

# VD\_FINDINFO AI 196/14 - 14/2016 vom 21. Januar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-01-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_196\\_14\\_-\\_14\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_196_14_-_14_2016)

FR: VD\_FINDINFO AI 196/14 - 14/2016 du 21 janvier 2016

IT: VD\_FINDINFO AI 196/14 - 14/2016 del 21 gennaio 2016

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MALADIE PROFESSIONNELLE, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ | 28 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 21

janvier 2016 \_\_\_\_\_ Composition : M. Dépraz , président MM. Métral, juge, et Gutmann, assesseur Greffière : Mme \_\_\_\_\_ Monod \*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Roberto Izzo, avocat, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI. E n f a i t : A. B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1971, est titulaire d'une formation de peintre sur voitures et de tôlier en carrosserie, acquise dans son pays d'origine. Il est entré en Suisse en novembre 2005 pour y exercer une activité lucrative et a été employé en qualité de carrossier par le Garage F. \_\_\_\_\_ à [...] dès mars 2006. B. En date du 27 mai 2008, il a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_ auprès du Centre I. \_\_\_\_\_, lui faisant part de ses inquiétudes quant à ses conditions de travail en raison d'une exposition sans protection aux isocyanates. Le médecin précité a dénoncé cette situation au médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) par courrier du 28 juillet 2009 au vu d'une possible maladie professionnelle. Alors que des incapacités de travail itératives avaient été prononcées dès novembre 2008, l'assuré a résilié les rapports de travail avec le Garage F. \_\_\_\_\_ avec effet au 31 juillet 2009. Il a été engagé à 100% par la Carrosserie H. \_\_\_\_\_ à [...] à compter du 1 er décembre 2009 pour un salaire mensuel de 5'200 francs. C. Compte tenu d'incapacités de travail attestées en faveur de l'assuré dès le 10 mai 2010, cet employeur a formellement annoncé le cas à la CNA par dépôt d'une déclaration de sinistre complétée le 20 juillet 2010. L'assuré a été vu en consultation par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail et médecine interne auprès de la CNA, en date du 12 août 2010. Il a établi son rapport le 19 août 2010, notamment en ces termes : « [...]L']évolution n'est malheureusement pas favorable avec la persistance de phénomène broncho-obstructif en relation avec l'activité professionnelle. [...] Par rapport au résultat du 1 er avril 2010, l'hyperréactivité est donc moins prononcée. Par contre, on observe clairement une respiration sifflante, audible à la bouche, et des sibilances lors de l'expiration forcée à l'auscultation pulmonaire à la fin du test. [L'assuré] arrive à la conclusion après une période d'observation qu'il ne pourra pas reprendre une activité de peintre en carrosserie. Au vu du risque de l'aggravation de l'état de santé, il convient donc de rédiger une décision d'incapacité pour tout travail exposant à des peintures de carrosserie de type isocyanate.

[...] » La CNA a établi une décision d'inaptitude à tout travail avec exposition aux isocyanates en faveur de l'assuré, ce avec effet immédiat, en date du 4 octobre 2010. D. Dans l'intervalle, par demande formelle du 7 septembre 2010, ce dernier a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Procédant à l'instruction de ladite demande, l'OAI a réceptionné un rapport d'employeur complété par la Carrosserie H. \_\_\_\_\_ le 14 septembre 2010, où celle-ci a confirmé l'engagement de l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2009, son salaire mensuel ayant été augmenté à 5'500 fr. dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 pour une activité de tôlier en carrosserie à plein temps. L'OAI a par ailleurs requis l'avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), lequel a indiqué le 28 septembre 2010, sous la plume du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin, que l'assuré était doté d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de peintre en carrosserie, mais entière dans toute activité ne comprenant pas d'exposition aux isocyanates. La Carrosserie H. \_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail la liant à l'assuré par courrier du 12 octobre 2010 avec effet au 30 novembre 2010, tandis que la CNA l'a mis au bénéfice d'indemnités journalières de transition du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 31 mars 2011 par décision du 9 novembre 2010. Après s'être entretenu avec l'assuré le 14 octobre 2010, l'OAI lui a accordé des cours de français au titre de mesures d'intervention précoce par communication du 11 novembre 2010. Dans ce même contexte, les 24 janvier 2011, 21 et 28 février 2011, il a indiqué prendre en charge les frais afférents à la requête d'équivalence des diplômes portugais formulée pour le compte de l'assuré auprès de l'office fédéral compétent. Entre-temps, soit en date du 23 novembre 2010, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a adressé un rapport médical initial à l'OAI, retenant les diagnostics suivants de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré : - Hyperréactivité bronchique entraînant une tendance à l'hyperventilation et des bronchospasmes ; - État inflammatoire sévère des voies respiratoires supérieures entraînant des écoulements rhinopharyngiens ; - Discrètes bronchectasies localisées principalement dans la lingula et le lobe moyen ; - Syndrome d'apnées du sommeil. Il a fait état d'un pronostic favorable pour autant que l'assuré ne soit plus soumis aux isocyanates, suive un traitement de l'état infectieux des voies respiratoires, ainsi que du syndrome d'apnées du sommeil, et cesse de fumer. Il a confirmé une capacité de travail résiduelle substantielle, renvoyant au surplus aux informations à disposition du médecin généraliste traitant, à savoir le Dr E. \_\_\_\_\_. Ce praticien a fait parvenir son rapport à l'OAI le 13 mars 2011, reprenant en substance les diagnostics évoqués par le Dr A. \_\_\_\_\_ et ajoutant ceux d'une « inflammation chronique nasale et sinusale bilatérale » en présence de « polypes », d'une « gastrite sur status après cholécystectomie en 2009 » et de « lombalgies intermittentes ». Il a relevé que le pronostic était « excellent » pour autant que son patient ne travaillât pas au contact d'isocyanates, alors que sa capacité de travail était entière sous cette seule restriction. Etaient annexés les rapports des différentes investigations spécialisées effectuées, en particulier sur le plan pulmonaire, ainsi que les évaluations du Dr C. \_\_\_\_\_ sur demande de la CNA. E. L'assuré s'est vu octroyer une mesure d'orientation professionnelle auprès du Garage P. \_\_\_\_\_ à [...] à compter du 2 mai 2011, selon communication de l'OAI du 27 avril 2011. Le service de réinsertion de cet office a procédé à la détermination du préjudice économique de l'assuré le 27 juin 2011, retenant en tant que revenu hypothétique sans invalidité un salaire annuel de 72'450 fr., après indexation à 2011 des données concrètes fournies par l'ancien employeur. Il a fixé un revenu d'invalidité de 62'699 fr. (valeur 2011) pour une activité simple et répétitive à plein temps sur la base de l'Enquête suisse sur la

structure des salaires (ESS), édictée par l'OFS (Office fédéral de la statistique). Après déduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, le revenu d'invalidé déterminant se montait à 52'429 francs. La comparaison des gains mettait en définitive à jour un taux d'invalidité de 22,11%, ouvrant théoriquement le droit de l'assuré à un reclassement professionnel. L'OAI a dès lors pris en charge une formation pratique en entreprise en qualité de réceptionniste d'accueil à la clientèle et de gestionnaire de pièces détachées, auprès du Garage P. \_\_\_\_\_, au titre de reclassement de l'assuré. Cette formation, mise en œuvre du 18 juillet 2011 au 31 janvier 2012, a été assortie de cours de gestion des stocks et d'un coaching en bureautique sous suite de versement d'indemnités journalières – dont des indemnités journalières d'attente – dès le 21 mai 2011 (cf. rapport d'intervention précoce du 28 juin 2011, communications des 28 juin 2011 et 18 juillet 2011 et décisions d'indemnités journalières du 27 juillet 2011). Faute d'avoir été engagé par le Garage P. \_\_\_\_\_ à l'issue de ce reclassement en entreprise, l'assuré a été mis au bénéfice d'une aide au placement par l'OAI selon communication du 25 janvier 2012 et s'est inscrit auprès des organes de l'assurance-chômage. F. Selon certificats médicaux établis par le Dr E. \_\_\_\_\_, l'assuré a été en incapacité totale de travail pour des périodes limitées s'étendant du 3 au 11 août 2011, du 28 septembre 2011 au 23 octobre 2011, du 7 au 27 novembre 2011, du 6 au 18 décembre 2011, du 3 au 8 février 2012, du 6 au

## **E. 25**

mars 2012 et du 5 au 17 avril 2012. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a complété un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'OAI le 17 juin 2012, annexant un tirage des comptes-rendus de consultation du Dr K. \_\_\_\_\_, rédigés les 22 décembre 2011 et 30 avril 2012. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a communiqué les diagnostics suivants à l'issue de son rapport du 22 décembre 2011 : · Syndrome d'hyperventilation chronique · Surinfection des voies respiratoires inférieures chez un patient connu pour des bronchectasies discrètes au niveau du lobe moyen et de la lingula [...] · Pan sinusite chronique associée à des formations polypôides maxillaires bilatérales et de la cavité nasale [...] · Asthme bronchique avec composantes professionnelles chez un patient avec : - Status après exposition aux isocyanates - Hyperréactivité bronchique légère au test de provocation à la métacholine [...] - Actuellement spirométrie et pléthysmographie normales · Syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré moyennement sévère [...] avec : - Traitement par prothèse mandibulaire. Il a en outre précisé ce qui suit : « [...] L'assuré] ne se plaint plus de toux ni d'expectoration. Il a développé par contre 2 épisodes de dyspnée paroxystique, à chaque reprise lorsqu'il a eu l'impression d'être exposé à des odeurs qui provenaient du garage. A chaque reprise, il a développé une intense symptomatologie végétative et un état de panique. L'anamnèse est hautement suggestive pour des crises d'hyperventilation dans un contexte de syndrome d'hyperventilation chronique. Ce diagnostic, déjà évoqué dans le passé, est confirmé par la gazométrie qui objective une hyperventilation chronique. Par examens de laboratoire, j'ai raisonnablement écarté une surinfection des voies respiratoires et des embolies pulmonaires. J'ai pu rassurer votre patient sur la bénignité de cette symptomatologie. Je lui ai prescrit des séances de physiothérapie respiratoire (kinésithérapie) qui devraient permettre d'obtenir un certain soulagement. Si ce n'était pas suffisant, comme discuté lors de notre entretien téléphonique, un anxiolytique pourrait entrer en considération voire une prise en charge psychologique. [...] » Ce spécialiste a par ailleurs constaté le 30 avril 2012 que « les fonctions pulmonaires [de l'assuré étaient] absolument normales et superposables par rapport au précédent contrôle [...sans] évidence

pour un trouble expiratoire ventilatoire obstructif ni restrictif ». Il a indiqué renoncer à des investigations supplémentaires. Sollicité pour analyse des nouvelles pièces médicales, le SMR a rendu son avis le 19 octobre 2012, estimant que la situation n'avait pas évolué depuis son rapport de septembre 2010, faute d'élément nouveau objectif survenu depuis lors. G. A réception, le 21 janvier 2013, du dossier constitué par la CNA dans le cas de l'assuré, l'OAI a pu constater que cet assureur avait établi une décision le 1<sup>er</sup> mai 2012, refusant la prise en charge des suites financières de l'incapacité de travail prononcée dès mars 2012, motif pris de l'absence de réalisation des « conditions requises pour l'octroi de prestations ». L'assuré, représenté par Me Roberto Izzo, y avait formé opposition en temps utile. Une décision du 3 juillet 2012 avait par ailleurs octroyé à l'assuré une indemnité pour changement d'occupation sur la base de la décision d'inaptitude du 4 octobre 2010 en lien avec les travaux impliquant une exposition aux isocyanates. Compte tenu du concours de prestations d'autres assurances sociales, un solde de 24'383 fr. 80 serait versé pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012. Pour la période subséquente s'étendant du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, un montant annuel de 15'681 fr. 94 avait été déterminé, lequel serait acquitté par mensualités de 1'306 fr. 85. L'assuré avait séjourné au sein du Service de pneumologie de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ du 23 juillet 2012 au 4 août 2012, où un rapport de sortie avait été rédigé le 3 septembre 2012. Les spécialistes concernés s'étaient prononcés en ces termes : « [...] Les fonctions pulmonaires répétées pendant le séjour sont dans la norme mais avec une réversibilité variable après Ventolin. Les valeurs de Peak-Flow sériées montrent un léger abaissement principalement le soir. Afin d'obtenir un effet maximal du traitement inhalé nous remplaçons le Seretide par le Symbicort, espérant obtenir un bénéfice de l'action rapide du formotérol. Toutefois, il n'y a pas d'amélioration par la suite. Le Ventolin en réserve est poursuivi ainsi que le Singulair introduit il y a 1 mois, sous lequel [l'assuré] rapporte une amélioration significative de la dyspnée. A plusieurs reprises pendant le séjour, [l'assuré] ressent une péjoration transitoire de sa gêne respiratoire sans modification fonctionnelle objectivée. Une composante de dysfonction des cordes vocales et d'hyperventilation est suspectée. Un contrôle du mode ventilatoire est enseigné et semble bénéfique à la fin du séjour. Au chapitre des facteurs aggravants l'asthme, nous suspectons un reflux gastro-œsophagien en raison d'épigastalgies. Un inhibiteur de la pompe à proton est débuté. [L'assuré] fume également 3-5 cigarettes par jour et ne semble pas motivé pour un sevrage. Nous insistons sur l'importance capitale d'une abstinence tabagique et proposons une substitution nicotinique. Concernant le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) traité par une prothèse d'avancement mandibulaire (PAM), le patient rapporte une utilisation inconstante de son dispositif. Une polygraphie respiratoire nocturne diagnostique sous PAM révèle un index d'apnées/hypopnées (IAH) à 21, témoignant de l'inefficacité de cette dernière. [L'assuré] n'est pas désireux d'un essai de CPAP [réf. : continuous positive airway pressure] pendant le séjour et en discutera avec vous-même. [...] » La CNA avait rendu sa décision sur opposition le 1<sup>er</sup> octobre 2012, rejetant les conclusions formulées par l'assuré et maintenant sa décision du 1<sup>er</sup> mai 2012. Après avoir rappelé le contexte des activités professionnelles déployées par l'assuré dès 2010, elle retenait que ce dernier n'avait pas été exposé à des irritants respiratoires susceptibles d'expliquer les crises dyspnéiques survenues dès fin 2011 et déduisait que ces crises n'étaient pas causées de manière exclusive ou nettement prépondérante par l'activité professionnelle. Elle soulignait que les crises affectant l'assuré relevaient vraisemblablement d'une hyperventilation, précédemment évoquée par le Dr K. \_\_\_\_\_, ainsi que l'avait estimé le Dr C. \_\_\_\_\_. L'assuré avait recouru contre cette décision sur opposition par acte de recours du 1<sup>er</sup>

novembre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, où la cause était enregistrée sous n° AA 108/12. H. Après réexamen du dossier, les Dr S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont proposé le 20 juin 2013 d'actualiser les données en leur possession auprès du Dr A. \_\_\_\_\_ et de questionner ce dernier quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles de l'assuré. En date du 19 juillet 2013, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport d'expertise privée, rédigé le 11 juillet 2013 par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, pneumologie, allergologie et immunologie clinique. Ce dernier a répondu aux questions posées comme suit : « [...] Actuellement, alors que [l'assuré] n'a pas d'activité professionnelle, persiste un état respiratoire fluctuant. Il se décrit comme « pas bien » avec une sensation de manque d'air et tend à rester à domicile où il utilise du Ventolin assez régulièrement en plus du Symbicort 200/6 2x/j et du Singulair 10 mg 1x/j. A ce propos, je retiens la description de crise dans le rapport de la SUVA du 23.04.2012 où le patient rapporte des épisodes de dyspnée survenant dans des locaux fermés, lors de changements de temps accompagnés d'un état d'angoisse et de pâleur. Au cours de ces dernières années, le patient ne signale pas avoir présenté des crises de dyspnée nocturne, un stridor ou des douleurs thoraciques. Je note, par contre, et peut-être pour la première fois en 2013 une rhinoconjonctivite en février-mars ainsi qu'une tendance à la rhinite et à la gêne respiratoire lors d'exposition à la poussière domestique. 2. Quel est le status physique actuel de [l'assuré] ? Patient en bon état général pesant 77 kg pour 164 cm. La saturation à l'air ambiant est normale à 97%. La fréquence cardiaque est régulière à 102/minute. La tension artérielle est à 120/80 mmHg. L'ampliation thoracique, la percussion et l'auscultation pulmonaire sont physiologiques. L'auscultation cardiaque est normale. La sphère ORL est calme. Volumineuses amygdales bilatérales. Cou court. Pas de lésion cutanée. 3. Quel est le diagnostic que vous pouvez établir ? Le patient présente plusieurs problèmes respiratoires ou ayant un effet sur sa respiration et qui sont intriqués : a) Même si l'hyperactivité bronchique décelée au début de ses symptômes était modérée et qu'il n'y avait pas d'anticorps spécifiques contre les isocyanates, on peut retenir, sur la base de l'anamnèse, d'une exposition sévère avérée et des mesures de peak flow faites sur sa place de travail, un asthme d'origine professionnelle en rapport avec l'exposition à des peintures de carrosserie et aux isocyanates. Depuis lors, persiste une hyperréactivité bronchique malgré l'absence d'exposition démontrée par des tests de provocation à la méthacholine, dont le dernier date de septembre 2012. Cette hyperréactivité peut favoriser des bronchospasmes lors d'exposition à différents irritants respiratoires sans lien avec les peintures de carrosserie. b) Le patient présente des bronchectasies au niveau du lobe moyen et de la lingula dont l'origine est indéterminée. Comme le patient n'avait pas de plainte respiratoire avant de travailler dans la première carrosserie, il est possible qu'il ait développé des bronchectasies dans le cadre de son asthme professionnel. Ceci ne peut pas être prouvé mais suspecté puisque habituellement les bronchectasies sont associées à une toux itérative souvent productive ce dont le patient ne s'est jamais plaint auparavant. Les bronchectasies représentent une atteinte respiratoire irréversible. c) A plusieurs reprises, le patient a développé des épisodes de dyspnée aiguë ou paroxystique qui ont été attribués à une aggravation de son asthme. Cependant, les rapports n'indiquent pas clairement qu'il s'agissait d'exacerbations de l'asthme (caractérisés par un wheezing [sifflements respiratoires audibles à l'oreille], des sibilances [sifflements audibles au stéthoscope], une augmentation de l'expirium, une toux voire, en cas de crise importante, une baisse du taux d'oxygène pouvant être accompagnée d'une baisse du taux de gaz carbonique). Des documents que j'ai pu consulter, on note à plusieurs reprises une composante de syndrome

hyperventilation (respiration inappropriée aux besoins physiologiques) accompagnée d'une importante anxiété que le patient reconnaît. Cette manifestation n'est pas liée directement à l'exposition aux isocyanates mais peut avoir été favorisée par l'anxiété qu'avait produite l'asthme dans le cadre de son activité professionnelle. d) [L'assuré] présente une anamnèse de reflux gastro-œsophagien qui persiste occasionnellement malgré la prise d'un traitement adéquat. Le reflux gastro-œsophagien peut, en soi, aggraver une hyperactivité bronchique et ceci n'est pas lié directement à l'exposition aux isocyanates. [...] 7. Quelles sont les conséquences et les limitations fonctionnelles inhérentes à l'état de santé actuel de [l'assuré] ? Actuellement, les crises de dyspnée entraînent un état d'anxiété chez [l'assuré] et un repliement sur lui-même. [...] 10. Une amélioration de l'état de santé de [l'assuré] est-elle possible ? Une prise en charge psychothérapeutique avec une physiothérapie de réadaptation respiratoire associée à une anxiolyse pourrait permettre une amélioration de l'état de [l'assuré] et peut-être de reprendre une activité professionnelle. Il faudra évaluer l'évolution de l'hyperactivité bronchique dont les conséquences pourraient rester modestes en l'absence d'exposition à des irritants respiratoires. [...] 12. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'affection subie par [l'assuré] ? En reprenant les différentes atteintes mentionnées au point 3, l'asthme professionnel est permanent et l'exposition aux isocyanates doit être formellement proscrite. Les bronchectasies sont irréversibles mais leur taille est très modeste. En soi, en l'absence d'un facteur favorisant tel que l'était son exposition professionnelle, elle ne devrait pas évoluer à moins d'une maladie génétique sous-jacente très peu probable (mucoviscidose, dyskinésie ciliaire). Le syndrome d'hyperventilation chronique peut être plus difficile à traiter mais dans mon expérience, la grande majorité des patients s'améliore avec une prise en charge spécialisée. Dans l'ensemble, il n'y a pas de facteur laissant penser que l'évolution du patient serait défavorable. J'ai peu évoqué dans cette expertise le rôle du syndrome d'apnée obstructive du sommeil qui a été mis en évidence et confirmé par deux polygraphies. Celui-ci peut affecter la qualité de vie du patient en raison de l'hypersomnolence diurne qu'il peut induire et de l'augmentation des facteurs de risques cardio-vasculaires. Cependant, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil est sans lien avec le problème respiratoire du patient. [...] »

Répondant aux questions du SMR le 24 juillet 2013, le Dr A. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient se portait « bien » et présentait une spirométrie « normale », la gazométrie artérielle démontrant une « hypoxémie modérée » et une « capnie physiologique ». Il recourait environ deux fois par semaine aux aérosols en vue de calmer les bronchospasmes apparaissant subitement. Il se trouvait à son avis apte à l'exercice d'une « activité professionnelle normale » tenant compte de « la possibilité d'utiliser rapidement l'appareil aérosol », de préférence « dans un milieu bien aéré », exempte de « travaux physiques très durs ». Par avis du 20 août 2013, les Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR ont retenu « un asthme bronchique également en dehors de l'exposition aux isocyanates répondant de manière satisfaisante au traitement ». Ils ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée « physiquement légère et avec la possibilité d'utiliser facilement et rapidement l'appareil à inhalation ». L'OAI a établi un projet de décision le 27 mai 2014, envisageant de nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au vu d'un degré d'invalidité de 22,11% déterminé sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Des mesures professionnelles supplémentaires n'étaient au demeurant pas nécessaires. I. L'assuré, avec l'assistance de son avocat, a contesté ce projet par écriture du 3 juillet 2014, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la production du dossier versé à la procédure judiciaire

l'opposant à la CNA et à la mise en œuvre d'une instruction médicale complémentaire. Il a fait valoir que les séquelles consécutives à son exposition aux isocyanates n'avaient pas été prises en compte exhaustivement par l'OAI, se référant au rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, singulièrement aux diagnostics évoqués par ce spécialiste. Vu la dégradation de ses facultés respiratoires et l'imprévisibilité des crises dyspnéiques, il a relevé que sa capacité de travail résiduelle avait été surévaluée par l'OAI, alors qu'une rente entière d'invalidité devait lui être accordée. Par avis du 14 juillet 2014, le SMR, soit les Drs T. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, a maintenu sa précédente appréciation d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soulignant que les diagnostics retenus par le Dr L. \_\_\_\_\_ étaient connus, tandis que celui-ci ne s'était nullement prononcé quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative. Partant, l'OAI a rendu une décision le 21 juillet 2014, reprenant les termes de son projet du 27 mai 2014. Il a ainsi refusé à l'assuré toute rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 22,11% et l'a considéré au surplus dûment réadapté, des mesures professionnelles supplémentaires ne s'avérant à son sens pas indiquées. J. Représenté par Me Izzo, l'assuré a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 12 septembre 2014, concluant derechef à titre principal à l'allocation d'une rente entière d'invalidité « à compter du jour du dépôt de sa demande de prestations AI ». Il a sollicité à titre préalable la mise en œuvre d'une expertise judiciaire « afin de déterminer précisément l'origine des troubles respiratoires » et subsidiairement proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Reprenant les arguments avancés au stade de la procédure administrative, il a au surplus rappelé avoir développé ses griefs dans la procédure pendante portant numéro AA 108/12 contre la décision sur opposition de la CNA. L'OAI a répondu au recours le 10 novembre 2014, en proposant le rejet. Il a souligné avoir suivi sur le plan médical l'avis du Dr A. \_\_\_\_\_, confirmé par le SMR, pour prendre en considération une capacité de travail préservée dans une activité adaptée et procéder à la comparaison des revenus. Les conclusions communiquées par le Dr L. \_\_\_\_\_, qui ne s'était pas exprimé sur la capacité de travail de l'assuré, n'apportaient aucun élément nouveau justifiant de s'écarter des constatations fondant la décision querellée. L'intimé a en outre produit un tirage de son dossier, les pièces correspondantes ayant été versées au dossier de la cause pendante AA 108/12, tandis que le dossier de la CNA a été porté à la connaissance de l'OAI le 8 décembre 2014. Par réplique déposée dans l'intervalle, soit le 3 décembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, mettant en exergue la prise de position du Dr L. \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2014, intervenue suite à un avis complémentaire du médecin-conseil de la CNA, le Dr C. \_\_\_\_\_. Le Dr L. \_\_\_\_\_ avait en effet précisé ce qui suit : « [...] A l'instar de mon collègue, je vais reprendre les quatre affections que j'avais retenues comme primordiales dans la situation de l'assuré : L'asthme professionnel : [...] Bien qu'un test de provocation bronchique à la Méthacholine n'ait pas été réalisé avant que le patient soit exposé aux isocyanates, il me paraît raisonnable de conclure à une relation de cause à effet puisqu'il n'avait aucun symptôme avant. Le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne par ailleurs que les crises d'asthme n'ont pas pu être démontrées, ce qui est correct selon les renseignements que j'ai eu à disposition. Cependant, l'asthme est une maladie parfois difficile à diagnostiquer en l'absence d'un élément objectif. [...] En conséquence, on doit admettre qu'il existe un doute sur d'éventuelles crises d'asthme dans la mesure où aucune mesure n'a été effectuée pour confirmer ou infirmer ce diagnostic. Les bronchectasies : je relèverais, comme le fait le Dr C. \_\_\_\_\_, que les bronchectasies sont modestes mais que la radiographie thoracique n'est évidemment pas un bon examen pour ce type de pathologie.

Ces anomalies présentes chez [l'assuré] ne représentent effectivement pas une atteinte grave à sa situation respiratoire, mais elles sont tout de même irréversibles, pouvant conduire à des infections respiratoires plus fréquentes et à une toux. De plus, elles peuvent parfois s'aggraver et nécessiter une physiothérapie respiratoire et des traitements antibiotiques, ce qui n'a pas encore été le cas chez [l'assuré]. Les épisodes de dyspnée paroxystiques : [...] Comme mentionné dans mon rapport, le syndrome d'hyperventilation n'a pas été causé directement par l'exposition aux isocyanates mais paraît bien secondaire aux conséquences que cette exposition a occasionnées chez une personne particulièrement anxieuse. Le reflux gastro-œsophagien : comme le confirme le Dr C. \_\_\_\_\_, le reflux gastro-œsophagien n'a pas de lien direct avec l'exposition aux isocyanates mais peut être favorisé par l'état anxieux et peut contribuer à aggraver l'hyperréactivité bronchique. En ce qui concerne le syndrome des apnées du sommeil et l'ancien tabagisme, je noterais que, bien que ces affections ne soient pas en soi négligeables, elles ne me paraissent pas au premier plan des problèmes actuels affectant le patient. [...] » Par écriture du 15 janvier 2015, l'intimé a à nouveau suggéré le rejet du recours, soutenant que l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ et son complément n'apportent aucun élément nouveau que le Dr A. \_\_\_\_\_ aurait ignoré avant de procéder à son appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Il a cela étant concédé qu'il aurait été judicieux de questionner le Dr L. \_\_\_\_\_ sur ladite capacité et sur la fréquence des crises d'hyperventilation, se référant à un nouvel avis du SMR du 9 janvier 2015, rédigé par les Drs G. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_. Le recourant a fait parvenir sa détermination le 1<sup>er</sup> septembre 2015, annexant un nouvel avis du Dr L. \_\_\_\_\_, rédigé notamment comme suit le

## **E. 26**

août 2015 : « [...] Ergospirométrie d'effort [...] En conclusion, cet examen sous-maximal est très suggestif d'une hyperventilation à l'effort qui a probablement été responsable de la dyspnée et de l'arrêt prématuré de l'exercice. Il est, dans ce contexte, difficile de retenir formellement un déconditionnement musculaire, bien qu'il ne puisse être exclu. Sur le plan cardio-vasculaire, je noterais principalement une élévation de la pression diastolique qui peut entraîner un certain degré de dyspnée d'effort et il conviendra de réévaluer ce problème. Pour ma part, ce test d'effort confirme donc que le patient présente une hyperventilation pouvant interférer avec sa capacité d'effort et donc de travail. A ma connaissance, il n'existe pas d'étude pouvant corrélérer un niveau d'hyperventilation avec une capacité de travail comme cela est le cas pour un syndrome obstructif ou restrictif. De plus, les crises d'hyperventilation peuvent survenir de manière impromptue et non prédictible. Capacité de [l'assuré] dans une activité adaptée Concernant la capacité de travail en relation avec l'asthme et l'hyperréactivité bronchique, le test d'effort n'a pas montré de limitation ventilatoire liée à un bronchospasme, mais il faut relever que cet examen était sous-maximal et apparemment effectué après Ventolin. [...]L]e patient pourrait effectuer durant 8h/j une tâche n'excédant pas 7.3 ml/kg/min [...]. Ceci représente un travail de bureau ou une activité de chauffeur, par exemple, en tenant compte des limitations liées à son hyperréactivité bronchique (pas d'exposition à des peintures de carrosserie, à des substances volatiles irritantes, à des poussières, à des changements de température fréquents, etc...). Concernant l'effet du syndrome d'hyperventilation sur la capacité de travail, celle-ci est évidemment impossible à quantifier. L'hyperventilation étant liée à un trouble du comportement respiratoire survenant dans le cadre d'un état anxieux dans la plupart des cas, il est difficile de prévoir et de prévenir des crises pouvant survenir à l'occasion de différentes formes de stress ou même parfois sans stress apparent. De plus, la

fréquence des crises peut être variable. Il n'est pas fréquent qu'un syndrome d'hyperventilation soit très invalidant, mais ceci est décrit et semble être le cas chez [l'assuré]. A nouveau et comme précédemment mentionné, une prise en charge physiothérapeutique et psychothérapeutique pourrait avoir un effet bénéfique sans que cela soit certain. [...] » Le recourant a dès lors considéré que ses arguments étaient confirmés par l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_ et maintenu l'intégralité de ses conclusions. L'OAI s'est prononcé le 25 septembre 2015, estimant que la capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée se trouvait corroborée par le Dr L. \_\_\_\_\_, ainsi que l'avaient observé les Drs V. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ dans un avis subséquent du SMR du 8 septembre 2015. Il a en conséquence à nouveau conclu au rejet du recours. Le recourant a pour sa part renoncé à s'exprimer plus avant par correspondance du 22 octobre 2015, de sorte que la cause a été gardée à juger.

**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 régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure 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 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, daté du 12 septembre 2014, a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. 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). b) Est exclusivement litigieux in casu le droit à la rente du recourant, ce dernier contestant en particulier la capacité résiduelle de travail – soit

100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles – que lui a reconnue l’OAI. Il estime que dite capacité a été surévaluée, étant donné l’irréversibilité des troubles respiratoires l’affectant et l’imprévisibilité des crises dyspnéiques, et requiert à titre de mesure d’instruction la mise en œuvre d’une expertise médicale judiciaire. Il ne formule en revanche aucun grief s’agissant des montants retenus par l’OAI au titre de revenus avec et sans invalidité pour procéder à la comparaison des revenus. Il ne s’exprime pas davantage sur la question des mesures professionnelles, dont l’OAI a refusé l’octroi subséquent aux termes de la décision entreprise. Quant à l’intimé, il expose s’être appuyé sur les différents avis du SMR pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée en faveur de l’assuré, observant qu’à son sens l’ensemble des avis médicaux s’avéraient convergents sur cette question, y compris celui de l’expert privé, le Dr L.\_\_\_\_\_. Partant, il conclut au maintien de sa décision du 21 juillet 2014. Compte tenu de ces éléments, il conviendra dans un premier temps d’examiner si les pièces médicales à disposition permettent de se prononcer à satisfaction sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Cas échéant, il y aura lieu brièvement dans un second temps de vérifier la comparaison des revenus effectuée par l’OAI et de statuer sur le droit à la rente litigieux. Cela étant, la Cour ne se déterminera pas sur le refus de l’OAI de diligenter de nouvelles mesures professionnelles, étant rappelé que le recourant ne conteste pas cet élément et qu’il s’est de toute façon vu octroyer une mesure d’aide au placement selon communication du 25 janvier 2012. Il y a lieu tout d’abord de rappeler ci-dessous les règles afférentes à la notion d’invalidité et au droit à la rente de l’AI, ainsi que la jurisprudence fédérale concernant l’appréciation des pièces médicales. 3. Aux termes de l’art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l’incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L’invalidité peut résulter d’une infirmité congénitale, d’une maladie ou d’un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l’art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l’ensemble ou d’une partie des possibilités de gain de l’assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d’activité, si cette diminution résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu’elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l’aptitude de l’assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d’activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d’incapacité de travail de longue durée, l’activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d’une autre profession ou d’un autre domaine d’activité (art. 6 LPGA). A teneur de l’art. 4 LAI, l’invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d’une infirmité congénitale, d’une maladie ou d’un accident (al. 1). L’invalidité est réputée survenue dès qu’elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). 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.

## **E. 28**

al. 1 LAI). Selon l’art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d’invalidité, un degré d’invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d’invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d’invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d’invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. On ajoutera que l’art. 29 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>

janvier 2008, prévoit que 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 (al. 1) et que ce droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière (al. 2). 4. 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 [Tribunal fédéral] 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 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). 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). b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui

permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). c) Par ailleurs, 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 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3). 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 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2). 5. In casu, le recourant a fait l'objet de plusieurs évaluations de son état de santé respiratoire, réalisées par différents spécialistes de ce registre. a) Il a notamment fait l'objet d'investigations de la part des Drs A.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ et été suivi par le Dr K.\_\_\_\_\_, avant d'être hospitalisé aux fins d'examen au sein de l'Hôpital N.\_\_\_\_\_ et expertisé par le Dr L.\_\_\_\_\_. Les rapports établis respectivement par ces médecins, étayés par des examens cliniques afin de déterminer les diagnostics pertinents, sont convergents à cet égard, à savoir que l'assuré souffre pour l'essentiel d'un « asthme bronchique avec composantes professionnelles », de « bronchectasies devenues asymptomatiques », d'un « syndrome d'hyperventilation chronique », d'un « syndrome d'apnées du sommeil » et d'un « reflux gastro-œsophagien ». Une « dyspnée paroxystique », se manifestant par des crises objectivées dès fin 2011, a en outre été retenue et analysées par les Drs A.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. b) S'agissant spécifiquement de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, à l'instar des observations du SMR et de l'OAI, force est de constater que le corps médical est quasiment unanime pour considérer que l'assuré est en mesure de mettre à profit une capacité de travail entière dans une activité respectant son état de santé. En effet, on rappellera que le médecin traitant de l'assuré, le Dr E.\_\_\_\_\_ a mentionné au titre de seule restriction le contact avec des isocyanates, son patient demeurant au surplus capable de travailler à plein temps (cf. rapport de ce médecin à l'OAI du 13 mars 2011). Quant au Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste traitant de l'assuré conjointement avec le Dr K.\_\_\_\_\_, il a expressément indiqué, sur questions du SMR, que le recourant était apte à la reprise d'une activité professionnelle légère normale, pour autant qu'il eût la possibilité d'utiliser un aérosol et d'exercer de préférence dans un milieu bien aéré (cf. correspondance du 24 juillet 2013 à l'OAI). On notera d'ailleurs que l'expert mandaté par le recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_, s'est exprimé sur cette question, en date du 26 août 2015, dans le cadre de la présente procédure et n'a pas exclu l'exercice d'une activité lucrative adaptée, en dépit de ses difficultés à évaluer les répercussions de l'hyperventilation. S'il a certes envisagé le caractère invalidant de ce syndrome sur la base des allégations de l'assuré, il a cependant mentionné que tel n'était en principe pas fréquemment le cas, sans chiffrer plus avant la mesure d'une

éventuelle influence sur la capacité de travail. En outre, cette mention ne s'accompagne pas de motifs objectifs pour lesquels il se justifierait de s'écarter, dans le cas particulier du recourant, de la constatation générale précitée. Dans le cadre de l'instruction, le recourant a relevé que le Dr A. \_\_\_\_\_, s'il avait eu connaissance du fait que le Dr L. \_\_\_\_\_ avait été mandaté, ne paraissait pas avoir eu connaissance du rapport de ce dernier au moment de la rédaction de son courrier du 24 juillet 2013. Ce point n'est toutefois pas déterminant. A la suite de la détermination du SMR du 9 janvier 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est prononcé le 26 août 2015 sur le résultat de l'ergospirométrie d'effort réalisé le 27 août 2013 par le Dr A. \_\_\_\_\_. A la suite de l'analyse des résultats de ce test, le Dr L. \_\_\_\_\_ arrive à la conclusion que le recourant pourrait effectuer 8 heures par jour une tâche n'excédant pas 7,3 ml/kg/min, ce qui correspond à un travail de bureau ou à une activité de chauffeur. Cette conclusion correspond en grande partie à l'activité adaptée décrite ainsi qu'aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimé dans la décision attaquée. Il convient également de relever que, dans le cadre de la mesure de reclassement, le recourant a pu travailler à plein temps pendant plus de six mois en tant que réceptionniste d'accueil à la clientèle avec gestion des pièces détachées. Certes, le recourant a subi plusieurs incapacités totales dès août 2011, lesquelles doivent toutefois être relativisées dans la mesure où, contrairement à ce que prévoit la décision intimée, le recourant n'avait à l'époque pas la possibilité d'utiliser facilement et rapidement l'appareil à inhalation. Les crises dyspnéiques l'ont donc à chaque fois conduit à consulter en urgence, augmentant la sensation d'angoisse et de stress, et donc les conséquences transitoires sur l'état de santé. On peut supposer que, si le recourant avait eu un appareil à inhalation à disposition, il aurait pu gérer les problèmes générés par l'hyperventilation. En définitive, les conclusions des rapports communiqués au titre d'expertise privée par le Dr L. \_\_\_\_\_ ne divergent pas sensiblement de celles émanant des médecins traitants sollicités par l'OAI et des observations concrètes effectuées à l'occasion des mesures professionnelles dont a bénéficié le recourant. En conséquence, vu le dossier produit par l'intimé, la CNA et le rapport d'expertise diligenté pour le compte de l'assuré, on peut déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est effectivement doté d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit une activité légère sans exposition aux isocyanates, permettant l'accès libre à un inhalateur et exercée plutôt en milieu aéré. c) Cela étant, vu l'ensemble des avis médicaux confirmant le potentiel de l'assuré à exercer une activité lucrative substantielle, on ne voit pas qu'un complément d'instruction se justifie en l'espèce et soit susceptible d'apporter un éclairage nouveau ou différent des éléments de fait déterminants pour la solution du litige. En particulier, on notera que le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale « afin de déterminer précisément l'origine de ses troubles respiratoires », ce qui s'avère sans incidence dans le contexte de l'examen du droit à une rente d'invalidité de l'AI. Est en effet seule pertinente la question de la capacité de travail de l'assuré, étant rappelé que l'AI couvre les conséquences financières de l'ensemble des atteintes à la santé diagnostiquées, sans égard à l'origine de la symptomatologie objectivée (cf. notion d'invalidité exposée sous considérant 3 supra). Etant donné l'exhaustivité des mesures d'instruction entreprises, une appréciation anticipée des preuves permet manifestement d'écarter la requête préalable du recourant en vue d'un complément et de rejeter sa conclusion subsidiaire tendant au renvoi de la cause à cette fin à l'OAI. 6. Reste enfin à se prononcer brièvement sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour déterminer le taux d'invalidité du recourant, quand bien même ce dernier ne s'est pas exprimé sur ces éléments. 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). c) 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'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Dans le cas particulier, l'OAI a pris en considération un revenu hypothétique sans invalidité de 72'450 fr. en se fondant sur les données communiquées par l'ancien employeur de l'assuré, la Carrosserie H.\_\_\_\_\_, en date du 14 décembre 2010, après actualisation à l'année de référence 2011. Ce procédé n'est pas critiquable dans la mesure où il s'avère parfaitement conforme à la jurisprudence fédérale rappelée ci-dessus. Le montant déterminé par l'OAI peut ainsi être confirmé. d) Le revenu d'invalide 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'invalide. 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; 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). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalide. Il est en

effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits 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 p. 79 ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). En l'occurrence, faute de reprise d'une activité lucrative par l'assuré, l'OAI était légitimé à recourir aux données ressortant de l'ESS, en se basant sur le salaire réalisable à plein temps par un homme pour une activité sans qualification professionnelle requise, dans tous les domaines confondus (secteurs de la production et des services). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives englobés dans ces secteurs, on doit considérer qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et correspondent aux restrictions fonctionnelles – somme toute modestes – présentées par l'assuré, ce qui rend superflu de définir précisément des activités adaptées à sa situation spécifique. En outre, après prise en compte de l'horaire usuel de travail et actualisation à l'année 2011, l'OAI a dûment procédé à une réduction des salaires statistiques – in casu à concurrence de 10% reflétant dans une large mesure la situation personnelle du recourant – pour fixer le revenu d'invalidité déterminant. Le montant dégagé par l'OAI peut dès lors être confirmé, de même que le taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus, soit 22,11%, arrondis à 22% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Un tel taux exclut de facto le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI, ainsi que l'expose à bon droit la décision de l'intimé du 21 juillet 2014. 8. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 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 qui succombe, sont arrêtés à 400 francs. b) Vu l'issue du recours, l'assuré n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.