

VD_GERICHTE ZD18.021928 vom 18. Februar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.021928

FR: VD_GERICHTE ZD18.021928 du 18 février 2021

IT: VD_GERICHTE ZD18.021928 del 18 febbraio 2021

Erwägungen

E. 19

Le 19 mars 2015, le diagnostic principal de bronchopneumopathie chronique obstructive sévère d'origine professionnelle probable ainsi qu'une hypertension artérielle traitée, un diabète non insulino-requérant traité ainsi qu'une hypercholestérolémie traitée. A l'appui de ces diagnostics, le Dr J. _____ a notamment évoqué ce qui suit : « La présence d'une exposition professionnelle pendant plus de 30 ans à des gaz et fumées de bitume contenant des hydrocarbures aromatiques (travaux de goudronnage et d'asphaltage) rend probable l'origine professionnelle de cette BPCO chez un patient qui n'a jamais été exposé à la fumée de cigarettes (ni active ni passive) et chez qui un déficit en alpha-1-antitrypsine a été exclu. Nous recommandons donc une déclaration auprès de la SUVA, seule habilitée à poser le diagnostic de maladie professionnelle. D'un point de vue thérapeutique, nous recommandons de poursuivre le traitement symptomatique par bronchodilatateurs et d'évaluer l'indication, à une oxygénothérapie à l'effort chez un patient désaturant lors du test de marche, ainsi que sa participation à un programme de physiothérapie respiratoire ; nous vous laissons également le soin de vacciner le patient contre la grippe et le pneumocoque. La pertinence d'un screening d'un cancer broncho-pulmonaire se pose également chez ce patient exposé à des gaz et fumées, qui sont non seulement connus pour un risque de BPCO, mais également comme facteur de risque d'un cancer broncho-pulmonaire. En termes de prévention d'une aggravation de la symptomatologie, l'exposition à tout toxique respiratoire est à éviter au maximum. » Le 19 mars 2015, l'employeur de l'intéressé a rempli une déclaration de sinistre à destination de l'assurance-accident de l'assuré, en l'occurrence la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

- 3 - Le 8 juillet 2015, N. _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le médecin traitant de l'assuré, le Dr D. _____, spécialiste en médecine générale, a confirmé le 21 juillet 2015 une incapacité de travail totale dès le 24 février 2015. Pour ce médecin, les possibilités de réorientation professionnelle étaient nulles dans la mesure où son patient ne possédait aucune formation et se rapprochait de la retraite. A l'occasion d'un rapport médical du 17 août 2015 adressé à l'OAI, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a retenu les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de bronchiolite avec syndrome obstructif sévère ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil sévère. Pour ce médecin, l'activité précédemment exercée n'était plus exigible, les pathologies retenues se traduisant essentiellement sous la forme de dyspnée d'effort ainsi qu'une fatigue importante. Concernant les mesures de réadaptation, le Dr P. _____ a retenu ce qui suit : « Si une réadaptation professionnelle devait être envisagée, seule une activité ne nécessitant pas d'effort physique dans un environnement protégé ne comportant pas d'exposition à des poussières et dans des locaux chauffés et ne nécessitant pas une attention de tous les instants

peut être encore exigible». Le Dr P. _____ a cependant relevé que l'on ne pouvait vraisemblablement pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Dans le cadre de la procédure menée devant l'assurance-accident, un rapport d'examen médical a été établi le 16 novembre 2015 par le Dr B. _____, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne et médecin d'arrondissement pour le compte de la CNA. Ce médecin a confirmé le diagnostic principal de syndrome obstructif chronique sévère ainsi que des images radiologiques de bronchiolite. Les autres diagnostics connus étaient une hypertension artérielle traitée, un

- 4 - diabète non insulino-requérant et une hypercholestérolémie. Le Dr B. _____ a notamment retenu les éléments suivants : « Il s'agit d'un manœuvre ayant travaillé principalement à la construction de routes et en particulier à la mise en place de l'enrobée. Il dit avoir effectué cette activité durant de nombreux mois dans des tunnels sur de grands chantiers autoroutiers. Par conséquent, l'exposition aux fumées de bitume a certainement été significative (il se souvient qu'il était véhiculé toutes les deux heures pour se reposer à l'air libre). Il est aussi possible que la température de l'enrobée était plus élevée dans le passé parce que les recommandations récentes visent à la diminuer pour réduire la production de fumée. Il a également procédé à des fouilles, ce qui nécessitait préalablement de découper l'enrobée avec une meule à disque diamanté, opération produisant beaucoup de poussières fines. A l'époque, tous ces travaux se déroulaient sans masque de protection respiratoire. On relèvera que le patient n'a jamais fumé, ce qui renforce la piste de l'origine professionnelle. A ce sujet, des études épidémiologiques ont décrit des effets respiratoires liés à une exposition chronique avec une augmentation significative des risques d'asthmes et de broncho-pneumopathie chronique chez les travailleurs de la construction routière (ANSES : évaluation des risques sanitaires liés à l'utilisation professionnelle des produits bitumineux et de leurs additifs, septembre 2013). Nous n'avons pas trouvé non plus d'autre explication à la bronchiolite et en particulier de manifestation rhumatismale. Par ailleurs, il souffre également d'un syndrome métabolique associant hypertension artérielle, diabète, obésité et hypercholestérolémie. Enfin, il est traité pour un syndrome des apnées du sommeil par CPAP, ce qui a permis une amélioration de la somnolence diurne. Le bitume figure dans la liste des substances nocives de l'article 14 de l'ordonnance sur la loi de l'assurance accident. Par conséquent, le cas peut être reconnu au sens de l'article 9.1 LAA. L'état de santé ne peut guère être amélioré par le traitement qui est déjà optimal et intense (combinant corticothérapie per os et immunosuppresseur). La capacité fonctionnelle à l'effort est fortement réduite et il ne pourra pas reprendre son activité professionnelle physiquement astreignante. En conclusion, il s'agit donc bien d'une maladie professionnelle au sens de l'article 9.1 de la LAA (loi sur l'assurance-accident ; RS 832.20) par exposition aux fumées de bitume (les bitumes et le goudron figurent dans la Liste des substances nocives et des affections dues à certains travaux de l'annexe 1 selon l'article 14 de l'OLAA [ordonnance sur l'assurance-accident ; RS 832.202) durant plus d'une trentaine d'années avec comme élément défavorable une exposition en milieu confiné (tunnels d'autoroutes). A l'occasion d'une communication du 30 novembre 2015, la CNA a alloué des prestations d'assurance pour suites de maladie

- 5 - professionnelle, sous la forme d'indemnités journalières à hauteur de 151 fr. 20 dès le 27 février 2015. A l'occasion d'un rapport médical établi le 19 mai 2016 à la suite d'une consultation spécialisée, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a affiné les considérations diagnostiques relatives à l'intéressé. Il retenait

ainsi une bronchiolite d'origine professionnelle probable (syndrome obstructif sévère avec VEMS à 1.25 l [44% du prédit] le 17 mars 2016), des bronchectasies cylindriques basales gauches, une vaccination contre le pneumocoque en décembre 2015, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) appareillé par CPAP ainsi qu'un syndrome métabolique avec un diabète de type II non insulino-requérant, une hypertension artérielle, une obésité de stade I selon l'OMS avec un IMC à 31,8 kg/m², et finalement une hypercholestérolémie. Le Dr F._____ a ensuite décrit le tableau clinique de la manière suivante : « La situation est relativement stable depuis 1 année. Le traitement immunosuppresseur est bien toléré sur le plan clinique. Sur le plan biologique il y a une lymphopénie pour laquelle nous vous remercions de prévoir une numération des sous-populations lymphocytaires au prochain bilan sanguin. Dans l'intervalle, nous maintenons le même traitement. En ce qui concerne le traitement de fond inhalé, les techniques d'inhalations sont correctes. Afin d'améliorer le confort respiratoire et faciliter le drainage bronchique en raison des bronchectasies lobaires inférieures gauches, nous prescrivons un Flutter VRP1 et des nébulisations de sérum physiologique 1 à 2x/j. Concernant les douleurs thoraciques survenant à l'effort, une échocardiographie transthoracique datant d'avril 2015 n'avait pas révélé de dysfonction ventriculaire ni d'anomalie de la cinétique segmentaire. Compte tenu du caractère typique des douleurs et des facteurs de risques cardiovasculaires nous vous proposons d'adresser Monsieur N._____ à un confrère cardiologue pour des investigations complémentaires. Il y a une mauvaise tolérance à l'appareillage CPAP en raison de possibles événements respiratoires centraux. Une nouvelle polygraphie sous CPAP pourrait s'avérer nécessaire. Nous laissons le soin au patient de contacter notre confrère le Dr Vollenweider afin d'avancer la consultation de contrôle CPAP déjà prévue. Dans le projet d'une éventuelle greffe pulmonaire, une adaptation des apports caloriques s'impose en vue d'une perte pondérale, un IMC inférieur à 30 kg/m² étant moins associé à des complications périopératoires. Une prise en charge diététique serait utile. Nous vous proposons de l'adresser au diététicien de votre choix. En parallèle, il tentera de maintenir une activité physique régulière.

- 6 - Nous vous proposons d'espacer les contrôles sanguins à 6 semaines et vous remercions de bien vouloir nous transmettre les résultats. » A l'occasion d'un avis médical du 20 mai 2016, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), par l'intermédiaire de la Dre G._____, spécialiste en pédiatrie ainsi qu'en oncologie pédiatrique, a retenu que l'assuré était effectivement totalement incapable de reprendre son activité professionnelle. Il conservait cependant une capacité de travail entière et préservée dans une activité adaptée. Par décision du 14 juin 2016, la CNA a déclaré N._____ inapte à l'activité de manœuvre affecté à la construction des routes pour la compagnie [...] et Cie SA. Dans un projet de décision du 1er juin 2016, l'OAI, suivant la position de son service médical, a indiqué à l'assuré qu'il entendait lui refuser l'allocation de toute prestation. L'office retenait certes une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais sa capacité de travail restait entière dès le 1er décembre 2015 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'absence d'effort physique, pas d'exposition à des poussières ou locaux chauffés. Ce projet a été contesté par l'assuré en date du 23 août 2016. Du 15 mai au 3 juin 2017, sur recommandation de ses médecins traitants, l'assuré a séjourné au service de pneumologie de l'Hôpital de [...]. Un rapport de sortie a été établi le 16 juin 2017 par le Dr Y._____, spécialiste en pneumologie et la Dre S._____, médecin assistante. Ces médecins confirmaient les diagnostics précédemment posés par le Dr F._____. Les diagnostics secondaires de sclérose aortique minimale ainsi qu'une

infection tuberculeuse latente avec chimioprophylaxie ont également été mentionnés. Le Dr Y._____ a relevé des fonctions pulmonaires en légère amélioration. La physiothérapie respiratoire ainsi que le réentraînement auquel s'était

- 7 - soumis l'assuré a participé au maintien de son autonomie, notamment à la marche. Parallèlement, le Dr F._____ a également établi un rapport médical, daté au 15 juin 2017. Il a relevé le caractère irréversible de la bronchiolite oblitérante dont on pouvait attendre, au mieux, une fragile stabilité en proie à tout moment à une aggravation. L'assuré allait devoir suivre son traitement à vie. Aucune reprise du travail n'était espérée. Le 17 novembre 2017, le Dr B._____ a procédé, pour le compte de l'assurance-accident, à l'appréciation du cas de l'assuré, retenant ce qui suit : « La bronchiolite liée à l'exposition professionnelle au bitume a entraîné une insuffisance respiratoire avec une dyspnée chronique de stade II à III et le bilan pneumologique confirme un syndrome obstructif de degré sévère. Le bilan fonctionnel à la fin du séjour avait montré que l'assuré ne pouvait pas marcher à une vitesse excédant 3 km/h et effectuer une activité sur le vélo ergométrique au-delà de 15 minutes à 40 W. Dans ces conditions, on peut considérer que l'exigibilité d'une activité est pratiquement nulle. Concernant l'IpAI, vu le risque d'aggravation de la bronchiolite, on peut partir du principe que l'assuré est déclaré avec une invalidité pulmonaire de 100%, ce qui lui donne droit à un taux d'atteinte à l'intégrité de 80%. » Par décision du 22 janvier 2018, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accident compte tenu d'une incapacité de gain de 100% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en vertu d'une diminution de l'intégrité de 80%. Dans un avis médical du 21 février 2018, le SMR, par l'intermédiaire de la Dre G._____, a retenu que les différents rapports confirmaient une situation stable depuis 2015. Aucune péjoration n'était documentée. Ainsi, l'appréciation selon laquelle une activité sans effort physique était accessible à l'assuré, comme retenu par le Dr P._____ (rapport médical du 17 août 2015) et relevé dans le rapport du SMR du 20 mai 2016, restait valable.

- 8 - Par décision du 17 avril 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision précédent et refusé à l'assuré toute allocation de rente de l'assurance-invalidité. L'office retenait que sa capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'absence d'effort physique, pas d'exposition à des poussières ou locaux chauffés, et ce depuis le 1er décembre 2015. Procédant au calcul du degré d'invalidité, l'office a mis en évidence que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu de 53'588 fr. 65, correspondant au salaire de référence des hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé. En comparaison avec le revenu précédemment réalisé, soit 69'240 fr., l'OAI a conclu en un degré d'invalidité de 22,6%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. B. a) Par acte du 23 mai 2018, N._____, par l'intermédiaire de son conseil Me Claudio Venturelli, a déféré la décision précitée devant le Tribunal des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le mois de février 2016, subsidiairement à son annulation ainsi qu'à son renvoi devant l'autorité intimée. Il soutenait que l'instruction réalisée par l'OAI était insatisfaisante, et que, par conséquent, le rapport de la Dre G._____ ne pouvait être suivi. Les conclusions de la CNA, retenant une incapacité totale de travail dans toute activité, étaient au contraire fondées sur une instruction complète et convaincante. Il n'y avait absolument aucune raison de s'en écarter. b) Dans sa réponse du 16 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. L'office retenait qu'aucun praticien n'excluait la

possibilité pour le recourant d'exercer une activité respectant les restrictions formulées par les médecins consultés. En l'espèce, le marché du travail restait accessible au recourant. L'OAI relevait également que l'analyse du Dr D. _____, concluant à l'impossibilité d'un retour à la vie active de l'assuré, était essentiellement fondée sur des considérations d'âge et de formation de l'assuré, considérations qui excédaient le champ de compétence médical. Ainsi, en

- 9 - l'état du dossier, les arguments de la partie recourante ne permettaient pas de revenir sur l'évaluation précédemment posée. c) Répliquant en date du 30 octobre 2018, l'assuré a confirmé ses conclusions. Il reprochait à l'office AI d'avoir fait l'économie de l'exposé des motifs pour lesquels il y aurait lieu de s'écarter des conclusions prises par l'assurance-accident. A l'appui de sa réplique, l'intéressé a produit un nouveau rapport médical établi le 12 octobre 2018 par le Dr F. _____. Ce dernier a donné suite aux questions du conseil de l'assuré de la manière suivante : 1. De votre point de vue une activité professionnelle est-elle encore exigible compte-tenu de l'état de santé de M. N. _____ ? Comme indiqué dans notre rapport AI du 7.9.2015 et confirmé dans notre rapport à la SUVA du 15.06.2017, la capacité de travail de M. N. _____ est à notre avis nulle dans son activité habituelle. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, nous ne nous sommes pas exprimés à ce sujet précédemment. Concernant les symptômes, nous constatons en 2015 une dyspnée NYHA de stade 2 à 3. Depuis décembre 2015, nous avons constaté à 7 reprises au cours des différentes consultations médicales une dyspnée de stade NYHA 3 signifiant que le patient est confortable au repos mais présente un essoufflement au moindre effort, par exemple la marche à plat à vitesse normale. Le passage du stade 2 à 3 au stade 3 reflète une certaine aggravation de la dyspnée. Au test de marche de 6 minutes, nous constatons une désaturation en oxygène traduisant une insuffisance respiratoire à la marche. Par conséquent, aucun effort physique (déplacements, port de charges) ne peut à notre avis être exigé de M. N. _____. Par ailleurs, une activité strictement sédentaire est difficilement imaginable en pratique chez ce patient, compte tenu de son parcours professionnel, ses capacités d'adaptation et sa connaissance du français. Dans ces circonstances, nous ne parvenons pas à concevoir une quelconque activité professionnelle dans laquelle M. N. _____ aurait une capacité de travail résiduelle. En tous les cas, cette capacité de travail, même dans une activité adaptée, ne serait certainement pas entière, ou alors le rendement serait fortement réduit. La détermination précise de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée nécessiterait de connaître l'activité réelle qui lui serait éventuellement proposée. 2. En cas de réponse négative, merci d'expliquer les raisons pour lesquelles une telle activité n'est pas exigible et en quoi l'avis du Dr G. _____ ne peut être suivi. Avec une dyspnée de stade NYHA 3 et une insuffisance respiratoire à la marche, une activité professionnelle quelle qu'elle soit paraît très peu réaliste chez ce patient. Il n'a en effet pas la compétence

- 10 - pour effectuer une activité de bureau mais plutôt un travail manuel. Il est difficile d'imaginer un travail manuel qui ne nécessiterait pas de se déplacer ou porter des charges au moins par intermittence. Or, de tels efforts physiques ne sont pas exigibles dans son cas étant donné la sévérité de sa maladie respiratoire. 3. En cas de réponse positive, quelle activité, à quel taux et avec quelle diminution de rendement serait encore possible ? Ne s'applique pas. 4. Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de cette affaire ? Nous avons l'impression d'une certaine altération de fonctions cognitives chez ce patient. Nous proposons de réaliser un bilan neuropsychologique. Nous

avons évoqué ce sujet avec le patient, qui consent à faire cette évaluation. Si les capacités cognitives du patient s'avéraient limitées, cela pourrait compromettre sa capacité à effectuer un éventuel travail adapté indépendamment de la maladie respiratoire. Ceci pourrait constituer un élément nouveau dans l'appréciation du cas de M. N._____. d) Dupliquant en date du 19 novembre 2018, l'OAI a maintenu sa position. Il soulignait que des activités exercées dans l'industrie légère telle que dans la production, le conditionnement et le contrôle, lesquelles ne nécessitent pas de formation particulière, demeuraient exigibles. Les limitations fonctionnelles de l'assuré ne constituent pas d'obstacles insurmontables qui rendraient illusoire l'exercice d'une profession. e) A l'occasion de déterminations supplémentaires déposées en date du 14 décembre 2018, l'assuré a confirmé l'intégralité de ses conclusions. La CNA ayant procédé à une instruction minutieuse du cas, ses conclusions devaient être suivies. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

- 11 - (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, le juge des assurances sociales ne peut, en 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 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c). b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

- 12 - c) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. d) Dans la mesure où le Dr F._____ s'est prononcé sur une situation en grande partie antérieure à la décision litigieuse, il y a lieu de prendre en compte son rapport établi le 12 octobre 2018. Les considérations concernant l'altération des fonctions cognitives du recourant, dès lors qu'elles ont été constatées pour la première fois postérieurement à la décision attaquée, ne sauraient faire l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre du

présent litige. 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 ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

- 13 - c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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, n'est ni l'origine du moyen de

- 14 - preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) L'assurance-invalidité a pour but d'atténuer les conséquences

économiques de l'invalidité et accorde une importance primordiale à la diminution de la capacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA ; voir également le Message du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, FF 1958 II 1185 ; ATF 137 V 334 consid. 5.2).

L'invalidité est ainsi une notion avant tout économique plutôt que médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe en principe d'évaluer. Ce constat a pour corollaire que le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle établi par le médecin (voir ATF 110 V 273 consid. 4a et la référence). b) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 ces revenus 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 (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30). c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante,

- 15 - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; voir également TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références et arrêt I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.5). d) Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si 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 encore 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 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 publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). 6. a) En l'espèce, l'incapacité de travail du recourant, arrêtée au

E. 24

février 2015, a donné lieu à une instruction médicale exclusivement diligentée par la CNA au titre d'une maladie professionnelle, au sens de l'art. 9 LAA (loi sur l'assurance-accident

; RS 832.20). L'OAI n'a procédé à aucune mesure d'instruction propre, se bornant à requérir et interpréter les pièces du dossier de la CNA, à l'exclusion de tout examen clinique.

- 16 - Dans ce contexte, on observe que l'OAI a fait siennes les conclusions de l'assureur-accident quant à la reconnaissance de la maladie professionnelle, dont le diagnostic est dûment posé et motivé. Par ailleurs, le suivi clinique du patient et l'impact de la maladie sur son état de santé en termes de limitations fonctionnelles sont documentés avec précision par des médecins spécialistes, qui se sont prononcés au long cours, lege artis et sur la base de consultations cliniques. Ainsi, l'OAI convient, à compter du 24 février 2015, d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle, dont la reprise est à l'évidence exclue. Le litige tient dès lors au renvoi par l'intimé, contrairement aux conclusions de l'assureur-accident, à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ceci à compter de décembre 2015, période réputée correspondre à une stabilisation du cas sur le plan médical. Seule la Dre G. _____ du SMR est de cet avis, fondant ainsi la décision litigieuse sur son interprétation des rapports médicaux dont elle a pu disposer. La position de l'intimé et du SMR ne résiste pas à l'examen des pièces versées au dossier b) Concernant en premier lieu la prétendue stabilisation de l'état de santé du recourant depuis l'année 2015, la Dre G. _____, qui n'est pas spécialiste en pneumologie, fonde son avis en extrayant des rapports médicaux établis par les spécialistes pneumologues, qui se sont prononcés au long cours sur le cas, certaines données factuelles (observation comportementale de l'assuré, à la marche ou à l'effort) ou techniques (saturation en oxygène, évaluation de la dyspnée) pour substituer aux conclusions de ces spécialistes sa propre appréciation du cas. On observe cependant que les avis et rapports médicaux successivement rendus par le Dr F. _____, ceci dans le cadre d'un suivi thérapeutique spécialisé au long cours font état d'une stabilité que l'on pouvait au mieux espérer, une aggravation pouvant au contraire intervenir à tout moment (rapport médical du 17 juin 2017). La médication a en outre dû être constamment adaptée. Enfin, dans son rapport motivé du 12

- 17 - octobre 2018, le Dr F. _____ fait état d'une dégradation de l'état de santé du recourant, en particulier de sa dyspnée, passant d'un stade 2 à 3, à un stade 3. Il apparaît ainsi que, dans le cadre d'une atteinte réputée irréversible et dont l'évolution était imprévisible, l'avis du SMR ne discute pas les prises de positions du Dr F. _____ telles que reprises par la CNA de manière à fonder médicalement une stabilisation de l'état de santé du recourant dès le mois de décembre 2015. c) Concernant la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la Dre G. _____ déclare se rapporter à l'appréciation du Dr P. _____ du 17 août 2015, lequel retenait que seule une activité ne nécessitant pas d'effort physique, dans un environnement protégé, ne comportant pas d'exposition à des poussières, dans des locaux chauffés et ne nécessitant pas une attention de tous les instants, pouvait encore être exigible. Or, en premier lieu, il sied de relever que le Dr P. _____, dans cette appréciation du 17 août 2015, se prononce au conditionnel et de manière assez succincte quant à l'éventuel exercice d'une capacité résiduelle. Aucun taux d'activité ni aucune diminution de rendement n'est abordée. De plus, ce médecin souligne que la reprise d'une activité professionnelle n'allait vraisemblablement pas être possible. L'existence d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée est également contestée par le Dr B. _____, médecin d'arrondissement pour la CNA, qui exclut pratiquement l'exigibilité d'une reprise d'activité.

Ces considérations ont été partagées par le Dr F. _____, qui estime qu'avec une dyspnée de stade NYHA 3 et une insuffisance respiratoire à la marche, une activité professionnelle quelle qu'elle soit s'avère irréaliste. N'ayant pas de compétence pour effectuer une activité de bureau, le recourant devrait ainsi reprendre un travail manuel impliquant nécessairement des déplacements ainsi que le port de charge, activités incompatibles avec ses limitations fonctionnelles. Ces conclusions ont été reprises par l'assurance-accident dans sa décision d'allocation d'une rente, précisément fondée sur une incapacité de gain de 100% dans toute activité.

- 18 - En l'occurrence, la Dre G. _____ ne saurait être suivie en faisant l'économie d'une analyse des conclusions médicales divergentes versées au dossier. Les prises de positions du SMR, succinctes, ne contiennent pas d'éléments médicaux probants justifiant de s'écarter de la position du Dr B. _____ ou de celle du Dr F. _____, et, plus généralement, celle de l'assurance-accident, qui, rappelons-le, a procédé à l'ensemble de l'instruction. Ainsi, contrairement à la position de l'intimé, on ne saurait tenir pour établi, au stade de la vraisemblance prépondérante, que le recourant dispose effectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Néanmoins, les avis médicaux versés au dossier ne permettent pas d'avantage d'exclure l'existence d'une capacité de travail résiduelle, et, dans ce cas, de la quantifier. Si les pièces médicales versées au dossier sont nombreuses, aucune ne se prononce de manière claire, complète et circonstanciée sur la problématique de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, comme le relève d'ailleurs le Dr F. _____ dans son dernier rapport du 12 octobre 2018. Méritant donc de faire l'objet d'une instruction complémentaire de la part de l'intimé, cette question peut toutefois rester ouverte. En effet, même en présence d'une capacité de travail résiduelle théorique, celle-ci ne saurait être exploitée sur le marché du travail. 7. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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 (TFA

- 19 - I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du

E. 25

janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui,

à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

- 20 - Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.1). b) En l'espèce, la date déterminante pour examiner si un reclassement professionnel de l'assuré est encore exigible est celle de l'avis médical du 21 février 2018 établi par le SMR, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant, né en 1957, était âgé de 61 ans à ce moment-là. Il a fait toute sa carrière, de 1978 à 2015, dans la même entreprise, [...] & Cie SA, sans autre expérience professionnelle que celle de manœuvre dans le domaine du bitumage de route. Il n'a ainsi acquis au cours de sa vie professionnelle aucune formation ou expérience qu'il serait en mesure de mettre directement en valeur dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'exercice d'une nouvelle activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – soit l'absence d'effort physique, d'exposition à des poussières ou locaux chauffés –, impliquerait par conséquent une reconversion dans un environnement professionnel totalement nouveau, dans le domaine administratif, nécessitant des ressources adaptatives qui font manifestement défaut. On constate en tout cas que dans ce contexte particulier, l'office intimé n'a, contrairement à ce que prévoit la jurisprudence, à aucun moment proposé au recourant de le soutenir concrètement dans la recherche d'un emploi approprié, le convoquant tout au plus à une séance d'information (cf. TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Si, dans le cadre de la comparaison des revenus, l'office intimé a certes vaguement défini un certain nombre d'activités qu'il estimait adaptées – des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) –, on peut raisonnablement douter de l'adéquation de ces

- 21 - dernières avec les limitations fonctionnelles du recourant, s'agissant d'exercer des tâches physiques. Ainsi, compte tenu de l'âge, de l'absence de formation, de la difficulté d'expression et du manque de faculté d'adaptation du recourant, on peine à imaginer qu'un employeur consente objectivement à l'engager. En effet, aucun employeur sur le marché du

travail n'aurait recours aux services d'un ouvrier en aussi mauvaise santé, présentant de graves risques à l'effort physique comme au déplacement, sans formation ni capacité d'adaptation, proche de l'âge de la retraite et dont le rendement au travail est des plus incertain. Dans ces conditions, en application de la jurisprudence rappelée ci-dessus, il convient de conclure que le recourant n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail. 8. a) Par conséquent, dans la mesure où le recourant ne peut plus exploiter une hypothétique capacité résiduelle de travail, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel, ceci à compter du 24 février 2015. Cela conduit à l'admission de ses conclusions par la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er février 2016, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI) et l'échéance de la période de six mois à compter de la date à laquelle le recourant a fait valoir son droit aux prestations, soit le 8 juillet 2015 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'admission du recours emporte la réforme de la décision attaquée dans ce sens. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de

- 22 - participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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