

VD_GERICHTE ZD15.021212 vom 29. Mai 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.021212

FR: VD_GERICHTE ZD15.021212 du 29 mai 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.021212 del 29 maggio 2017

Erwägungen

E. 18

décembre 2007 au 28 mars 2008, date de fin de ses rapports de travail au sein de cet établissement. Marié, il est père de trois enfants nés en 1986, 1989 et 1991. L'assuré a été incapable de travailler à 100 % du 3 mars au 15 juin 2008 (avec dans l'intervalle une incapacité à 50 % les 18, 19 et 23 mars 2008), à 50 % du 16 juin au 13 juillet 2008 et à 100 % depuis le 14 juillet 2008 et au moins jusqu'au 3 mars 2009. B. Le 14 août 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations AI datée du 1er juillet 2008 auprès de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué souffrir d'une insuffisance respiratoire due à un asthme avec syndrome obstructif sévère persistant. Dans une fiche d'examen du dossier de l'OAI du 19 août 2008, retenant que l'assuré avait été incapable de travailler à 50 % du 1er au 13 juillet 2008 et à 100 % dès le 14 juillet 2008, une intervention précoce a été préconisée. Dans un rapport d'évaluation du 25 septembre 2008 établi à la suite d'un entretien du même jour avec l'assuré, un collaborateur de l'OAI a conclu à la poursuite de l'instruction en vue d'une décision de principe, précisant que l'intéressé, qui estimait avoir une bonne formation, n'envisageait pas de réintégrer le marché de l'emploi et ne souhaitait pas de mesure dans le cadre de l'intervention précoce.

- 3 - Selon un questionnaire rempli par l'employeur le 7 octobre 2008, le salaire brut de l'intéressé pour un emploi à 100 % s'élevait à 92'968 fr. 85 par an depuis le 1er janvier 2008. Dans un rapport médical du 20 octobre 2008, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'asthme sévère avec syndrome obstructif de degré moyen persistant et décompensation respiratoire itérative depuis 2000. Il a observé que le patient souffrait de dyspnée au moindre effort, ce qui limitait son activité professionnelle même en tant qu'infirmier dans un établissement médico-social (EMS). L'activité habituelle n'était plus exigible et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Dans un rapport médical du 6 novembre 2008, les Drs D. _____ et F. _____, médecins au Service médical régional de l'AI (ci- après : SMR), ont retenu une insuffisance respiratoire sur asthme avec syndrome obstructif sévère persistant (J 45.0). Ils ont relevé que l'assuré était incapable de travailler depuis mars 2008 et ont considéré que sa capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle. Ils ont revanche estimé la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à 50 %, en précisant que le Dr C. _____ avait été interrogé par téléphone et avait admis une capacité de travail à 50 % dans une activité légère et sédentaire. Les médecins du SMR ont en outre relevé les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort physique, pas de marche et pas d'exposition aux poussières. Dans une proposition de décision de principe du 11 novembre 2008, un collaborateur de l'OAI a retenu que des mesures d'ordre professionnel (MOP)

auraient pu être mises en place (formation et stage pratique afin de travailler comme employé de commerce dans le domaine de la santé) au terme desquelles l'assuré aurait pu prétendre à un salaire de 30'159 fr. à 50 % (brochure info Vaud 2008-2009 employé de commerce niveau B). Compte tenu d'un revenu sans invalidité de

- 4 - 92'968 fr. 85 (selon rapport de l'employeur du 7 octobre 2008), le préjudice économique était de 67.56 %. Le 13 novembre 2008, l'OAI a averti l'intéressé que son droit à une rente serait examiné à l'échéance du délai de carence légal d'une année à compter du début de l'incapacité, puisqu'il ne souhaitait pas entrer dans une démarche de réadaptation en raison de son état de santé, et qu'il recevrait une décision séparée. Par projet de décision d'acceptation de rente du 4 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer un trois quarts de rente. Il a retenu que le 3 mars 2009, soit à l'échéance du délai de carence d'une année, l'intéressé était incapable de travailler à 100 % dans l'activité d'infirmier mais qu'il disposait d'une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort physique, pas de marche et pas d'exposition aux poussières). L'office a comparé le revenu auquel l'intéressé aurait pu prétendre avec invalidité (30'159 fr. à un taux de 50 %) à son revenu sans invalidité en tant qu'infirmier (92'968 fr. 85), ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 68 %. Le 17 avril 2009, l'assuré, représenté par son conseil, Me Flore Primault, a contesté pouvoir exercer une activité adaptée à 50 %. Alléguant que le pronostic du Dr C. _____ était réservé, il a demandé un avis écrit complémentaire de ce médecin sur ce point. L'intéressé a également remis en cause les montants retenus par l'OAI à titre de revenu sans invalidité et avec invalidité. Il a considéré en outre qu'un abattement de 15 % au moins devait être effectué afin de tenir compte de sa situation particulière. En conclusion, il a soutenu qu'il y avait lieu de lui reconnaître un taux d'invalidité supérieur à 70 % et le droit à une rente entière. Dans un « Avis juriste » du 23 octobre 2009, une collaboratrice de l'OAI a préconisé un complément d'instruction s'agissant notamment de l'exigibilité dans une activité adaptée et du revenu sans invalidité de l'assuré.

- 5 - Dans un avis complémentaire du 19 novembre 2009, un collaborateur de l'OAI a confirmé que le revenu mensuel obtenu par l'assuré auprès du Foyer A. _____ (7'151 fr. 45) correspondait au salaire auquel il aurait pu prétendre dans un poste similaire. Dans un rapport médical du 5 janvier 2010, le Dr C. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'asthme sévère avec syndrome obstructif de degré sévère persistant et décompensations respiratoires itératives depuis 2000. Il a observé que le patient souffrait d'une dyspnée au moindre effort, ce qui limitait son activité professionnelle même en tant qu'infirmier dans un EMS, et que l'activité habituelle n'était plus exigible. Le médecin a ajouté que le patient était en incapacité totale de travailler dans une activité adaptée puisqu'il présentait une dyspnée au moindre effort et ce, même pour des activités légères. Il a notamment joint à son rapport médical, un courrier du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier E. _____) du 4 novembre 2009 relevant que l'assuré avait séjourné dans ledit service du 29 octobre au 3 novembre 2009 et posant le diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral (AVC) mineur pariétal droit avec hémisyndrome sensitif gauche d'origine cardio-embolique probable. Dans un avis médical du 25 mars 2010, les Dresses B. _____ et H. _____, médecins au SMR, ont relevé ne pas comprendre en quoi l'atteinte de l'assuré limitait entièrement sa capacité de travail dans toute activité, les fonctions pulmonaires montrant une péjoration discrète entre 2008 et 2009. Elles ont préconisé une expertise pneumologique comportant idéalement une

ergospirométrie. Mandaté par l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, a procédé à ladite expertise (avec ergospirométrie) et fait part de ses conclusions dans un rapport du 30 juillet 2010. Il y a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail d'asthme depuis 2000-2001 probablement. Il a en outre notamment observé ce qui suit :

- 6 - "[...] Conclusion, appréciation Le diagnostic d'asthme peut être retenu en raison de la variabilité de l'obstruction au cours du temps. En condition optimale, cet asthme peut être qualifié de léger à modéré. L'absence d'élément allergique suggère le diagnostic d'asthme intrinsèque. La valeur de VEMS la plus élevée est de 70 % de la valeur prédite. Le test d'effort de [...] est quasi normal. Celui réalisé à [...], alors que le VEMS est à 50 % de la valeur prédite, ne montre aucun élément objectif limitant l'effort. On peut en déduire, raisonnablement, que la limitation à l'effort résulte d'un manque d'entraînement physique pour la majeure partie et, dans une moindre mesure, du syndrome obstructif, lequel, lorsque bien traité, est bien maîtrisé. Depuis l'apparition des symptômes, vers l'année 2000 et selon les données à ma disposition, on doit bien constater que le degré d'obstruction n'a jamais été si léger qu'actuellement. Il n'y a donc pas d'évolution vers l'aggravation systématique. Dans une telle perspective, le pronostic est tout à fait favorable, pour peu que le traitement soit judicieux et bien conduit, ce que l'on peut attendre d'un infirmier professionnel. Estimation de la capacité de travail L'activité d'infirmier n'est, à mon avis, limitée ici que pour les efforts importants tels que transferts et déplacements de patients. Moyennant quelques ajustements du travail facilement réalisables, une capacité de travail de 100 % est donc, à mon avis, exigible. B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitations en relation avec les troubles constatés Au plan physique : quasi nulles, tenant compte de quelques aménagements. Au plan psychique et mental : nulles. Au plan social : nulles. 2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Modérément, par la dyspnée à l'effort. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Comme évoqué ci-dessus, la capacité de travail de 100 % est pratiquement exigible. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Oui dans une pleine mesure, moyennant quelques légers ajustements de cette tâche. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? A peine, quasi nulle si l'on considère les ajustements suggérés. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Selon les données extraites du dossier, en particulier après le séjour en réadaptation respiratoire à [...], il n'y a pas d'incapacité de travail justifiée.

- 7 - 2.6 Le degré d'incapacité n'a pas évolué depuis lors, puisqu'on obtient, actuellement, les meilleures valeurs de fonction pulmonaire jamais observées depuis 2001. C. INFLUENCES SUR LE READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables, ni utiles dans ce cas. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Il suffit, selon la discussion qui précède, de quelques ajustements mineurs d'une part, d'un traitement bien conduit de l'asthme et, le plus important probablement, de la poursuite d'une activité physique régulière et modérée, telle que le suggère le rapport de sortie du séjour à [...]. 2.2 Une telle prise en charge thérapeutique est de nature à justifier une totale capacité de travail. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? Nul n'est besoin de proposer d'autres activités. [...]" Par courrier du 25 août 2010, l'assuré a contesté l'expertise du Dr G. _____, considérant qu'elle contenait de nombreuses erreurs, et a indiqué qu'il allait fournir de nouveaux rapports médicaux. Par courrier du 4 octobre 2010,

l'assuré a produit un rapport médical du 30 septembre 2010 du Dr C. _____, présenté sous forme de réponses à un questionnaire que Me Primault lui avait adressé. Ce médecin y a relevé qu'il suivait le patient depuis le 7 décembre 2000 et que le diagnostic d'asthme posé par le Dr G. _____ était correct, étant précisé que ce dernier ne relevait pas le diagnostic d'asthme sévère avec syndrome obstructif persistant. Surpris que le Dr G. _____ ait noté l'absence de diminution de la santé, le médecin traitant a retenu l'existence indéniable d'une diminution nette de la santé du patient. Il a ajouté que, contrairement à ce qu'avait évoqué le Dr G. _____, le patient n'était pas pleinement capable de travailler dans son activité d'infirmier et qu'il y avait une limitation nette pour toute activité physique, même légère, et surtout lourde comme on pouvait le rencontrer dans le travail d'infirmier. Le Dr C. _____ s'est également montré surpris par les résultats des fonctions pulmonaires obtenus par le Dr G. _____ ainsi que par la qualification du freinage expiratoire. Il a considéré en outre que le Dr G. _____ avait effectué une expertise soigneuse (examen clinique, fonctions pulmonaires complète et ergospirométrie), mais qu'il n'avait pas abordé l'atteinte broncho-pulmonaire sévère de l'assuré, qui représentait

- 8 - une limitation respiratoire indéniable et une incapacité de travail dans sa profession d'infirmier. Il n'était ainsi pas d'accord avec les conclusions de son confrère. Finalement, le Dr C. _____ a relevé que l'intéressé présentait une insuffisance respiratoire sévère sous forme d'un asthme sévère avec un syndrome obstructif sévère, ainsi que des surinfections itératives des voies respiratoires supérieures et inférieures, responsables plusieurs fois par année d'une aggravation de son insuffisance respiratoire. Selon lui, ces éléments étaient responsables d'une limitation fonctionnelle respiratoire et donc d'une incapacité totale de travailler pour un travail physique dès le 14 juillet 2008. En raison d'une dyspnée au moindre effort, le patient présentait également une incapacité totale de travailler dans une autre activité, même légère. Faisant référence au rapport médical précité du Dr C. _____, l'assuré a également fait valoir dans son courrier du 4 octobre 2016 qu'il apparaissait indispensable de mandater un nouvel expert vu les critiques extrêmement fouillées et précises que ce médecin avait faites sur le rapport du Dr G. _____. Interpellé le 4 janvier 2011 par le SMR suite au rapport du Dr C. _____, le Dr G. _____ a répliqué le 25 janvier 2011. L'expert a relevé qu'à la différence du médecin traitant, il ne disposait pas des données évolutives à propos du patient, que cet aspect avait éventuellement été sous-estimé dans son expertise et qu'il était « dès lors judicieux d'en tenir le plus grand cas ». Il a considéré que les données obtenues démontraient que l'asthme de l'assuré n'était pas de nature sévère persistante selon la définition stricte du terme. Il était persuadé que l'activité d'infirmier restait exigible moyennant les ajustements permettant d'éviter les efforts importants parfois requis, sa longue expérience en milieu hospitalier lui permettant d'affirmer que de tels ajustements étaient possibles. L'expert a ajouté qu'on aurait pu « discuter d'une modulation de la capacité de travail à la baisse et, par exemple, recommander une capacité limitée à 80 % ou moins selon les données du suivi », étant précisé qu'une incapacité complète lui paraissait disproportionnée dans cette situation particulière.

- 9 - Interpellé une nouvelle fois par le SMR, le Dr G. _____ a précisé le 31 mars 2011 que la capacité de travail médico-théorique de l'assuré dans l'activité d'infirmier était probablement de 50 % et que la capacité de travail dans une activité strictement adaptée, sans effort physique, était pour lui de 100 %. Par courrier du 12 avril 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait s'en tenir à l'expertise du Dr G. _____ s'agissant de sa capacité de

travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et maintenir le revenu sans invalidité à 92'968 francs. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'OAI a relevé qu'une formation comme employé de commerce aurait permis à l'intéressé de réduire son préjudice économique et que, compte tenu d'une exigibilité de 100 %, il aurait pu réaliser un revenu de 60'318 fr. dans cette activité. Son taux d'invalidité aurait donc été inférieur à 40 % (35 % en l'espèce) et n'aurait pas ouvert le droit à une rente d'invalidité. Un délai au 30 avril 2011 a été imparti à l'assuré pour indiquer s'il souhaitait bénéficier de mesures professionnelles. Le 29 avril 2011, l'assuré a confirmé qu'il était ouvert à d'éventuelles mesures professionnelles, précisant qu'il ne voyait pas comment celles-ci pouvaient être mises en place compte tenu du désaccord des médecins sur sa capacité de travail. Il a insisté sur la nécessité de continuer l'instruction et de mandater un expert. Par courrier du 4 mai 2011, l'OAI a estimé qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas. Il a annulé son projet de décision du 4 mars 2009, en raison de l'exigibilité de 100 % et de la reprise de la démarche de réadaptation. Un stage d'observation professionnelle a été mis en place du 5 au 30 septembre 2011 auprès de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (Orif) [...] (l'assuré a été transféré en cours de stage à [...] pour éviter l'exposition à la poussière des ateliers). L'intéressé a été mis en incapacité de travail à compter du 28 septembre 2011 par certificats médicaux des Drs C._____ et

- 10 - R._____, spécialiste en chiropratique spécialisée, datés respectivement du 29 septembre 2011 et du 3 octobre 2011. Dans un rapport final du 7 octobre 2011, le Directeur de l'Orif [...] a relevé que l'équipe d'observation n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré et qu'il leur paraissait étrange de découvrir d'aussi faibles capacités d'apprentissage, de mémorisation et de maîtrise informatique, vu le niveau professionnel de ce dernier et sa formation récente d'infirmier-chef. Etait notamment joint à ce rapport, un résumé du stage d'observation du 3 octobre 2011 du Dr K._____, médecin-conseil de l'Orif, duquel il ressortait notamment que l'observation menée avait été minimale faute de présence de l'assuré (certains jours inférieure à une heure) et qu'une tentative de réduire le temps de présence à 50 % pour tenir compte de la fatigue annoncée par celui-ci n'avait rien amélioré. Le médecin-conseil a relevé que de si faibles performances ne trouvaient pas d'explication sur le plan médical compte tenu du peu d'anomalies objectivées à l'examen physique. Selon lui, au total, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était nettement supérieure à ce qu'il avait montré. Par courrier du 25 novembre 2011, l'assuré a contesté le rapport final de l'Orif – selon lui truffé d'inexactitudes – et ses conclusions, ainsi que le rapport médical du Dr K._____ qu'il a jugé partial. Le 24 novembre 2011, l'OAI a notamment reçu un rapport médical du 18 novembre 2011 de la Dresse L._____, médecin assistante au Z._____ SA (Z._____), site de [...], où l'assuré avait séjourné du 17 octobre 2011 au 15 novembre 2011. Elle a fait état d'un asthme en partie fixé, d'une polypose nasale à traiter chirurgicalement et d'un syndrome obstructif de degré moyennement sévère. Dans un rapport médical du 9 janvier 2012 (daté par erreur du 9 janvier 2011), le Dr C._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'insuffisance respiratoire secondaire à un asthme non allergique avec syndrome obstructif de degré moyen à sévère persistant

- 11 - (depuis 2002), de surinfections respiratoires récidivantes, de rhinosinusite chronique dans le cadre d'une polypose nasale (depuis 2002), de status après AVC mineur pariétal droit avec hémisyndrome sensitif gauche et quadranopsie d'origine probablement

cardio-embolique (depuis novembre 2009) et de status après syndrome brachio-céphalique gauche secondaire à une cervicarthrose. Le médecin traitant a retenu une incapacité de travail à 100 % depuis le 14 juillet 2008, précisant que l'incapacité totale de travail était due à la limitation respiratoire et aux infections respiratoires des voies supérieures et inférieures récidivantes. L'activité habituelle n'était pas exigible et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Dans un rapport médical du 4 mai 2012, la Dresse M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dépressive mixte (F 43.22) depuis 2010. La psychiatre a observé que le patient, sans antécédents psychiatriques connus, développait une symptomatologie anxio-dépressive compatible avec un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive au sens des classifications internationales, consécutive à la péjoration de son état de santé somatique (syndrome respiratoire obstructif et AVC avec séquelles de type hémisyn-drome sensitif gauche et quadranopsie). Elle a ajouté que cette pathologie psychique ne limitait pas en soi la capacité de travail du patient mais rendait compte de l'épuisement de ses ressources susceptibles de l'aider à gérer les limitations physiques et de s'adapter, dans la mesure du possible, à une quelconque activité professionnelle. Ceci se reflétait d'ailleurs dans l'échec des mesures de réinsertion proposées par l'Orif. La psychiatre a retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle à 100 %, les limitations étant en lien avec l'affection respiratoire chronique. Dans un rapport médical du 20 août 2012, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie et médecin adjoint au Service de neurologie du Centre hospitalier E. _____, a notamment posé le diagnostic avec effet

- 12 - sur la capacité de travail d'épisodes dépressifs versus troubles de l'adaptation (anxio-dépressif) probablement depuis plusieurs années. Il a retenu que, du point de vue neurologique, la capacité de travail était totale, précisant que d'éventuelles incapacités seraient dues aux limitations fonctionnelles d'origine psychique, pas neurologique. Était notamment joint à ce rapport un courrier du Dr N. _____ au Dr C. _____ du 7 février 2012, duquel il ressortait que l'assuré avait séjourné dans le Service de neurologie du Centre hospitalier E. _____ du 27 janvier au 3 février 2012 et qui posait le diagnostic principal de troubles sensitifs à type de paresthésies au niveau de l'hémiface gauche et du membre supérieur gauche, flou visuel de l'œil gauche avec mise en observation. Par avis médicaux des 23 janvier 2012, 25 mai 2012 et 7 novembre 2012, le Dr D. _____ a considéré que les rapports médicaux précités des Drs C. _____ (9 janvier 2012), M. _____ (4 mai 2012) et N. _____ (20 août 2012) n'apportaient aucun élément nouveau, respectivement ne justifiaient pas une modification des avis antérieurs du SMR. Un programme d'orientation professionnelle complet a été octroyé à l'assuré du 14 mars au 17 mai 2013, auprès de l'Institut de psychologie de l'Université de [...]. Selon un rapport des consultations de cet institut, indexé le 27 mai 2013 par l'OAI, il était impossible pour l'assuré de réfléchir à réintégrer le monde professionnel dans quelque poste que ce soit. Dans un rapport médical indexé le 4 décembre 2013 par l'OAI, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, a posé les diagnostics de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chronique et de syndrome de canal carpien bilatéral avancé, status après cure tunnel carpien gauche (5 octobre 2012) et droite (6 septembre 2013) et traitement Plavix pour foramen ovale. Le chirurgien a ajouté que le traitement des tunnels carpiens était terminé et a retenu une incapacité de travail du 5 octobre à fin novembre 2012 (1er côté) et du 6 septembre

- 13 - au 13 octobre 2013 (2e côté). Il a relevé que les tunnels carpiens n'étaient plus responsables de l'incapacité de travail et a renvoyé le patient au Dr C._____. Dans un courrier du 6 décembre 2013 à l'OAI, le Dr Q._____ a précisé avoir oublié de mentionner la neuropathie McGowan II du nerf ulnaire au niveau de l'échancrure olécrânienne du coude gauche du patient, qui le gênait de plus en plus et compromettait partiellement sa capacité de travail, dans le sens que la main prédominante devenait de plus en plus faible, ce qui ne permettait pas de lever des charges au-delà de 5 kg. Dans un avis médical du 19 décembre 2013, le Dr D._____ a considéré que la limitation possible mise en évidence par le Dr Q._____ ne remettait pas en cause l'exigibilité entière dans une activité adaptée légère. Dans un rapport médical du 26 février 2014, la Dresse R._____ a posé le diagnostic de lombosciatalgie droite chronique, non déficitaire, sur discopathie pincée sévère L4-5, avec protrusion discale engendrant un rétrécissement foraminal bilatéral modéré en augmentation depuis 2008, sans signe de conflit radiculaire sur imagerie par résonance magnétique (IRM), arthrose postérieure inflammatoire depuis plus de 10 ans. La chiropraticienne a également relevé des restrictions physiques (pas de port de charge excédant 10 kg, pas de position maintenue en porte-à-faux et pas de mouvement répétitif en inclinaison intérieure) mais pas de restriction mentale, à part un manque de concentration secondaire aux douleurs et au manque de sommeil occasionné par ces dernières. Elle a ajouté qu'il était improbable que le patient puisse reprendre l'activité professionnelle dernièrement pratiquée à 100 %. Dans un avis médical du 10 juin 2014, le Dr D._____ a considéré que les lombalgies chroniques n'avaient pas été mises en avant par l'assuré jusque-là et qu'on pouvait admettre qu'elles entraînaient des

- 14 - limitations fonctionnelles quasiment identiques à celles admises dès 2008 par le SMR en lien avec l'atteinte respiratoire (pas de travaux lourds et pas de port de charges). Il n'y avait donc pas de raison de modifier l'exigibilité, qui restait entière dans une activité légère adaptée. Dans un rapport final du 12 juin 2014 complété par des « Calculs du salaire exigible » datés des 12 et 16 juin 2014, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a évalué le préjudice de l'assuré à 45.16 %. Il a retenu un revenu sans invalidité de 94'921 fr. 20 (selon le rapport de l'employeur indexé de 2.10 % pour 2009) et un revenu avec invalidité avant abattement de 61'238 fr. 44 (selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA : 1, niveau de qualification 4 indexé pour un horaire hebdomadaire de 41.6 heures et de 2.10 % pour 2009). Compte tenu d'un abattement de 15 % afin de prendre en considération l'âge et les années de service de l'assuré, le revenu avec invalidité a été arrêté à 52'052 fr. 67. Les activités suivantes ont été citées comme exemples d'activités adaptées : ouvrier de production en industrie légère, ouvrier de conditionnement, contrôleur qualité dans les domaines microtechnique ou mécanique, informatique, médical chimie – en salle blanche (sans poussière et stérile). Dans un projet de décision d'acceptation de rente du 16 juin 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer un quart de rente dès le 1er mars 2009. L'office a retenu qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, le 3 mars 2009, l'intéressé présentait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité professionnelle antérieure d'infirmier, mais qu'il conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (toute activité sans port de charges de plus de 5 kg, sans effort physique, sans exposition aux poussières, permettant l'alternance des positions debout et assise et sans activité en porte-à-faux du tronc). L'office a relevé qu'aucune mesure professionnelle n'aurait permis de réduire le préjudice économique, de sorte qu'il fallait procéder à une approche théorique. Il a comparé le revenu sans invalidité de 94'921 fr. 20 au revenu avec

invalidité de 52'052 fr. 65, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 45 %.

- 15 - Dans un rapport médical du 30 juin 2014, le Dr C. _____ a posé les diagnostics d'asthme éosinophilique non allergique sévère avec syndrome obstructif persistant de degré moyen à sévère (VEMS 50 % du prédit) avec nombreuses exacerbations, de polypose nasale (suspicion de maladie de Widal incomplète, rhinosinusite chronique et status post-éthmoïdectomie endoscopique bilatérale avec fronto-méaticotomie, méatotomie moyenne et sphénoïdotomie [2004 et 2011]), de bruits aux deux temps respiratoires probablement fonctionnels, de reflux gastro-œsophagien traité, de dyslipidémie, de cervicarthrose avec syndrome brachio-céphalique gauche, de status après AVC pariétal droit avec hémisyndrome sensitif gauche d'origine cardio-embolique probable (2009) et status post-fermeture du foramen ovale perméable avec shunt résiduel de grade I (2010), de lombosciatalgie chronique gauche sur hernie discale L4-L5 traitée de manière conservatoire, de fatigue musculaire, de syndrome du tunnel carpien bilatéral (status après décompression main gauche [2012] avec atrophie musculaire du thénar gauche), de neuropathie du nerf ulnaire au coude gauche opéré, d'hyperplasie bénigne de la prostate et d'état anxio-dépressif. Le médecin traitant a ajouté que, compte tenu de la sévérité de l'atteinte pulmonaire et des multiples exacerbations, une incapacité de travail à 100 % lui semblait justifiée. Par courrier du 19 août 2014, l'assuré a fait valoir que le projet de décision du 16 juin 2014 était principalement basé sur le rapport du Dr G. _____ du 30 juillet 2010, rapport qui avait été contesté à plusieurs reprises par le Dr C. _____. Il a estimé incompréhensible de retenir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, rappelant que le Dr G. _____ avait relevé une capacité de travail limitée à 80 % ou moins le 25 janvier 2011. L'intéressé a ajouté avoir effectué à ses frais une contre-expertise. Il a joint à son courrier un rapport médical sous forme de réponse à un questionnaire que le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, avait adressé le 28 juillet 2014 à Me Primault. Le spécialiste, qui avait examiné l'assuré le 22 juillet 2014, a posé les diagnostics suivants :

- 16 - "Syndrome obstructif de degré sévère associé à un piégeage gazeux et une distension probablement d'origine multifactorielle. · Asthme bronchique éosinophilique, non allergique avec : - Décompensation respiratoire récidivante dans un contexte infectieux · Rhino-sinusite chronique avec polypose rhino sinusale traitée par éthmoïdectomie bilatérale avec fronto-méatotomie, méatotomie moyenne et sphénoïdotomie (2004 et 2011) · Suspicion clinique et radiologique de dysfonction laryngée chez un patient avec : - Absence de lésion intra oïlextra-luminale au CT scan cervical (février 2014) · AVC mineur pariétal droit avec hémisyndrome sensitif gauche, quadranopsie homonyme inférieure gauche partielle et congruente d'origine cardio-embolique probable (octobre 2009). · Cervicarthrose avec syndrome brachio-céphalique gauche · Foramen ovale perméable avec fermeture percutanée (janvier 2010) · RGO traité · Dyslipidémie traitée · Douleurs et faiblesse musculaires d'origine indéterminée (secondaire aux statines ?) · Hernie discale L4-L5 traitée conservativement avec : - Lombo-sciatalgies chroniques · Etat anxio-dépressif fluctuant · Status après néphrolithiases en 2009 · Syndrome du tunnel carpien bilatéral · Hyperplasie bénigne de la prostate avec : - Prostatisme aigu en 2009 · Status après gastrite érosive en 1994" Le Dr X. _____ a par ailleurs relevé ce qui suit : "[...] 3. a. Le diagnostic d'asthme est correct. Il s'agit d'un asthme persistant sévère partiellement contrôlé selon la classification GINA (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA) b. M. J. _____ présente un syndrome obstructif de degré sévère à moyennement sévère et une limitation à l'effort de

degré sévère ce qui a été objectivé aussi à l'ergospirométrie que le Dr G. _____ a réalisé[e] le 17.06.2010. En effet monsieur J. _____ n'a pu atteindre que 80 watts (49 % du prédit) et la VO₂ max a été mesurée à 16.2 ml/min/kg (53 % du prédit). Les critères de qualité de l'ergospirométrie étaient remplis. Je conteste donc l'affirmation du Dr G. _____ qui note l'absence de diminution de la santé de M. J. _____. c. Pour calculer l'invalidité médicale théorique on se base actuellement toujours sur le mode d'évaluation préconisé par Scherrer en 1975 (1). Ce sont les résultats de la spirométrie simple qui sont utilisés ainsi que la capacité de diffusion. En présence d'un VEMS à 60 % de la valeur attendue avec une capacité de diffusion normale en l'absence de diminution des valeurs de PO₂ mais accompagnés d'une légère hypercapnie le taux d'invalidité médicale théorique se situe entre 50 et 33.3 %. Dans des situations intermédiaires une

- 17 - ergospirométrie est utile. Elle permet de déterminer la consommation maximale d'oxygène du patient. La consommation d'oxygène nécessitée par une tâche donnée ne doit en aucun cas dépasser les 40 % de la VO₂ max fournie par le sujet. Si tel n'est pas le cas le sujet ne pourra pas effectuer cette tâche à temps complet. Le 40 % de la VO₂ max fournie par M. J. _____ équivaut à 10ml/min/kg. Ceci équivaut au fait de rester en position debout ou marcher très lentement ce qui n'est pas compatible avec un travail d'infirmier. L'asthme étant caractérisé par un décours variable les résultats d'une simple spirométrie ne suffisent pas pour en apprécier le retentissement sur l'incapacité médicale théorique ni sur l'exigibilité. Il est ainsi nécessaire de tenir compte de l'importance de l'hyperréactivité bronchique (modérée chez M. J. _____), de la fréquence des crises (fréquentes) et de la lourdeur du traitement nécessaire pour tenter de stabiliser l'asthme (recours quotidiennement [à] un traitement combinant du Symbicort à posologie maximale, Singulier et fréquente utilisation de stéroïdes systémiques[]). Pour [prendre] en considération ces nombreux paramètres les directives émises par l'American thoracic society en 1993 sont d'un précieux secours (2). Elles se basent sur un système de points attribués à ces trois principales caractéristiques de gravité de l'asthme. Pour M. J. _____ je retiens un score total ATS à 3 ce qui équivaut à une invalidité médicale théorique certainement inférieure à 50 %. [...] e. Sur les fonctions pulmonaires réalisées au cabinet du Dr G. _____ le 10.05.2010 on observe un syndrome obstructif de degré léger et il n'y a pas d'hyperinflation ni de piégeage gazeux. Il s'agit des meilleures fonctions pulmonaires que je retrouve dans l'ensemble du dossier à ma disposition qui comprend [l]es différents examens du Dr C. _____, les deux hospitalisations à l'hôpital de [...] et les fonctions pulmonaires que j'ai réalisées moi-même. Ceci est étonnant si l'on [prend] en considération que les fonctions pulmonaires qu'il a répétées seulement une semaine après à l'hôpital cantonal de [...] révèlent un syndrome obstructif de degré moyennement sévère. [...] g. Selon les informations à ma disposition et après discussion avec le patient, je retiens que M. J. _____ a présenté à plusieurs reprises des recrudescences de sa dyspnée attribuées à une décompensation asthmatique sur son lieu de travail. L'effort physique intense, l'exposition à certains produits et [les] complications infectieuses ont été responsables de cette dernière. h. Lorsque j'ai examiné le patient, à l'auscultation pulmonaire le murmure respiratoire est diffusément réduit, l'expirium est prolongé, il y a des sibilances à l'expirium simple ainsi que forcé. Je retrouve en outre une respiration très bruyante, inspiratoire et expiratoire provenant du jugulum. [...] 6. L'expertise réalisée par le Dr G. _____ est complète. Une anamnèse soigneuse a certainement eu lieu, un examen clinique, un bilan fonctionnel respiratoire complet ainsi qu'une ergospirométrie. Je suis par contre frappé par la discordance entre les résultats des fonctions pulmonaires réalisées à une semaine

d'intervalle qui révèlent une fois un syndrome obstructif de degré léger et ensuite un syndrome obstructif de degré moyennement sévère.

- 18 - Je n'ai pas de claire explication à ce phénomène. Vu qu'il s'agit des seules fonctions pulmonaires avec des résultats complètement inhabituels on pourrait se poser la question s'il n'y a pas eu un problème d'identité du patient. Vu que les résultats d'une spirométrie ne peuvent pas être « surestimés » par une participation inadéquate du patient on pourrait se poser la question si un autre facteur obstructif, éventuellement d'apparition inconstante tel qu'une pathologie laryngée, peut entrer en considération. Je ne suis pas d'accord avec les conclusions du Dr G._____. M. J._____ présente un syndrome obstructif de degré sévère à moyennement sévère et la capacité à l'effort qu'il a objectivée à l'ergospirométrie est diminuée de degré sévère. Ceci représente certainement une limitation significative dans sa profession d'infirmier. Se rajoutent à ceci de nombreuses décompensations respiratoires nécessitant des cures de Prédnisone prolongées et engendrant un absentéisme important. A ceci se rajoute une bronchorrhée, un écoulement postérieur avec besoin de racler régulièrement le fond de la gorge ce qui, au vu de son activité professionnelle, représente une barrière sociale supplémentaire. 7. J'observe une discrédance entre les troubles et les limitations fonctionnelles observées et les conclusions du Dr G._____. 8. Oui M. J._____ a une incapacité de travail dans son métier d'infirmier en raison de son trouble respiratoire. 9. Incapacité totale 100 % depuis le 14.07.2008. 10. Le patient a une capacité de travail à 100 % dans une activité professionnelle qui ne nécessite aucune activité physique exception faite pour quelques brefs déplacements à pieds. Il faut toutefois tenir en considération que cette activité professionnelle doit avoir lieu à l'intérieur, à l'abri de la poussière, et qui pourrait être sujet, malgré toutes les précautions, à un absentéisme. [...]" Dans un avis médical du 17 septembre 2014, les Drs V._____ et D._____, médecins au SMR, ont relevé que le Dr C._____ estimait déjà en 2010 que la capacité de travail était nulle dans toute activité et qu'il n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux à l'appui de son estimation du 30 juin 2014. S'agissant du rapport du Dr X._____, les médecins du SMR ont retenu que le bilan des fonctions pulmonaires effectué par ce dernier confirmait l'existence d'un syndrome obstructif moyennement sévère et qu'il expliquait pourquoi il s'écartait de l'avis de l'expert G._____ en mai 2010 quand les fonctions pulmonaires étaient meilleures. Le Dr X._____ estimait que la capacité de travail était nulle dans l'activité d'infirmier, mais confirmait la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée sans efforts physiques. Les médecins du SMR ont ajouté que, le 25 janvier 2011, l'expert G._____ expliquait déjà bien

- 19 - pourquoi l'activité d'infirmier restait partiellement exigible, et qu'il n'y avait donc pas de raison de modifier leur position. Par courrier du 16 janvier 2015, l'OAI a relevé que le dossier de l'assuré avait été soumis au SMR pour appréciation après réception du courrier du 19 août 2014. Se référant à l'avis du SMR du 17 septembre 2014 annexé à son courrier, l'OAI a retenu que la contestation de l'intéressé n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position et que le projet du 16 juin 2014 devait être entièrement confirmé, précisant qu'une décision identique audit projet serait rendue.

- 20 - Par courrier du 24 mars 2015 à l'OAI, le Dr C._____ a répété les diagnostics posés dans son rapport médical du 30 juin 2014, auquel venaient s'ajouter les diagnostics de dysphonie hyperfonctionnelle possiblement aggravée par un reflux gastro-oesophagien, en traitement logopédique, de syndrome du tunnel carpien bilatéral (2012 et 2013) avec atrophie musculaire du thénar gauche et diminution de la force de préhension à gauche, de

status après transposition du nerf ulnaire gauche et de status après hospitalisation à [...] pour programme de réhabilitation respiratoire (février 2014). Le diagnostic de bruits aux deux temps respiratoires probablement fonctionnels n'était en revanche plus mentionné. Le médecin traitant a ajouté que les pathologies de l'assuré rendaient le patient incapable de travailler, même à petit pourcentage. Par décision du 17 avril 2015 (reçue le 21 avril 2015), identique à son projet du 16 juin 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité à compter du 1er mars 2009. C. Par acte du 21 mai 2015, J. _____, représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'OAI, concluant préliminairement à la mise en place d'une expertise pneumologique ou pluridisciplinaire judiciaire indépendante et principalement à l'annulation de la décision litigieuse ainsi qu'à la constatation de son droit à une rente AI fixée à dire de justice. En substance, le recourant allègue que l'OAI s'est toujours rapporté à l'expertise du Dr G. _____ qui ne reflète pas la réalité, est contredite par les autres pneumologues s'étant déterminés sur son dossier et est ancienne. Il soutient que l'office a totalement écarté de manière arbitraire l'expertise privée du Dr X. _____ qui exprime pourtant clairement sa situation médicale et dont les conclusions sont claires. Le recourant ajoute que l'OAI ne semble nullement avoir tenu compte des nouveaux diagnostics mis en évidence par les autres médecins appelés à se déterminer sur son état de santé, citant les Drs Q. _____ et R. _____. Il estime en outre que l'OAI n'a pas tenu compte des variations de son degré d'invalidité dues à des variations de son état de santé, précisant qu'il a subi plusieurs types d'atteinte à la santé et a été hospitalisé depuis

- 21 - le dépôt de sa demande de rente. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, le recourant considère qu'un abattement de 20 % au moins doit être pris en compte en raison de son âge, de son état de santé et de toutes ses limitations fonctionnelles.

- 22 - Par réponse du 31 août 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours. Par réponse du 23 septembre 2015, le recourant a soutenu que l'expertise requise était toujours d'actualité et apparaissait déterminante pour statuer en pleine connaissance de cause. Il a renvoyé à son recours pour le surplus. 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

- 23 - principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les

aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'OAI était fondé à allouer à l'assuré un quart de rente dès le 3 mars 2009. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). b) Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette

- 24 - année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % minimum (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). L'assureur social – 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est

- 25 - ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du

E. 19

août 2009 consid. 4.2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 4. a) En l'espèce, dans son expertise de juillet 2014, le Dr X. _____, mandaté par le recourant, estime que l'assuré présente un syndrome obstructif de degré sévère à moyennement sévère et que sa capacité à l'effort est diminuée de degré sévère (point 6). Il en déduit une « capacité de travail à 100 % dans une activité professionnelle qui ne nécessite aucune activité physique » et qui se déroule à l'intérieur et à

- 26 - l'abri de la poussière (point 10). Si les diagnostics posés par le Dr X. _____ diffèrent de ceux du Dr G. _____, l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est la même (cf. réponse du 31 mars 2011 du Dr G. _____ à l'interpellation de l'OAI). Le recourant fait valoir que l'OAI se serait appuyé uniquement sur l'expertise (contestée) du Dr G. _____ et aurait écarté sans raison l'expertise privée du Dr X. _____ pour rendre la décision litigieuse. A teneur du dossier, force est toutefois de constater que la décision du 17 avril 2015 de l'OAI se fonde en réalité essentiellement sur l'expertise privée du Dr X. _____, qui confirme la conclusion du Dr G. _____ s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Il est vrai que l'OAI n'invoque encore une fois que l'expertise du Dr G. _____ au stade de la décision litigieuse (cf. courrier du 16 janvier 2015), ce dont on peut s'étonner. Cela dit, le SMR s'est basé sur les conclusions du Dr X. _____ pour considérer, dans son avis médical du 17 septembre 2014, qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position, avis qui a amené l'OAI à confirmer son projet de décision du 16 juin 2014.

- 27 - Le rapport médical du Dr X. _____ étant à la base de la décision de l'OAI, il convient d'examiner sa valeur probante. Il n'est en revanche pas nécessaire de revenir sur celle de l'expertise du Dr G. _____, qui n'est pas décisive. A cet égard, on relèvera que dans le cadre de son expertise réalisée quatre ans après celle du Dr G. _____, le Dr X. _____ a effectué un nouvel examen clinique complet de l'assuré le 22 juillet 2014 et a réalisé ses propres mesures (notamment fonctions pulmonaires complètes et

ergospirométrie). Il a étudié l'ensemble du dossier (anamnèse) et en particulier l'expertise du Dr G. _____ ainsi que les avis divergents des autres médecins, dont ceux du Dr C. _____. Le Dr X. _____ est revenu sur la situation médicale de l'assuré, a discuté des avis médicaux du Dr G. _____ – il n'a pas hésité à les contester ou à souligner des divergences de résultats lorsqu'il l'estimait nécessaire – et a motivé ses conclusions de manière claire et convaincante. Il y a par conséquent lieu de reconnaître pleine valeur probante à son expertise. Le recourant a d'ailleurs lui-même déclaré que cette dernière exprimait « clairement [sa] situation médicale », qualifiant les conclusions du praticien de « claires » (cf. recours point II.B.b). b) Par ailleurs, aucun autre rapport médical figurant au dossier ne permet de s'écarter des conclusions du Dr X. _____ s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Le Dr C. _____ est le seul médecin à constamment retenir une incapacité totale de travailler de l'assuré dans toute activité, même légère, en raison de ses troubles pulmonaires. De plus, depuis 2012, il se contente de produire des listes de diagnostics et de relever que son patient est incapable de travailler sans développer les raisons pour lesquelles il y aurait lieu, selon lui, de s'écarter de la capacité de travail retenue par les autres pneumologues (cf. notamment rapports médicaux des 9 janvier 2012, 30 juin 2014 et 24 mars 2015). Son point de vue subjectif – qui procède selon toute vraisemblance de l'empathie du médecin traitant – ne peut dès lors être suivi.

- 28 - Les Dresses M. _____ et R. _____ retiennent une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (cf. rapport médical du 4 mai 2012, respectivement du 26 février 2014). Elles ne se prononcent en revanche pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, seul point véritablement pertinent dans le cas d'espèce. Le Dr N. _____ relève une capacité de travail à 100 % du point de vue neurologique, précisant que d'éventuelles incapacités seraient dues aux limitations fonctionnelles d'origine psychique alors même qu'il n'est pas spécialiste en la matière (cf. rapport médical du 20 août 2012). Par ailleurs, le seul diagnostic d'origine psychique posé par la psychiatre M. _____ est considéré comme n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail (cf. rapport médical du 4 mai 2012). Finalement, le Dr Q. _____ n'a fait état d'aucune incapacité de travail durable liée à une affection des tunnels carpiens (cf. avis médicaux des 28 novembre et 6 décembre 2013). Faute d'éléments suffisants pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr X. _____, les conclusions de ce dernier doivent être suivies. c) On relèvera encore que, contrairement à ce que soutient l'assuré dans son recours, les avis médicaux des Drs Q. _____ et R. _____ ont été pris en compte par l'OAI s'agissant des limitations fonctionnelles. En effet, les limitations fonctionnelles retenues dans la décision litigieuse – à savoir toute activité sans port de charges de plus de 5 kg, sans effort physique, sans exposition aux poussières, permettant l'alternance des positions debout et assise et sans activité en porte-à-faux du tronc – respectent tant celles relevées par le chirurgien orthopédique les 4 et 6 décembre 2013 (pas de lever des charges au-delà de 5 kg) que celles mises en évidence par la chiropraticienne le 26 février 2014 (pas de port de charge excédant 10 kg, pas de position maintenue en porte-à-faux, pas de mouvement répétitif en inclinaison intérieure).

- 29 - d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente à l'échéance du délai de carence légal d'une année à compter du début de l'incapacité, le 3 mars 2009, une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans la décision de l'OAI. 5. Il convient ensuite de vérifier le calcul du degré d'invalidité du recourant afin de déterminer le type de rente auquel il a droit. a) Selon l'art.

16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle 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 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et 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. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du

E. 23

octobre 2008 consid. 4). b) 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_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et 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

- 30 - 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 ; TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). c) Le revenu d'invalide doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 76 consid. 3a/bb ; TF 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 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 ; TF 9C_677/2015 du

E. 25

janvier 2016 consid. 3.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent 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 ; TF 9C_35/2015 du 19 août 2015 consid. 4.1 et 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2).

- 31 - Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 6 ; TF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2). d) Dans le cas particulier, l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité est l'année 2009, à l'issue du délai de carence d'un an débuté en mars 2008.

- 32 - Les revenus sans invalidité et avec invalidité (avant abattement) retenus par l'OAI dans la décision litigieuse, à savoir respectivement 94'921 fr. 20 et 61'238 fr. 44, ne sont pas contestés par le recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Le recourant semble en revanche soutenir que l'OAI n'aurait procédé à aucun abattement du revenu sans invalidité et réclame un abattement d'au moins 20 % compte tenu de son âge, de son état de santé et de toutes les limitations qu'il présente. Or, il s'avère non seulement que l'OAI a bel et bien tenu compte d'un abattement dans le cas d'espèce, mais encore que le taux de 15 % appliqué par cet office ne semble pas critiquable au vu des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service de l'assuré. En effet, les spécificités de l'activité exigible (compte tenu des limitations fonctionnelles) et l'âge du recourant ne sauraient en particulier jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales de ce dernier. Partant, elles ne justifient pas d'appliquer un taux d'abattement supérieur à 15 %, réservé aux circonstances personnelles et professionnelles particulièrement défavorables. Le revenu sans invalidité retenu par l'OAI après abattement de 15 %, à savoir 52'052 fr. 67, doit ainsi être confirmé. Au vu de ce qui précède, la comparaison du revenu sans invalidité et du revenu avec invalidité correspond à un taux d'invalidité de 45.16 %, ce qui donne droit à un quart de rente d'invalidité. Pour le surplus, on relèvera encore qu'un taux d'abattement de 20 % conduirait à un degré d'invalidité de 48.38 %, qui n'ouvrirait de toute manière pas le droit à une demi-rente d'invalidité. e) Il s'ensuit au final que c'est à raison que l'OAI a reconnu au recourant un droit à un quart de rente dès le 1er mars 2009 (art. 28 al. 3 LAI). 6. Le recourant fait encore valoir que l'OAI aurait dû tenir compte de ses hospitalisations et des opérations des tunnels carpiens qu'il a

- 33 - subies, qui selon lui ont entraîné une variation de son degré d'invalidité justifiant un accroissement de son droit à la rente puisqu'il était totalement incapable de travailler dans toute activité pendant ces périodes.

- 34 - A cet égard, la Cour observe que les périodes d'hospitalisation invoquées par le recourant (6 jours en 2009 au Centre hospitalier E._____, 19 jours en 2011 au Z._____ et 8 jours en 2012 au Centre hospitalier E._____) et les périodes d'incapacité de travail relatives aux opérations des tunnels carpiens (5 octobre à fin novembre 2012 puis 6 septembre au 13 octobre 2013) n'ont pas duré trois mois sans

interruption notable, ce qui exclut de facto tout changement déterminant de sa situation et partant toute modification de son droit à une rente d'invalidité (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] a contrario). Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner plus avant les véritables effets de ces opérations sur la capacité de travail du recourant et son degré d'invalidité. 7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). 8. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice - 35 - doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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