

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Brillard
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Denis Weber, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, a appris la profession de peintre en carrosserie, sans obtenir de certificat fédéral de capacité. Dès octobre 1995, il a été représentant en produits capillaires pour le compte de la société [...] SA. Le 7 novembre 2002, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à une orientation professionnelle ainsi qu'un reclassement dans une nouvelle profession, précisant quant au genre de l'atteinte "allergie aux yeux avec gonflement fortes irritations rougeurs et très douloureux".

Selon le questionnaire pour l'employeur du 20 novembre 2002, l'assuré avait un salaire mensuel brut de 5'348 fr., auquel s'ajoutaient des frais de voyage par 500 francs.

Dans un rapport médical du 21 novembre 2002 à l'OAI, le Dr W._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de blépharo-conjonctivite chronique sans composante allergique et de rosacée oculaire marquée. L'incapacité de travail était de 100% du 1^{er} octobre 2002 au 14 décembre 2002. Le patient présentait une rougeur oculaire marquée bilatérale associée à une forte irritation oculaire, manifestation qui recommençait chaque fois qu'il était exposé à des agents volatils lorsqu'il visitait les salons de coiffure en qualité de représentant pour [...] SA; l'irritation oculaire disparaissait pendant les périodes de vacances. Le traitement avait débuté le 5 avril 2001 et des mesures professionnelles étaient indiquées; il était souhaitable que l'assuré exerce une autre profession, ne l'exposant pas à des volatils professionnels. Le Dr W._____ précisait encore que son patient avait également dû abandonner la profession de carrossier.

Selon l'extrait du compte individuel établi par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, l'assuré avait réalisé un revenu de 79'096 fr. en 2000 et de 79'354 fr. en 2001.

Le 10 décembre 2002, le Dr D._____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique, a diagnostiqué une conjonctivite chronique non allergique sur dysfonction mébomienne, rosacée oculaire et irritation d'origine professionnelle, pathologie existant depuis plus de dix ans. Le patient avait été en arrêt de travail à 75% du 20 août 2001 au 3 septembre 2001, puis à 100% du 26 août 2002 au 23 septembre 2002 et dès le 30 septembre 2002. Les facteurs qui favorisaient l'irritation oculaire étaient la fumée, les poussières, les courants et l'exposition aux aérosols de produits capillaires. Il constatait que la situation s'améliorait lors des périodes d'arrêt de travail et s'aggravait à la reprise d'activité. Le Dr D._____ proposait un changement de profession.

Selon la fiche d'examen du dossier n° 1 datée du 25 septembre 2003, la nécessité d'une reconversion professionnelle et d'une aide au choix d'une nouvelle activité adaptée se justifiaient pleinement.

Par décision du 14 mai 2004, l'OAI a pris en charge les frais d'orientation de l'assuré auprès de [...] SA du 1^{er} avril 2004 au 14 mai 2004.

Dans un rapport médical du 29 juin 2004 à l'OAI, le Dr W._____ a diagnostiqué une conjonctivite récidivante bilatérale ainsi qu'une rosacée oculaire. L'incapacité de travail était de 100% du 1^{er} octobre 2002 au 19 septembre 2004 comme représentant en produits capillaires, mais de 0% pour les autres professions. Il suggérait que soit tentée une reconversion professionnelle dans un milieu où le patient ne serait pas exposé à des toxiques. Selon l'annexe au rapport médical du même jour, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une activité normale, pour autant qu'il n'ait pas d'exposition à des toxiques ou des allergènes qui pourraient péjorer la situation.

L'assuré a été convoqué le 27 septembre 2004 auprès du Centre d'Intégration Professionnelle (ci-après: CIP) pour une visite.

Par décision du 15 octobre 2004, l'OAI l'a informé qu'il avait examiné le droit à des mesures professionnelles et que les conditions d'octroi étaient remplies. Il prenait dès lors en charge les frais d'une orientation professionnelle auprès du CIP.

Le 11 février 2005, l'OAI a transmis un rapport intermédiaire à sa division administrative, dont la teneur était la suivante:

"Le stage au CIP échéant le 13 février 2005, le centre nous a adressé la demande de prolongation que vous trouverez en annexe.

Les 3 premiers mois dans la section OSER Tertiaire ont permis de dégager des orientations telles que conseiller en personnel, conseiller-représentant de produits. En effet, au vu de son ancienne profession, il possède déjà de bonnes connaissances et a un bon potentiel pour suivre un complément de formation théorique. Un stage de conseiller en personnel est en cours afin de vérifier l'adéquation du choix et s'il s'avère positif, un engagement pourrait être envisagé. La prolongation au CIP visera à mettre sur pied un projet et pourra être interrompue dès qu'une solution aura été trouvée.

Au vu de ce qui précède, nous vous proposons de prolonger la mesure en cours de trois mois, soit jusqu'au 16 mai 2005 [...]."

Par décision du 28 février 2005, l'OAI a pris en charge les frais d'orientation professionnelle auprès du CIP du 14 février 2005 au 16 mai 2005.

Selon la synthèse du rapport OSER du CIP du 28 février 2005, le rapport d'observation professionnelle a conclu à la possibilité de reclasser l'assuré dans le circuit économique normal, dans une activité de type tertiaire, à plein temps.

La synthèse du rapport du CIP du 9 juin 2005 relevait notamment ce qui suit:

"D'autres stages ont été recherchés. M. B. _____ effectue un stage en qualité de représentant technico-commercial pour une entreprise de rénovation de fenêtres. Ce stage se déroule bien, tant du point de vue de l'assuré que de celui du patron, qui relève les bonnes aptitudes relationnelles et le bagage antérieur de M. B. _____ dans ce type d'activité. Concernant l'atteinte invalidante, cette orientation est parfaitement adaptée: l'assuré n'est pas en contact

avec des produits allergènes, il n'est pas soumis à des conditions de travail qui pourraient lui poser problèmes; l'utilisation de l'outil informatique est occasionnelle."

Par décision du 24 juin 2005, l'OAI a informé l'assuré qu'il verserait les indemnités journalières du 17 mai 2005 au 31 octobre 2006 durant la formation pratique de représentant effectuée auprès de [...] Sàrl.

Selon l'entretien-bilan de stage du 28 septembre 2006, l'assuré ne pouvait être engagé au terme de sa formation dès lors que le responsable de l'entreprise n'avait pas assez de travail à lui confier. Ce dernier a expliqué que s'il avait suffisamment de travail au sein de l'entreprise, il rémunérerait l'assuré entre 4'000 et 4'500 fr. par mois, plus 2% de commission sur les ventes. A cette occasion, l'assuré expliquait que le problème de base était toujours présent, savoir des allergies, des maux de tête et des problèmes d'yeux. L'OAI l'a invité à s'inscrire au chômage.

Dans le rapport médical du 2 novembre 2006 à l'OAI, le Dr W._____ a diagnostiqué une conjonctivite bilatérale avec dysfonction meibomienne bilatérale. Il a relevé que son patient travaillait actuellement à 100% de mai 2005 à octobre 2006. Ce praticien observait que dans la mesure où l'assuré avait pu travailler plus d'une année dans une entreprise de vitres, il devrait poursuivre une activité dans ce domaine. Toutefois, de façon à essayer de mieux préciser son irritation oculaire, il faudrait également envisager des investigations spécialisées en faisant une expertise en milieu universitaire pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'allergie sous-jacente. Il notait que le stage de réinsertion professionnelle avait été relativement bien supporté puisqu'il n'avait pas revu son patient dans l'intervalle. Lorsqu'il l'avait revu, il lui avait signalé des épisodes d'exacerbations de gênes oculaires qu'il avait traités lui-même par une automédication avec de l'Efemoline. La capacité de travail raisonnablement exigible était de 100%.

Interpellé par l'OAI, l'ancien employeur de l'assuré lui a fait savoir le 22 novembre 2006 qu'il ne lui était pas possible d'indiquer quel

serait le salaire réalisé par celui-ci en 2006 s'il avait poursuivi son activité pour le compte de l'entreprise [...] SA.

Selon le rapport intermédiaire du 6 décembre 2006 à la Division administrative, l'OAI retenait un salaire sans invalidité de 82'549 fr. en 2006 après indexation. Il retenait en outre un salaire annuel moyen avec invalidité de 66'000 fr. en 2006, compte tenu des informations fournies par le responsable de [...] Sàrl, savoir un salaire de 4'250 fr. par mois, servi douze fois, plus 15'000 fr. de commissions.

L'avis médical établi le 19 juin 2007 par le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), avait la teneur suivante:

"Assuré présentant une conjonctivite chronique et une rosacée oculaire bilatérale rendant impossible tant son métier initial (peintre en carrosserie) que celui dans lequel il a, effectivement, le plus souvent travaillé (représentant en produits cosmétiques chez les coiffeurs, en raison de l'intolérance oculaire aux poussières et particulièrement aux solvants).

Déclaré en incapacité de travailler dans ces métiers par son ophtalmologue, le Dr W._____, l'assuré a été suivi en REA et plusieurs places dans des milieux adaptés ont été testées, notamment un stage de conseiller en personnel mais il supporte difficilement le travail à l'écran et à la lumière et, le dernier en date, comme représentant dans le cadre d'une fabrique de fenêtres en PVC, sans exposition à l'atmosphère des ateliers, s'est également soldé par un échec, les yeux de l'assuré étant toujours enflammés et larmoyants.

Son ophtalmologue lui aurait conseillé de stopper les collyres cortisoniques, mais, en raison de la gêne intense et intolérable consécutive, l'assuré les a repris sans consultation médicale ultérieure.

Actuellement les possibilités de REA sont épuisées, l'état de santé de l'assuré ne pouvant pas être adapté à une place de travail et, de ce fait, nous avons suspendu la mesure (l'assuré s'est inscrit au chômage) et questionné le Dr W._____, en l'informant de l'évolution très défavorable de ce status oculaire.

Le Dr W._____ estime que l'état de santé de son patient est stationnaire et, ne l'ayant pas revu depuis une année, pendant la reconversion professionnelle et, ne mettant en évidence au contrôle qu'une vision de 10/10° normale bilatérale avec correction et un status inflammatoire modéré, il conclut que le nouveau travail était

adapté et il maintient l'exigibilité à 100% dans une activité dans un milieu exempt de poussières et d'allergènes.

Les nouvelles recherches en matière d'allergie n'ayant pas fourni de résultat, les allergènes ne sont pas à rechercher et l'assuré peut, selon les conseils du Dr W._____, soigner ses yeux par collyre hydratant régulièrement et utiliser un collyre à base de cortisone en réserve si l'inflammation reprend le dessus.

L'exigibilité dans une telle activité adaptée est et demeure donc à 100%."

Le 26 octobre 2007, l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du Dr C._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, adressé au Dr D._____ le 27 août 2007. Sous le chapitre "appréciation" du rapport, le Dr C._____ relevait ce qui suit:

"Je pense que ce n'est pas une problématique allergique qui est à la base du problème chez M. B._____.

Je pense que le diagnostic de travail à retenir dans cette situation est celui d'une rosacée oculaire. En effet il n'y a pas beaucoup de signes au niveau de la peau des paupières, mais on trouve des télangiectasies sur le nez.

La première chose que j'ai dit au patient c'est que nous n'arriverons pas à régler ce problème. Notre ambition doit tendre à réduire au minimum la symptomatologie avec un traitement acceptable pour le patient.

D'une part je pense qu'il est important de réduire le nombre de bactéries au niveau des yeux ddc, raison pour laquelle je préconise du Fucithalmic monodose 1x/soir pendant 12 jours tous les mois.

En ce qui concerne le problème oculaire de rougeurs et le problème palpébral, je pense qu'effectivement le seul médicament qui puisse nous être utile est l'Efemoline®. L'avantage est que c'est un corticoïde qui ne pénètre pas à l'intérieur de l'œil et ne représente donc pas un danger important du point de vue glaucome. Néanmoins il faudra contrôler régulièrement la pression et les nerfs optiques chez ce patient. [...]"

Dans un projet de décision du 22 août 2007, l'OAI a constaté la réussite des mesures professionnelles, retenant en substance ce qui suit:

"Vous avez déposé une demande de prestations le 12 novembre 2002. Vous avez travaillé auprès de [...] SA en tant que conseiller de vente mais cette activité n'est plus adaptée à votre état de santé. Selon les pièces médicales en notre possession vous avez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à votre état de santé, tenant compte des limitations fonctionnelles: pas d'exposition à de

hautes densités de poussières ou substances volatiles. C'est pourquoi vous avez bénéficié de mesures professionnelles. Vous avez accompli avec succès votre formation pratique de représentant. Dans votre ancienne activité votre revenu annuel était de Sfr. 82'549.-. A la suite de votre formation, vous pouvez prétendre à un revenu annuel de Sfr. 66'000. Ne subissant pas de préjudice économique d'une certaine importance ouvrant le droit à la rente, vous êtes reclassé à satisfaction."

Par décision du 28 février 2008, l'OAI a confirmé le projet de décision du 22 août 2007. Le même jour, l'OAI a adressé à l'assuré un courrier aux termes duquel il notait notamment que le rapport du Dr C. _____ du 27 août 2007 n'apportait aucun élément nouveau.

B. Par acte de son mandataire du 10 avril 2008, l'assuré a recouru contre la décision du 28 février 2008, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est accordée, et subsidiairement au renvoi de la cause pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir que la poussière le fait pleurer, que le rapport du Dr C. _____ du 27 août 2007 est succinct, et qu'il manque une investigation générale sur sa situation. Il requiert ainsi une expertise interdisciplinaire de son état de santé.

Dans un avis médical du 28 février 2008, le Dr H. _____ du SMR a relevé qu'aucun nouvel élément médical n'avait été apporté depuis l'avis médical du SMR du 19 juin 2007, pouvant permettre de changer l'appréciation de ce service en ce qui concernait la capacité de travail. L'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans sa réponse du 25 juin 2008, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans sa réplique du 21 juillet 2008, le recourant fait valoir que le rapport du SMR du 19 juin 2007 comporte des contradictions, qu'il n'est pas compréhensible qu'il ait dû arrêter de travailler en 2004 alors qu'il avait une expectative intéressante d'emploi, qu'il n'est pas exigible qu'il travaille à 100%, retenant, "pour les besoins du recours", une capacité de

travail de 80%. Il conteste en outre le revenu avec invalidité de 66'000 fr., estimant que l'OAI aurait dû se fonder sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Il relève que sa limitation fonctionnelle a un effet sur sa capacité de gain, qu'elle a été abusivement niée par l'autorité intimée et qu'un abattement de 10 à 15% sur le revenu d'invalidité aurait dû être opéré. Il en déduit que pour un temps complet, en admettant le revenu annuel de 66'000 fr., montant au demeurant contesté car trop élevé, avec une déduction de 15%, ainsi qu'en tenant compte d'un emploi à 80%, le revenu d'invalidité serait de 44'480 fr. (respectivement de 56'100 fr. à plein temps). Il conteste également le revenu sans invalidité, qu'il arrête à 86'589 fr. en 2008, auquel il ajoute 10% "à titre d'augmentation de salaire", parvenant à un revenu sans invalidité de 92'247 francs. Il conclut que la comparaison des revenus permet de fixer le taux d'invalidité à 51,34% et que le droit à une demi-rente est ouvert.

Par duplique du 1^{er} octobre 2008, l'OAI relève que c'est sur la base des conclusions du Dr W._____ que le SMR a, à son tour, conclu à une capacité entière dans une activité adaptée. Il note encore que la diminution de la capacité de travail ou de rendement requise par l'assuré n'est pas médicalement justifiée. Il insiste enfin sur le fait que l'assuré est parvenu au terme de sa formation pratique de représentant, raison pour laquelle l'office s'est fondé sur le revenu qu'il pourrait réaliser en mettant en valeur cette profession. L'année de référence est en l'occurrence l'année 2006, soit l'année d'ouverture du droit potentiel à une rente.

Le recourant a encore formulé des observations le 10 octobre 2008, se référant à un rapport du 14 juillet 2008 du Dr D._____, qui relevait notamment ce qui suit:

"On sait donc que la pathologie oculaire de ce patient est très chronique, qu'elle peut être soulagée seulement par un traitement local que le patient connaît bien. Cela n'empêche malgré tout pas des accès d'érythèmes et de brûlures conjonctivales aiguës. Ceux-ci peuvent être favorisés par divers irritants non spécifiques déjà mentionnés et surviennent aussi souvent sans facteur favorisant identifiable. Il est indéniable que cette pathologie oculaire induit une fatigabilité nettement accrue, un inconfort parfois difficilement compatible avec la poursuite du travail, l'impossibilité de regarder un écran de façon continue. Tout ceci a des répercussions sur la

rentabilité et sur la capacité de gain. Je suggère que l'avis du Docteur C. _____ soit requis pour quantifier cette réduction de la capacité de gain. Il pourra également donner son avis autorisé sur les professions qui lui sont déconseillées.

Monsieur B. _____ a toujours montré clairement sa volonté de travailler. Son handicap oculaire et l'absence de reconnaissance d'une limitation de sa capacité de gain a clairement entraîné une précarisation sociale dont il n'est pas responsable.

Je suggère fortement que l'office AI considère la prise en charge de ce cas."

Dans ses déterminations du 5 novembre 2008, l'OAI relève que le document produit n'apporte aucun élément qu'il n'aurait pas pris en compte dans le cadre de son appréciation de la capacité de travail du recourant. L'office intimé rappelle que l'atteinte oculaire du recourant n'est pas contestée. Selon ses constatations, celle-ci l'empêche d'exercer son ancienne activité, laquelle n'est clairement pas adaptée aux limitations fonctionnelles qui découlent de cette atteinte. Par contre, dans une activité ne demandant pas d'exposition à de hautes densités de poussières ou d'agents volatils, sa capacité de travail a été jugée comme entière. Il en résulte une limitation de la capacité de gain de l'ordre de 20%, n'ouvrant pas droit à des prestations sous forme de rente.

Par ordonnance du juge instructeur du 27 juillet 2009, les parties ont été informées qu'une expertise judiciaire serait mise en œuvre.

Le 29 janvier 2010, le recourant a encore produit deux pièces, savoir un courrier du 6 mars 2001 du Dr T. _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, au Dr W. _____, ainsi qu'un rapport du Dr V. _____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, au Dr D. _____ du 11 octobre 2002. Il a indiqué à cette occasion qu'une expertise était dès lors inutile. Le Dr T. _____, qui mentionnait suivre l'assuré depuis 1997, indiquait que tout avait été tenté chez ce dernier. Le Dr V. _____ relevait quant à lui qu'aucune des sensibilisations suspectées, tant aux préparations oculaires qu'aux produits volatils auxquels l'assuré était exposé à son travail, n'avait pu être démontrée par les tests épicutanés extensifs. Le lien de causalité avec une maladie professionnelle était qualifié d'improbable.

Le 25 février 2010, l'OAI a relevé que les rapports des Drs T._____ et V._____ ne répondaient pas aux questions qui seraient posées à l'expert.

L'expert a été désigné le 26 juillet 2010 en la personne du Prof. J._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, lequel a accepté sa mission le 26 août 2010. Il a indiqué qu'il s'adjoindrait les services d'un dermatologue, savoir le Dr Q._____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie.

Dans son rapport à l'expert principal du 18 décembre 2010, le Dr Q._____ a relevé qu'il n'avait pas de signes objectifs pour une rosacée cutanée, et ne pouvait se prononcer sur le diagnostic de rosacée ophtalmique.

Dans son rapport d'expertise du 12 avril 2011, le Prof. J._____ a notamment retenu ce qui suit:

"3. Indications données par le recourant

Le recourant, M. B._____, explique que l'état de ses paupières est exacerbé par les émanations des substances chimiques volatiles utilisées pour les travaux de carrosserie; c'est ce qui l'a contraint à quitter sa profession de carrossier. C'est pour cette même raison qu'il n'a pas pu continuer son travail de représentant en produits cosmétiques. Il est, d'autre part, incommodé par un travail prolongé à l'ordinateur. Il travaille actuellement de façon irrégulière, à taux variable.

4. Quels sont les troubles présentés par le recourant (Diagnostic si possible selon la classification ICD-10)?

L'examen clinique confirme que le recourant est atteint d'une rosacée oculaire de forme vasculaire (voir B. Cribier, in J.-H. Saurat et al. «Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles», 5^e édit., Masson, Paris, 2008, chap. 17.2. p. 859 et svt.); elle s'accompagne d'une meibomite chronique (dysfonctionnement des glandes palpébrales de Meibomius).

La blépharo-conjonctivite et la meibomite ont été constatées dès les bilans ophtalmologiques de 2002 et confirmées par les examens des Drs D._____ (14 juillet 2008) et C._____ (27 août 2008 [recte: 2007]). Selon les comptes-rendus de ces examens, le status palpébral et conjonctival est resté sensiblement identique, y compris en ce qui concerne les exacerbations en présence de produits irritants.

5. Quel est l'origine de ces troubles?

Au stade I «la rosacée est une affection primitivement vasculaire» (ibid.); elle favorise la survenue d'infections locales chroniques.

6. Les troubles du recourant sont-ils de nature à empêcher l'activité de représentant totalement ou partiellement? — selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Après avoir abandonné le travail de carrossier, le recourant a été représentant pour des produits cosmétiques; dans les deux cas les émanations volatiles exacerbent la gêne palpébrale. Ce n'est donc pas le travail de représentant en lui-même qui est à l'origine de la gêne ressentie depuis une vingtaine d'années, mais la nature des produits représentés ou manipulés.

M. B. _____ a éprouvé la même gêne lors d'un travail prolongé à l'ordinateur; cela peut s'expliquer par l'insuffisance de la sécrétion lacrymale: cette insuffisance devient sensible dans l'atmosphère très sèche des locaux où sont habituellement installés les ordinateurs (locaux fermés, avec chauffage sans humidificateur); d'autre part lors de la fixation de l'écran, la fréquence du clignement palpébral est diminuée, ce qui réduit l'humidification de la surface oculaire.

7. Quelles sont, sur le plan médical, les activités adaptées? en cas d'empêchement partiel dans une activité adaptée, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Les activités du secteur tertiaire à l'abri d'émanations volatiles irritantes sont compatibles avec l'état de santé du recourant (Rapport intermédiaire du 11 février 2005). Sachant que l'affection dont est atteint M. B. _____ constitue une gêne effective, on peut estimer qu'elle réduit la capacité de travail à 80%, quelle que soit le type d'activité exercée dans un environnement approprié.

Un travail nécessitant l'utilisation intermittente d'un ordinateur dans un tel environnement est envisageable.

8. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative? dans l'affirmative: quelles sont ces mesures ? quel genre d'activité et à quel taux?

L'affection dont est atteint le recourant étant chronique, elle nécessite des soins continus d'hygiène palpébrale, d'applications locales d'anti-infectieux et d'anti-inflammatoires (traitement classique souvent prescrit en pratique ophtalmologique). Ces mesures doivent être permanentes et régulières, ce dont le recourant a pris conscience; leur fréquence quotidienne doit être adaptée à l'état du moment (une à trois fois par jour, ± au coucher, par exemple). Elles sont à même de soulager le recourant et de lui permettre d'exercer une activité rémunérée régulière.

9. Peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail? dans l'affirmative: quelles sont ces mesures? quel genre d'activité et à quel taux? dans la négative, pour quelles raisons?

Voir question 7. Le choix du type de travail est décisif. M. B. _____ a déjà effectué un stage d'observation professionnelle du 8 novembre 2004 au 16 mai 2005 au C.I.P. -OSER Tertiaire: «Les orientations ressorties lors du bilan Oser (ont été) les suivantes: Conseiller en personnel. Conseil et représentation de produits.

Technico-commercial. Tertiaire.» (16 mai 2005). Selon les rapports de stage, le recourant a fait preuve de bonnes capacités professionnelles et a montré de l'intérêt pour sa réadaptation professionnelle.

Une formation en entreprise de 18 mois a été suggérée (Rapport Espace du 9 juin 2005). Cette formation a été effectuée chez [...] du 17 mai 2005 au 31 octobre 2006.

10. Quel est votre pronostic? L'état de santé est-il susceptible d'amélioration, à quelle conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?

La rosacée oculaire est une affection chronique dont l'évolution à long terme est variable dans le temps: elle nécessite des soins réguliers classiques, proportionnés à l'état du moment; ces soins améliorent l'état des paupières et réduisent la gêne ressentie."

Dans ses déterminations sur l'expertise du 16 mai 2011, l'OAI relève que l'état de santé du recourant est resté sensiblement identique ces dernières années, l'activité de représentant dans laquelle il a été réadapté à satisfaction n'étant pas du tout contre-indiquée. S'agissant de la capacité de travail, l'OAI observe que les renseignements obtenus antérieurement allaient dans le sens d'une capacité de travail entière dans un travail adapté à l'état de santé. En l'absence d'aggravation de cet état, il estime que la situation est actuellement appréciée différemment. Il note pourtant que le degré d'invalidité, calculé dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 80%, dans une activité de représentant, n'atteindrait toujours pas 40% (36%). L'office intimé propose dès lors une nouvelle fois le rejet du recours.

Dans ses déterminations du 27 juin 2011, le recourant, par son conseil, relève que l'expert confirme l'avis émis par les précédents médecins consultés. Il n'a dès lors aucune remarque à faire valoir concernant l'expertise.

Le recourant, par son conseil, produit céans un courrier daté du 15 juillet 2011 aux termes duquel il rappelle qu'en 2002, les médecins lui ont demandé d'arrêter de travailler pour des motifs d'allergies, alors qu'au final, il s'est avéré que le problème était tout autre. Il relève que tous les médecins reconnaissent son handicap et que malgré cela, "on essaie encore de le nier", précisant que l'intimé était parfaitement au courant que l'activité au sein de [...] Sàrl ne convenait pas et qu'il n'en a

pas tenu compte. Il argue ainsi que si l'on demande à un médecin un rapport sur son handicap, celui-ci confirmera qu'il peut travailler dans une activité adéquate, à temps réduit et par intervalle, mais en ne mentionnant pas ce qu'il lui a communiqué par rapport à sa maladie, soit les difficultés voire l'impossibilité de trouver un environnement approprié (sans poussière et sans présence de vapeur de solvant ou d'autres odeurs). En conclusion, il mentionne qu'il aurait aujourd'hui beaucoup de mal à trouver un emploi dans un environnement adapté, car sa maladie est constante.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'assurance-invalidité (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. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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, formé en temps utile – compte tenu des fêtes pascales – devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 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 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente.

3. a) A teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de 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 et les références citées).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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; il convient dès lors

en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c.onsid 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

4. Sur le plan médical, les médecins s'accordent sur les diagnostics à retenir, qui ne sont au demeurant pas contestés. Ainsi, le Prof. J._____ retient une rosacée oculaire de forme vasculaire, qui s'accompagne d'une meibomite chronique. Il relève à juste titre que la blépharo-conjonctivite et la meibomite avaient été constatées dès les bilans ophtalmiques de 2002 et confirmées par les examens du Dr D._____ (cf. rapport du 14 juillet 2008) et du Dr C._____ (cf. rapport du 27 août 2007). Le Prof. J._____ note encore que selon les comptes-rendus de ces examens, le status palpébral et conjonctival est resté sensiblement identique. De l'avis du Dr D._____, émis en 2002, cette pathologie existait depuis plus de 10 ans (cf. rapport du 10 décembre 2002). Le Dr T._____ observe du reste avoir suivi l'assuré dès 1997 (cf. courrier du 6 mars 2001). En outre, le lien de causalité des troubles présentés par l'assuré avec une maladie professionnelle a été exclu par le Dr V._____ (cf. rapport du 11 octobre 2002). Les avis médicaux sont également concordants pour ce qui est des facteurs favorisant l'irritation oculaire: selon le Dr W._____, le patient doit exercer une profession ne

l'exposant pas à des volatils professionnels (cf. rapport du 21 novembre 2002); le Dr D._____ note que la fumée, les poussières, les courants et l'exposition aux aérosols des produits capillaires constituent des facteurs favorisant l'irritation oculaire (cf. rapport du 10 décembre 2002); le Dr W._____ rappelle dans son rapport du 29 juin 2004 que l'assuré ne doit pas être exposé à des toxiques ou des allergènes. Quant au Prof. J._____, il relève que les activités du secteur tertiaire à l'abri d'émanations volatiles irritantes sont compatibles avec l'état de santé du recourant (cf. rapport d'expertise du 12 avril 2011).

Cela étant, la capacité de travail raisonnablement exigible de la part du recourant compte tenu de ce qui précède n'est pas appréciée de manière similaire par tous les praticiens qui se sont prononcés la concernant. Ainsi, le Dr W._____ retient dans son rapport du 29 juin 2004 que l'incapacité de travail est de 0% dans les autres professions (que représentant en produits capillaires). Il confirme dans son rapport du 2 novembre 2006 que la capacité de travail raisonnablement exigible est de 100%. Le Dr G._____ est également de cet avis (cf. avis médical SMR du 19 juin 2007). Le Dr H._____ partage également cette appréciation (cf. avis médical SMR du 28 mars 2008). Or le Dr D._____ relève dans son rapport médical du 14 juillet 2008 que la pathologie oculaire du recourant induit une fatigabilité nettement accrue, un inconfort, et parfois l'impossibilité de regarder un écran de façon continue. Il en déduit que cela a des répercussions sur la rentabilité et la capacité de gain. Il suggère dès lors que l'avis du Dr C._____ soit requis pour quantifier dite réduction. A cet égard, une expertise judiciaire a été mise en œuvre, laquelle a été confiée au Prof. J._____. Ce dernier observe que l'affection dont est atteint le recourant constitue une gêne effective, et que l'on peut estimer qu'elle réduit la capacité de travail à 80%, quelle que soit le type d'activité exercée dans un environnement approprié.

L'expertise judiciaire du Prof. J._____ procède d'une analyse circonstanciée du dossier de l'assuré, se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes de celui-ci. Ses conclusions sont claires et convaincantes, si bien qu'elle remplit les critères jurisprudentiels

permettant de lui accorder pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351).

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que l'assuré présente une capacité de travail de 80%.

5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. 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 (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance

prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. 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 l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et les références). C'est pourquoi par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas.

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En 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) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers.

b) En l'espèce, le revenu sans invalidité doit être évalué de manière aussi concrète que possible, en 2006. L'office intimé a fixé le revenu sans invalidité à 82'549 fr., à savoir le revenu indexé de la moyenne des salaires réalisés par le recourant auprès de [...] SA durant les années 1997 à 2001 selon son compte individuel. L'office a ainsi déterminé le revenu hypothétique de valide 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. Ce montant doit être confirmé. En particulier, l'année d'ouverture du droit (éventuel) à la rente est bien l'année 2006, et non l'année 2008 comme paraît le soutenir le recourant. En outre, les chiffres retenus par l'OAI tiennent compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente. On peine donc à comprendre les calculs opérés par le recourant, qui arrête à 86'589 fr. le revenu sans invalidité, et y ajoute encore 10% "à titre d'augmentation de salaire".

S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé sur le salaire qu'aurait réalisé le recourant s'il avait poursuivi son activité auprès de [...] Sàrl. Or le recourant conteste ce montant, qu'il juge trop élevé, et fait grief à l'OAI de ne pas s'être basé sur l'ESS. En l'occurrence, dès lors que l'activité exercée auprès de [...] Sàrl aurait pu être poursuivie par l'assuré si cette société avait eu suffisamment de travail pour l'employer, il y a lieu de considérer que c'est à bon droit que l'OAI a retenu le salaire qu'aurait pu réaliser l'assuré auprès de cette société, évaluant ainsi en fonction d'une situation professionnelle concrète le revenu de l'assuré. Le revenu d'invalidé de 66'000 fr. doit ainsi être confirmé et ramené, compte tenu d'une capacité de travail de 80%, à 52'800 francs.

Après comparaison du revenu d'invalidé (52'800 fr.) avec celui sans invalidité (82'549 fr.), il résulte une perte de gain de 29'749 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 36,03% ($29'749 / 82'549 \times 100$), taux n'ouvrant pas le droit à une rente.

En outre, le responsable de [...] Sàrl avait mentionné que le recourant avait droit à une commission de l'ordre de 15'000 fr. par an. Si ce montant était ajouté au revenu annuel de 66'000 fr., cela le porterait à 81'000 fr., ce qui représenterait, à 80%, 64'800 francs. Après comparaison avec le revenu sans invalidité (82'549 fr.), il en résulterait une perte de gain de 17'749 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 21,50% ($17'749 / 82'549 \times 100$), taux également inférieur à celui de 40% ouvrant le droit à une rente.

Quant à l'abattement de "10 à 15%" requis par le recourant, il n'est possible que si l'on se base sur l'ESS, ce qui, comme vu précédemment, n'a pas lieu d'être en l'occurrence. Cela étant, même si un abattement de 5% avait été opéré, il en aurait résulté un taux d'invalidité de 39,23%, qui n'ouvrirait pas non plus le droit à la rente ($82'549 - 50'160 : 82'549 \times 100$). Quoiqu'il en soit, l'expert tient déjà compte des limitations fonctionnelles du recourant en arrêtant la capacité de travail à 80%.

Le recours se révèle ainsi mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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, les frais de justice sont arrêtés à 250 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, la recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 février 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Denis Weber (pour B._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :