, les constats du Dr T._____ en lien précisément avec la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré, ne sont pas contredits par l'OAI, respectivement le SMR ou le médecin d'arrondissement de la CNA, dans la mesure où ces praticiens convergent pour la qualifier de nulle, tout en considérant notamment que le port de charges supérieurs à dix kilos doit être impérativement évité.

Par ailleurs, il convient de relever que le Dr T._____ a fait siennes les plaintes douloureuses de son patient, sans toutefois ne fournir aucune explication objective susceptible de justifier leur prise en compte. Or, ainsi que l'a rappelé la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 4b, l'allégation de douleurs, non objectivées par des constats médicaux concluants, ne saurait être retenue dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail.

Au surplus, l'avis du Dr T._____ quant à une capacité limitée à 20% dans une activité essentiellement assise est contredite par les éléments de fait, l'assuré ayant parfaitement été en mesure de suivre en position assise les formations théorique et pratique prises en charge par l'OAI.

Cela étant, l'on ne voit de toute façon aucun motif qui justifierait de s'écarter des observations consignées par le Dr W._____, reprises intégralement par les Drs B._____ et Z._____. Le rapport, établi par le Dr W._____ en date du 24 octobre 2011, remplit de fait les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut pour se voir accorder pleine valeur probante. Il est rappelé que ce spécialiste a procédé à un examen clinique détaillé de l'assuré et fait part de ses conclusions convaincantes et motivées, ce en pleine connaissance du dossier. Il a relevé l'ensemble des plaintes formulées par le recourant non sans mentionner les éléments organiques à l'origine des limitations retenues, ses conclusions s'avérant en définitive en parfaite concordance avec les constatations radiologiques objectives.

En outre, en l'absence de toute modification de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen du Dr W._____ du 24 octobre 2011, laquelle n'est ni avérée, ni même d'ailleurs alléguée, il n'apparaît pas qu'une mesure d'instruction complémentaire, telle que l'expertise requise par le recourant, viendrait apporter un éclairage différent sur l'évaluation médicale de sa situation. Partant, procédant à l'appréciation anticipée des preuves, il y a lieu de rejeter la requête de l'assuré aux fins d'expertise.

L'on retiendra en définitive que l'intimé a à bon droit pris en considération une capacité de travail de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant pour procéder à la fixation de son degré d'invalidité.

5. Doit être examinée désormais l'adéquation des mesures professionnelles octroyées par l'OAI, soit la prise en charge d'un cours « AutoCad 2D », pour atteindre le but de l'art. 17 LAI, et la nécessité éventuelle de mesures supplémentaires, que semble revendiquer le recourant aux termes de ses différentes écritures adressées à la Cour de céans.

a) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, 4223 ch. 1.1.1.2).

L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de

profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et la référence citée).

b) 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 droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

c) Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé 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, il 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 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

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 (ATF 124 V 108 consid. 2a). 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 (TFA I 34/95 du 21 juillet 1995 consid. 3c).

L'exigence de l'équivalence approximative avec l'activité antérieure ne se rapporte pas en premier lieu au niveau de formation, mais aux perspectives de gain après la réadaptation en tenant compte des exigences accrues de la profession envisagée. Le critère de l'équivalence approximative des activités ne doit pas être apprécié uniquement sous l'angle des possibilités de gain actuelles offertes par la profession initiale et par la nouvelle ; il faut bien plus prendre en considération, sur la base d'un pronostic, l'évolution ultérieure des salaires, la durée d'activité et la valeur qualitative des deux formations à comparer (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 455 et 456, n. 1696 et 1697 et références jurisprudentielles citées).

d) La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, le droit à ces mesures ne dépend pas du fait que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (TFA I 131/98 du 23 décembre 1998 consid. 3b, in : VSI 2000 p. 29 ; TF 9C_81/2013 du 3 juillet 2013).

e) L'on ajoutera que selon une jurisprudence constante, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et références citées).

f) En l'espèce, il s'impose de relever que le cours « AutoCad 2D », pris en charge par l'OAI sous l'égide de l'art. 17 LAI selon communication du 10 juillet 2013, a répondu au propre choix de l'assuré, manifesté sans équivoque à l'occasion de l'entretien du 4 avril 2013. Le recourant a opté pour cette mesure, en lieu et place de l'acquisition d'une nouvelle formation, afin de « concrétiser des projets liés à son entreprise de ventilation ». Il a ainsi clairement décidé de promouvoir de nouvelles compétences susceptibles de participer au développement de U._____Sàrl, sans avoir au demeurant aucunement mis en doute l'adéquation de son choix avec son état de santé.

A l'issue de la mesure, le recourant s'est déclaré « très content de la qualité du cours et des connaissances développées, [... et souhaité] maintenant assimiler ces connaissances dans sa pratique professionnelle » (cf. note de suivi du 28 août 2013).

Au vu de la jurisprudence rappelée ci-avant, il s'agit de privilégier les premières déclarations du recourant pour retenir que le cours « AutoCad 2D » accordé par l'intimé correspondait pleinement aux aspirations et aux projets professionnels de l'assuré, lui permettant d'acquérir les compétences nécessaires et adéquates à la diversification de ses activités au sein de U._____Sàrl.

Le caractère approprié de la formation « AutoCad 2D » se déduit également du descriptif de l'organisme de formation, A._____, précisant qu'elle s'adresse aux personnes requérant la pratique autonome

du dessin technique, indépendamment de leur domaine usuel de compétences (cf. au sujet de la formation en cause, le descriptif disponible sur le site internet de A._____).

En outre, l'on voit mal pour quelles raisons les cours précités ne pourraient être mis à profit dans le contexte d'une activité éventuellement salariée ressortant au domaine de la ventilation et de la climatisation. Si le recourant ne peut certes se prévaloir d'une formation certifiée en qualité de dessinateur ou d'ingénieur, il n'en demeure pas moins qu'il peut se targuer d'une expérience pratique de plus de trente ans dans son domaine de compétences et de la poursuite fructueuse d'une formation théorique destinée précisément à un usage pratique régulier et indépendant du dessin technique. Il ne fait donc pas de doute que l'expérience acquise par le recourant, agrémentée de cette formation théorique, lui donnerait accès, sur un marché du travail équilibré, à un emploi salarié du niveau de cadre intermédiaire, soit de responsable d'équipe ou de conducteur de projets, dans les secteurs de la ventilation et de la climatisation.

Il s'ensuit incontestablement que la mesure en cause s'avérait simple, nécessaire et adéquate pour atteindre le but assigné par l'art. 17 LAI.

g) Cela étant, quoi que semble sous-entendre le recourant, il n'y a pas lieu d'examiner davantage l'opportunité de mesures de reclassement subséquentes, telles que des cours sur les outils informatiques courants.

Il n'apparaît en effet pas que le recourant ait rencontré des difficultés particulières à cet égard pour mener à bien la mesure qui lui a été accordée, alors même que le cours « AutoCad 2D » est clairement destiné à des personnes ayant des connaissances de base de l'informatique (cf. également descriptif de la formation disponible sur le site internet de A._____).

L'on réitérera d'ailleurs que l'assuré s'est déclaré satisfait de cette mesure de formation qu'il a lui-même requise et qu'il n'a jamais évoqué avec son conseiller en réinsertion la nécessité d'un plan de réadaptation plus élaboré pour assurer la pérennité de ses fonctions au sein de sa société.

6. Reste à examiner en dernier lieu l'évaluation de l'invalidité opérée par l'intimé que l'assuré conteste tout particulièrement au regard du revenu d'invalidité déterminant pour ce calcul.

a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Aux termes de 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) A teneur de l'art. 25 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable, sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS. Cette disposition établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue et la jurisprudence admet quelques rectificatifs, par exemple si une diminution ou une augmentation extraordinaire du revenu pendant une période déterminée est dûment établie (TF 8C_748/2008 du

10

juin

2009

consid. 5.2).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb).

In casu, le recourant ne conteste pas - à juste titre - le revenu hypothétique sans invalidité mis à jour par le rapport d'enquête économique du 24 octobre 2012, à savoir le montant de 82'800 fr. actualisé à l'année 2013.

Ce revenu a été établi par l'intimé en fonction des déclarations fiscales et des revenus AVS dégagés par l'assuré sous l'égide de L._____, majorés des cotisations sociales acquittées et des quote-parts des dividendes alloués au recourant par X._____SA. Ce procédé ne prête pas flanc à la critique dans la mesure où il reflète au plus près les revenus concrètement réalisés du fait des activités déployées par l'assuré en bonne santé. Il ne saurait en effet être tenu compte des déclarations de ce

dernier à la CNA et des chiffres projetés dans le cadre de la société U. _____Sàrl, tant il est vrai que ceux-ci, particulièrement fluctuants et peu étayés, ne sont corroborés par aucune pièce comptable versée au dossier.

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (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 (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, la mesure dans laquelle le salaire ressortant des statistiques doit être réduit dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative

(ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

En l'espèce, le recourant a décidé de poursuivre et d'adapter ses activités au sein de U._____Sàrl en dépit de son droit théorique, au demeurant non contesté par l'intimé, à un reclassement professionnel éventuellement dans une nouvelle profession.

Cela étant, ainsi que l'a expressément souligné l'intimé et que le relève le contrat d'objectifs signé par l'assuré le 19 avril 2013, l'OAI a déterminé le revenu d'invalidé sur la base d'une activité salariée hypothétique de responsable technique ou de chef de projet dans son domaine de compétences vu l'issue favorable du cours « AutoCad 2D », l'assuré étant susceptible au surplus de se prévaloir de sa longue expérience professionnelle pratique.

A cette fin, l'OAI a obtenu les données salariales concrètes de deux entreprises actives dans les secteurs de la climatisation et de la ventilation, sous suite de prise en compte du montant annuel le plus bas communiqué par celles-ci, soit 84'500 francs.

L'on ne saurait faire grief à l'intimé dans ce contexte de ne pas s'être fondé sur les revenus dégagés par le biais de U._____Sàrl, dans la mesure où les données comptables, tant de l'année 2011 que de l'année 2012 (produites auprès de la Cour de céans), ne sont pas suffisamment fiables pour dégager en termes salariaux effectifs les montants réalisés par l'assuré personnellement. Ces données sont par ailleurs par trop variables pour être corrélées à la situation de santé du recourant, demeurée pourtant stable depuis le 4 octobre 2010, voire au plus tard depuis le 5 juillet 2011 (date de l'incapacité de travail de 80%, prononcée par son médecin traitant). La question du bien-fondé du recours aux données salariales d'entreprises concurrentes de l'assuré peut en l'état rester néanmoins ouverte, étant donné que la détermination du revenu d'invalidé sur la base des salaires ressortant des ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat sensiblement plus favorable au recourant.

aa) En l'occurrence, les ESS 2010 indiquent en effet un salaire de référence de 5'715 fr. par mois, réalisable par un homme doté de connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur des réparations et installations de machines et d'équipements (ESS 2010, TA1, ligne 33, niveau de qualification 3), voire de 7'307 fr. au niveau d'un cadre (ESS 2010, TA1, ligne 33, niveau de qualification 1+2). 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 2013 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), les revenus mensuels précités doivent être majorés pour s'élever à 5'958 fr., respectivement 7'618 francs. Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100% dans une activité de responsable technique ou de chef de projets dès l'issue de sa formation, le salaire s'élèverait annuellement à 73'256 fr. pour un niveau 3 ou 93'663 fr. pour un niveau 1+2 après actualisation à l'année 2013 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3).

Il se justifierait en outre de procéder au maximum à une réduction de 15% pour tenir compte, à l'instar de l'intimé, de l'âge du recourant et de l'activité légère seule possible. Déduction faite, le revenu annuel d'invalidité déterminant s'élèverait ainsi à 62'268 fr. pour un niveau de qualification 3 et 79'613 fr. pour un niveau de qualification 1+2.

Comparés au revenu sans invalidité de 82'800 fr. déterminé pour l'année 2013, le taux d'invalidité de l'assuré oscillerait en conséquence entre 3,8%, ($[82'800 - 79'613 \times 100 / 82'800]$), arrondi à 4% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2) et 24,8% ($[82'800 - 62'268] \times 100 / 82'800$), arrondi à 25%, ce qui exclut à l'évidence le droit à des prestations AI sous forme de rente.

Dans l'hypothèse où une activité salariée de responsable technique ou chef de projet ne pouvait être retenue, il s'agirait de se fonder sur le montant total des ESS 2010, tous secteurs d'activités

confondus, qui indiquent qu'un homme est susceptible de réaliser un salaire mensuel de 4'901 fr. pour une activité sans formation spécifique (ESS 2010, TA 1, montant total, niveau de qualification 4). Compte tenu de la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures en 2013 et après actualisation au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux, le revenu annuel serait ainsi porté à 62'822 francs.

Après déduction de 15% des salaires statistiques, derechef motif pris de l'âge de l'assuré et des restrictions quant au type d'activité, le revenu d'invalidé de 53'399 fr. serait ainsi le montant déterminant pour évaluer l'invalidité de l'assuré.

Le calcul corrélatif $([82'800 - 53'399] \times 100 / 82'800)$ mettrait à jour un degré d'invalidité de 35,5%, arrondi à 36%, n'atteignant pas davantage le seuil d'ouverture d'un droit à la rente.

bb) Il serait également possible de recourir aux ESS 2012 dont les résultats sont pour l'heure provisoires, étant précisé que la présentation de ces statistiques se trouve modifiée notamment sur le plan des niveaux de compétences pour satisfaire à des exigences spécifiques à l'OFS.

Les ESS 2012 font état d'un salaire de référence de 6'793 fr. par mois, qu'est susceptible de réaliser un homme affecté à des tâches complexes et doté de connaissances pointues dans le secteur des réparations et installations de machines (ESS 2012, TA 1, ligne 33, niveau de qualification 3), voire de 8'094 fr. pour un poste impliquant la résolution de problèmes complexes et la prise de décisions (ESS 2012, TA 1, ligne 33, niveau de qualification 4). Dans la mesure où les salaires statistiques prennent en compte un horaire de quarante heures, alors que la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 a été de 41,7 heures (cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), les revenus susmentionnés doivent être majorés pour s'élever à 7'082 fr., respectivement 8'438 francs. Compte tenu d'une capacité de travail de 100%, le salaire annuel du recourant ascenderait à 85'602 fr. pour un niveau 3 ou 101'996 pour un

niveau 4 après actualisation à l'année 2013 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS / La Vie économique, n° 1/2-2014, tableau B 10.3).

Une déduction de 15% serait ensuite opérée pour les motifs énoncés supra, ce qui permettrait d'aboutir à un revenu annuel d'invalidité déterminant de 72'762 fr. pour un niveau de qualification 3 et 86'697 fr. pour un niveau 4.

Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité, le taux d'invalidité de l'assuré se trouverait alternativement nul ($[(82'800 - 86'697) \times 100 / 82'800]$) ou au maximum de 12,1% ($[(82'800 - 72'762) \times 100 / 82'800]$), arrondi à 12%.

Si une activité non qualifiée devait être retenue, il s'agirait de se fonder sur le montant total des ESS 2012, tous secteurs d'activités confondus, qui indiquent qu'un homme est susceptible de réaliser un salaire mensuel de 5'204 fr. pour une activité impliquant l'exécution de tâches simples (ESS 2012, TA 1, montant total, niveau de qualification 1). Compte tenu de la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures en 2013 et après actualisation au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux, le revenu annuel serait ainsi porté à 65'578 francs.

Après déduction de 15% des salaires statistiques, le revenu d'invalidé de 55'741 fr. serait ainsi le montant déterminant pour évaluer l'invalidité de l'assuré.

Le calcul corrélatif ($[(82'800 - 55'741) \times 100 / 82'800]$) mettrait à jour un degré d'invalidité de 32,7%, arrondi à 33%, n'atteignant pas le taux minimal d'ouverture d'un droit à la rente.

7. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

L'on ajoutera que l'audience sollicitée par le recourant auprès de la Cour de céans ne serait pas susceptible de modifier ce résultat, ce qui rend cette mesure parfaitement superflue.

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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

b) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant n'étant de toute manière pas représenté (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision, rendue le 19 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- J. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :