

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 février 2011

---

Présidence de       Mme     THALMANN  
Juges     :       Mme Di Ferro Demierre et M. Bonard, assesseur  
Greffier       :       Mme     Vuagniaux

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Echallens, recourante, représentée par Me Philippe Graf,  
avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_, née en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 4 juillet 2007, sollicitant l'octroi d'une rente.

L'assurée a travaillé à plein temps en qualité d'apprentie gestionnaire de vente (fleurs/plantes) pour le compte de V.\_\_\_\_\_ depuis le 16 août 2004. Elle a présenté de nombreuses incapacités de travail depuis 2005. Elle a diminué son taux d'activité à 60 % à partir du 16 août 2007, à la fin de son apprentissage.

Dans un rapport médical du 30 juillet 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH gastroentérologie et FMH médecine interne, a indiqué que l'assurée souffrait de la maladie de Crohn depuis août 2006, ce qui justifiait une diminution de rendement 30 à 40 % dans son activité habituelle de vendeuse.

Le 8 octobre 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, la maladie de Crohn depuis septembre 2006 et une vessie hyperactive d'étiologie indéterminée depuis l'adolescence. Il indique une incapacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006. Il a notamment relevé ce qui suit :

### **« 3. Anamnèse**

(...)

Dès fin 2005, soit après une année d'apprentissage, N.\_\_\_\_\_ a développé des états de fatigue récidivants, au début sans autre symptôme associé. Dès l'été 2006 associé à des douleurs abdominales qui m'ont amené à effectuer des bilans de santé réguliers. Il y a eu de multiples arrêts de travail puis des reprises à 100 % qui, systématiquement, amenaient une péjoration de l'état de santé et un nouvel arrêt de travail. Globalement depuis l'été 2006 on peut considérer que l'activité professionnelle au-delà de 40 % n'est pas réaliste.

Au début août 2006, N.\_\_\_\_\_ a présenté un syndrome douloureux abdominal et les examens alors pratiqués n'ont pas mis en évidence de syndrome inflammatoire (...).

Dans les semaines qui ont suivi et au vu de la péjoration de son état, une hospitalisation à l'hôpital [...] s'est révélée être nécessaire. Dans le courant de ce séjour hospitalier, un CT-scan abdominal a été effectué et a permis de mettre en évidence un épaississement pariétal du côlon ascendant. A sa sortie, une colonoscopie a été organisée chez le Dr L. \_\_\_\_\_ à Lausanne et ce dernier a mis en évidence une maladie de Crohn avec atteinte de l'iléon distal.

Un TTT de cette affection a dès lors été instauré. Depuis, les douleurs abdominales ont cessé, le transit est régulier, il persiste toutefois des symptômes pouvant faire évoquer une vessie hyperactive qui amène N. \_\_\_\_\_ à devoir se rendre au moins une vingtaine de fois par jour aux toilettes.

Un examen médical spécialisé a été demandé au Dr [...] urologue à Lausanne qui a permis de mettre en évidence une infection urinaire à *Ureaplasma urealyticum* qui a été traitée. La cystoscopie était sans particularité. Malgré le TTT antibiotique entrepris la symptomatologie persiste.

A fin septembre 2007, une nouvelle poussée de maladie de Crohn a nécessité une augmentation du traitement immunosuppresseur.

(....)

## 7. Thérapie/pronostic

Depuis l'introduction d'un TTT spécifique de la maladie de Crohn, les douleurs abdominales sont en nette régression. Lors de la dernière consultation, Déborah présentait des épigastralgies probablement à mettre en relation avec un TTT de Doxycycline instauré pour traiter son infection urinaire à *Ureaplasma*. Dans les jours qui ont suivis une nouvelle poussée de Crohn a nécessité l'introduction d'un traitement de corticoïde.

Il persiste un syndrome de fatigue chronique très important qui l'amène à devoir se reposer régulièrement.

Sur une période de plus d'une année, on pouvait mettre en évidence qu'une activité professionnelle à 100% n'était pas réaliste chez cette jeune femme. En effet, toutes les tentatives de travail à plus de 60% se sont révélées être des échecs avec nécessité d'interrompre l'activité professionnelle durant une période puis de reprendre à un taux d'activité de 40 à 50%. Elle a toutefois, grâce à l'aide de ces employeurs, pu terminer son apprentissage de gestionnaire de vente spécialisée dans le commerce de fleurs à la Migros d'Echallens.

A la fin de son apprentissage à l'été 2007, nous avons eu une discussion et je lui ai vivement conseillé de ne pas commencer une activité professionnelle à 100% car il me semble illusoire qu'elle puisse assumer ce rythme. Elle a donc trouvé une activité dans le magasin de fleurs V. \_\_\_\_\_ [...] à 60%, ce qui est excessif. Elle travaille le matin et ensuite doit se reposer une bonne partie de l'après-midi. Au vu de ce qui précède, il serait donc adéquat de pouvoir diminuer cette activité professionnelle tout en offrant à Déborah une aide de l'AI sous forme de rente."

Mandaté par l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a réalisé une expertise le 7 mai 2008. Dans son rapport du 15 mai suivant, il a notamment exposé ce qui suit :

**" 1. ANAMNESE**

(...)

*Affections actuelles*

Dans un contexte de douleurs abdominales depuis l'enfance avec tendance à la constipation, il est procédé, le 17.08.2006, à une OGD, afin d'exclure une coeliakie présente chez la mère de l'assurée. Il faut également préciser qu'en janvier 2006, il a été trouvé dans le cadre d'un bilan de la fatigue, une ferritine à 8 ug/l. La fonction thyroïdienne était normale. La ferritine restant à 20 ug/l sans cependant d'anémie, il est procédé à une OGD qui conclut à l'absence de lésion.

Le 22 août 2006, en raison de douleurs abdominales en fosse iliaque avec état fébrile à 39°, elle est hospitalisée 1 jour à l'hôpital [...] où un Ct-scan abdominal montre un épaississement des parois du colon droit, une petite lame de liquide et quelques adénopathies rétro-péritonéales. Le laboratoire met en évidence un discret syndrome inflammatoire et il est administré pendant 3 jours un traitement de Prednisone qui améliore significativement les symptômes. Une coloscopie effectuée le 07.09.2006 met en évidence une valve iléo-caecale diffusément érythémateuse et ulcérée, Il est conclu à une maladie de Crohn très localisée, traitée par Entocort 6 mg/jour associé à Azarek 50 mg/jour. L'évolution est rapidement favorable avec disparition des douleurs abdominales. Les douleurs abdominales constituent le symptôme unique de cette maladie de Crohn. L'évolution est favorable jusqu'au 28.09.2007 où elle présente à nouveau un syndrome douloureux abdominal. Un Ct-scan met en évidence des adénomégalies mésentériques et un discret épanchement pelvien antérieur sans anomalie en fosse iliaque droite.

Les examens de laboratoire répétés ne montrent aucun signe inflammatoire avec une CRP rigoureusement normale, l'absence d'anémie ou d'altération des tests du foie. La ferritine reste au dessus de 50 ug/l, la vitamine B12 à la limite inférieure de la norme, l'acide folique parfaitement normal. Le dernier examen, effectué le 05.03.08, met en évidence une ferritine à 57 ug/l. La VS se situe à 17 mm à la première heure, la CRP à 16, les leucocytes sont augmentés à 11'600. Il faut dire que lors de cette possible nouvelle poussée de Crohn, l'assurée a présenté une aphtose buccale ainsi qu'une fissure anale. Elle a revu le Dr L.\_\_\_\_\_ qui a préféré doser les taux sériques d'Azarek avant d'envisager un changement de traitement. Elle a bénéficié d'une corticothérapie de 100 mg pendant 2 jours à doses rapidement dégressives sur 6 jours. Cette possible poussée est à l'origine de 2 jours d'incapacité de travail. En fin avril 2008, elle s'est présentée aux urgences de l'hôpital [...] pour des douleurs abdominales qui ont été traitées par Agopton avec succès.

Depuis septembre 2006, il n'y a pas eu de nouvelle coloscopie ni d'hospitalisation."

## **2. PLAINTES ET DONNES SUBJECTIVES DE L'ASSURE**

### *Activités de la vie quotidienne*

Après un sommeil décrit comme réparateur, interrompu à 1 ou 2 reprises par les nycturies, elle se réveille en forme vers 6h45. A 7h15, elle quitte son domicile pour rejoindre sa place de travail 12 minutes plus tard à V.\_\_\_\_\_. Elle travaille jusqu'à 13h00 puis retourne à domicile en début d'après-midi où sa mère lui a confectionné le repas. Après une sieste, elle va promener sa chienne pendant 1 heure ou 1h30. Il lui arrive également de pratiquer l'équitation. Parfois son état lui interdit de pratiquer l'exercice manquant d'énergie. "*Certains jours, je n'arrive même pas à aider ma mère à préparer le repas*". Cela étant, elle mène une vie sociale riche, sortant avec son ami, se promenant, tentant d'être active sans toutefois pratiquer du sport hormis quelques séances à ski le week-end.

(...)

## **4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)**

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Maladie de Crohn avec atteinte iléale terminale quiescente (diagnostiquée en août 2006)

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Insuffisance pondérale (BMI :17.7 kg/m<sup>2</sup>)

- Surdité de transmission bilatérale appareill e

- Status après septoplastie et cure d'hypertrophie des cornets inférieurs en 2006

- Vessie « irritable » d'origine indéterminée.

- Constipation chronique

## **5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

(...)

Elle se plaint de longue date de douleurs abdominales, d'une constipation chronique ainsi que de céphalées depuis environ 3 ans. En outre, elle se plaint d'une fatigue chronique d s 2005, mise sur le compte d'une carence martiale et à l'origine d'une absentéisme itératif, notamment en 2006 et 2007.

Du 22 au 23 août 2006, elle est hospitalis e à l'Hôpital [...] dans le cadre de douleurs abdominales en fosse iliaque droite, accompagn es d'un discret syndrome inflammatoire et un état fébrile transitoire. Un Ct-scan met en évidence un épaississement pariétal du colon droit et une coloscopie conclut à une atteinte inflammatoire de la valvule iléo-caecale. Il est retenu dès lors le diagnostic de maladie de Crohn avec une atteinte très focale de l'iléon terminal et de la valvule iléo-caecale traitée par Entocort pendant 2-3 mois, associé à Azarek, actuellement dosé à 100 mg/jour. L'évolution a été dès lors favorable avec cependant une suspicion de rechute en septembre 2007 et fin mars 2008, trait es par corticothérapie orale. Elle présentait anamnesticquement une

fissure anale ainsi qu'une aphtose buccale. Il n'y a cependant pas eu d'état fébrile. Il n'est pas fait état d'arthrite, d'uvéite, d'érythème noueux. Il n'y a pas de trouble du transit, ni de masse abdominale.

(...)

La plainte principale de l'assurée est donc constituée d'une fatigue fluctuante apparaissant plutôt au cours de la journée, variable et dont l'impact dans la vie professionnelle serait important puisqu'elle nous précise être incapable de travailler au-delà d'un 60 %. Elle n'a cependant que peu d'impact dans sa vie sociale et l'assurée peut, semble-t-il, mener une vie sociale satisfaisante, de même qu'une vie récréative. Elle peut pratiquer la marche, le ski, l'équitation, la danse (Hip-hop).

(...)

L'assurée devrait pouvoir bénéficier d'un support diététique approprié ainsi que des mesures actives de reconditionnement physique. Cela étant, cette fatigue n'est pas expliquée actuellement par des déficits si l'on en juge le résultat des examens de laboratoire effectué en mars 2008.

En l'absence de poussée aiguë de la maladie de Crohn, il a été décrit parfois un état fatigue persistant. D'une manière générale, les patients souffrant de MICI [maladie inflammatoire chronique intestinale] ont habituellement une moins bonne qualité de vie corrélée à des taux de chômage, d'absentéisme et de rente d'invalidité plus importants en particulier chez les femmes souffrant de maladie de Crohn (réf. 1).

Il est donc possible d'admettre à mon sens qu'une maladie de Crohn, même quiescente, peut être à l'origine d'une diminution de rendement, ce qui semble être le cas de l'assurée. Cette diminution de rendement me paraît être actuellement de l'ordre de 30 % au maximum, compte tenu des plaintes, de la description de la vie professionnelle et des activités sociales déployées. D'autre part, même si la nature torpide de la maladie de Crohn est bien connue, et que cette affection tend à progresser malgré son apparente inactivité clinique, force est de constater que jusqu'à actuellement, il s'agit d'une forme limitée (entérite régionale), non symptomatique et sans manifestation extra-intestinale. Ainsi, il paraît important de stimuler l'assurée à conserver un mode de vie actif et satisfaisant et d'ainsi éviter une invalidation prématurée ».

L'expert expose en outre que la maladie de Crohn et ses traitements peut parfaitement expliquer un état de fatigue persistant à l'origine d'une diminution de rendement intermittent et qu'en raison de cette affection, les limitations fonctionnelles sont une diminution de la tolérance à la charge, seule une activité légère, voire occasionnellement moyennement lourde, étant exigible (poids maximal 15kg). Concernant le temps de travail, il existe une diminution du rendement au cours du temps, rendant nécessaire, soit des pauses supplémentaires pour récupération ou alors une limitation horaire à un maximum de 6 heures

par jour, la capacité de travail résiduelle étant ainsi de 70% dans l'activité habituelle de l'expertisée, laquelle est adaptée à ses limitations fonctionnelles. Selon l'expert, l'incapacité de travail existe depuis août 2006 et n'a pas excédé le taux de 30% jusqu'au jour de l'expertise.

Dans un rapport médical du 26 juin 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_ a exposé le cas comme suit :

« Cette assurée de 19 ans a terminé son apprentissage de vendeuse-fleuriste en août 2007.

Elle souffre d'une maladie de Crohn qui s'est annoncée par des douleurs abdominales depuis juin 2006. Une coloscopie effectuée en septembre 2006 a mis en évidence une atteinte inflammatoire circonscrite à la valvule ileo-caecale.

Sous traitement, les douleurs abdominales ont cessé, le transit s'est régularisé. L'assurée a présenté des symptômes d'une vessie hyperactive investiguée par un urologue, qui a mis en évidence une infection urinaire et prescrit une antibiothérapie.

Selon le médecin traitant, la capacité de travail serait de l'ordre de 50 % en raison d'un état de fatigue chronique.

L'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ est plutôt rassurante. En dehors de deux courtes poussées inaugurales, la maladie est asymptomatique depuis septembre 2006. Les examens de laboratoire ne montrent pas de syndrome inflammatoire, pas d'anémie ou de perturbation des tests hépatiques, pas de déficit en ferritine ou en vitamines. La fatigue dont se plaint l'assurée ne s'explique donc pas par des constatations objectives. Elle est décrite comme fluctuante, mais n'empêche pas l'assurée de promener son chien, de pratiquer l'équitation et le ski, et de mener une vie sociale bien remplie.

En admettant que la maladie de Crohn, même quiescente, peut être à l'origine d'une diminution de rendement, l'expert estime que celle-ci ne dépasse pas, et n'a jamais dépassé 30 %.

Cette expertise est documentée et médicalement probante. Nous n'avons pas de raison de nous écarter de ses conclusions ».

Par projet de décision du 7 janvier 2009, l'OAI a refusé la demande de prestations de l'assurée, au motif que les investigations médicales, dont notamment l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, avaient permis de constater qu'en dehors de deux courtes poussées inaugurales, la maladie de Crohn était asymptomatique depuis septembre 2006 et que la diminution de rendement estimée à 30 % n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 15 janvier 2009, en soutenant que durant l'année 2008, elle avait subi plusieurs récurrences de la maladie de Crohn nécessitant plusieurs traitements à base de cortisone et un traitement de fond.

Dans un rapport médical du 18 mai 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_ diagnostique principalement une maladie de Crohn depuis 2007, un syndrome de fatigue chronique depuis 2007, des céphalées chroniques depuis 2005 et un très probable syndrome dépressif réactionnel en 2007. Il indique que l'incapacité de travail médicalement attestée dans l'activité de gestionnaire de vente était de 40% depuis le 1er juillet 2007, les limitations étant principalement dues au syndrome de fatigue chronique lié aux diverses pathologies énumérées. Il précise qu'elles ne se manifestent pas au travail, mais que l'assurée doit se reposer plusieurs heures par jour. Il mentionne que l'activité exercée est encore exigible à 60%. Il indique notamment ce qui suit :

« Je vais essayer de résumer ci-après les symptômes, les divers épisodes d'acutisation de la pathologie et leurs implications sur la capacité de travail.

L'évolution de la maladie de Crohn : cette affection est diagnostiquée dans le courant 2006 suite à des épisodes de douleur abdominales, de fatigue, de nausées et un bilan endoscopique permet d'établir le diagnostic. Au début un traitement d'Azarek et d'entocort est tenté avec une bonne évolution mais lors des tentatives de sevrage de l'entocort le traitement de fond d'Azarek n'est pas suffisant. La mise en évidence de la pathologie maladie de Crohn et en raison du syndrome de fatigue chronique associé, la patiente bénéficie d'un arrêt de travail à 100% du 07.09.2006 au 15.09.2006 et dès le 30.09.2006 pour une durée d'un mois. L'activité de travail est reprise à 100% mais en raison d'infections opportunistes survenues dans le courant des mois de novembre, décembre et janvier 2007 il est décidé de limiter l'incapacité de travail à 50% jusqu'à la fin du traitement d'entocort. A fin février 2007, la patiente présente des urgences mictionnelles sur une probable infection opportuniste liée à un traitement de corticoïdes. Un arrêt de travail à 100% lui est signifié pour le mois de mars 2007. Elle reprend son activité ensuite à 100% et le 30.03.2007 elle présente une poussée de maladie de Crohn avec fissure anale, céphalées, diminution de l'état général et syndrome inflammatoire. Un traitement corticoïdes est alors prescrit avec diminution progressive. Elle présente mi-avril 2007 une infection urinaire basse et le 20.04.2007 récurrence des douleurs abdominales avec une nouvelle poussée de Crohn. Un arrêt de travail à 50% est effectué du 01.04 au 30.04.2007 puis reprise à 80%. Début mai 2007, la patiente présente des céphalées, un examen neurologique ne

permettra pas de mettre de pathologie en évidence et un traitement de Pentasa est tenté pour juguler la maladie de Crohn. Le 15.05.2007, je décide de lui signifier un arrêt de travail à 30% de cette date jusqu'à la fin de son apprentissage. Sous ce temps de travail elle peut terminer son apprentissage mais elle présente toujours des douleurs abdominales. Le 02.07.2007, au vu de l'état général, nous convenons d'un arrêt de travail de 40% pour une durée de trois mois. Cette incapacité de travail est toujours en vigueur actuellement. Mi-juillet 2007, elle présente des maux de gorge associés à une aphtose et développera ensuite une sinusite traitée par antibiothérapie. Fin août, elle présente une nouvelle sinusite traitée par corticoïdes topiques. En septembre 2007, elle présente à nouveau des douleurs abdominales avec un syndrome inflammatoire, une CRP à 59, des leucocytes à 10000 avec une déviation gauche. Je diagnostique une nouvelle poussée de maladie de Crohn traitée par corticothérapie. La symptomatologie s'améliore. En novembre 2007, elle présente une nouvelle sinusite et début décembre des maux de gorge associés à une infection urinaire basse. La même symptomatologie est présente en janvier 2008 et en février 2008 elle présente une mycose bucco-pharyngée ainsi qu'une angine à streptocoques de groupe C. Le 08 04 2008, elle présente une nouvelle poussée de Crohn qui nécessite à nouveau un traitement à base de corticoïdes. Elle consulte pour des douleurs abdominales qui seront à mettre en lien avec une gastrite. Au mois de juin 2008, elle présente une nouvelle poussée de Crohn et en juillet 2008 les examens de laboratoire démontrent une augmentation du méthylmercaptapurinucléotide qui nous amène à devoir stopper le traitement d'Azarek.

En lieu et place, notre confrère gastroentérologue le Dr L. \_\_\_\_\_ préconise la mise en route d'un traitement à base de Methotrexate. Ce traitement est instauré dès mi-juillet 2008 d'abord en injection sous-cutanée qui est rapidement mal toléré. En association et en raison de la sidéropénie de cette patiente, je mets en route un traitement de Ferinject iv afin d'essayer de diminuer son syndrome de fatigue chronique. Le mois d'octobre 2008 est marqué par l'apparition de céphalées qui ne répondent pas au traitement antimigraineux. Elle développe également une sinusite. Début janvier 2009, elle développe une infection urinaire basse avec un uricuit démontrant une résistance aux sulfaminurées.

Au mois de mars 2009 je mets en évidence par des tests génétiques une très probable intolérance au lactose qui est confirmée par un test respiratoire à l'hydrogène.

Au début avril, elle présente une récurrence des douleurs abdominales qui sont plus à mettre en lien avec une gastrite. Il est à relever que le traitement de Methotrexate sous-cutané a été mal toléré et est actuellement remplacé par du Methotrexate comprimé 1x/semaine.

D'autre part, cette patiente régulièrement suivie par un confrère ORL sera prochainement proposée une nouvelle correction d'une déviation septale en raison d'épisode de sinusite aiguë à répétition.

Actuellement, cette patiente présente donc des infections urinaires basses récidivantes, une gastrite, une sinusite chronique avec acutisation fréquente ainsi que des douleurs abdominales qui semblent actuellement jugulées par le traitement de Methotrexat. Ce traitement entraîne toutefois, et ceci est décrit dans les effets secondaires, un syndrome de fatigue chronique qui empêche toute activité professionnelle à 100%."

A ce rapport étaient notamment joints deux rapports médicaux du 19 juin 2008 du Dr L.\_\_\_\_\_, selon lesquels l'examen endoscopique ne démontre aucune anomalie gastro-duodénale et l'ultrasonographie abdominale complète est dans les limites de la norme.

Le 17 juin 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré ce qui suit :

« L'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ sur laquelle nous nous sommes basés prend en compte tous les événements survenus jusqu'au 7.5.2008. Nous n'allons donc pas commenter cette partie de l'anamnèse que le Dr B.\_\_\_\_\_ retrace dans son dernier rapport.

Depuis lors, l'assurée a fait une nouvelle poussée de maladie de Crohn en juin 2008 dont l'évolution a justifié l'instauration d'un traitement de MTX.

Des céphalées sont signalées en octobre 2008, possiblement en relation avec une sinusite pour laquelle une intervention ORL est prévue.

L'assurée a fait une infection urinaire en janvier 2009.

Ces événements sont certes regrettables, mais ne justifient tout au plus que des incapacités de travail de courte durée.

Ils ne sauraient remettre en cause la capacité de travail retenue au terme de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, du reste pas très différente de celle attestée par le Dr B.\_\_\_\_\_ (70 % et 60 % respectivement) ».

Par décision du 22 juillet 2009, l'OAI a confirmé le refus de prestations et sa position du 7 janvier 2009.

**B.** Agissant par l'intermédiaire de l'avocat Philippe Graf, N.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 22 juillet 2009, en concluant à sa comparution personnelle, à l'audition des Drs B.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la réforme de la décision attaquée dans le sens d'un droit à un quart de rente d'invalidité. Elle a soutenu que les conclusions de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ ne devaient pas être suivies, dès lors que celui-ci se fondait explicitement sur des arguments non médicaux, soit sur la description de sa vie professionnelle et de ses activités sociales (marche, ski, équitation, danse), pour retenir une diminution de rendement de 30 %. Elle a également relevé que le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ était lacunaire, car le Dr B.\_\_\_\_\_ avait constaté cinq poussées de Crohn en mars 2007, avril 2007, septembre 2007, avril 2008 et juin

2008, et non pas deux suspicions de rechute en septembre 2007 et mars 2008 tel qu'indiqué dans l'expertise. Elle relève en outre souffrir d'autres affections liées à cette maladie et aux effets secondaires de la médication (infections urinaires basses récidivantes, gastrites, sinusite chronique et douleurs abdominales). En conséquence, la recourante a estimé que seule la capacité de travail de 60 % du Dr B. \_\_\_\_\_ devait être retenue, sauf à donner une valeur probante à un rapport d'expertise qui manquait de consistance et aux conclusions des avis du SMR des 17 et 26 juin 2009.

Elle a produit un certificat médical du 24 août 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_, lequel exposait que, malgré plusieurs traitements immunosuppresseurs, sa patiente présentait des crises douloureuses récidivantes avec nausées et parfois état fébrile, et qu'une réduction de l'efficacité au travail pouvait être considérée comme importante.

Le 19 novembre 2009, l'OAI a considéré que l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ était suffisamment documentée et qu'elle prenait en compte les avis des médecins traitants, ainsi que les événements survenus jusqu'à début mai 2008. L'office a estimé que les arguments avancés n'étaient pas de nature à mettre en doute la valeur probante de l'expertise et qu'il n'était pas fait état d'une modification notable de la situation depuis mai 2008.

Dans sa réplique du 14 décembre 2009, la recourante a répété que l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ devait être écartée en raison de ses manifestes lacunes factuelles. Elle a produit un certificat médical du 7 décembre 2009 du Dr B. \_\_\_\_\_ faisant état d'une probable poussée de la maladie de Crohn en novembre 2009.

Le 14 janvier 2010, l'OAI a maintenu son avis suivant lequel l'expertise faisait mention de l'évolution médicale de la recourante tant dans l'anamnèse que dans la discussion.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**b)** S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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)** Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 LAI, en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008 et applicable en l'espèce, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). L'assuré a droit à un quart de rente s'il invalide à 40 % au moins, une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (al. 2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telles, les garanties de procédure (ATF 119 V 335

consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3 et les références).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**4.** La requérante reproche à l'administration de s'être référée au rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 15 mai 2008, qui à son avis n'a pas valeur probante, pour déterminer sa capacité de travail exigible. Elle soutient à cet égard que le médecin s'est fondé sur des arguments non médicaux (description de sa vie professionnelle et de ses activités sociales et quotidiennes), ainsi que sur deux suspicions de rechute de la maladie de Crohn en septembre 2007 et mars 2008, alors que le Dr B. \_\_\_\_\_ a constaté qu'elle avait présenté cinq poussées de la maladie en mars 2007, avril 2007, septembre 2007, avril 2008 et juin 2008. Elle note par ailleurs souffrir d'autres affections liées à celle-ci et aux effets secondaires de la médication (infections urinaires basses récidivantes, gastrites, sinusite

chronique et douleurs abdominales). Elle estime qu'il convient de retenir la capacité de travail de 60 % évaluée par le Dr B.\_\_\_\_\_. L'OAI considère pour sa part que l'expertise est bien documentée et qu'elle tient compte tant des avis des médecins traitants que des événements survenus jusqu'à début mai 2008, de sorte que sa valeur probante ne saurait être mise en doute.

Dans son rapport du 8 octobre 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas non plus de nouvelle poussée de la maladie avant fin septembre 2007. Ce n'est que dans son rapport du 18 mai 2009 qu'il fait état de poussées de la maladie les 30 mars et 20 avril 2007, ces deux poussées ne sont d'ailleurs signalées par aucun autre document médical. L'expert et le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionnent une poussée de la maladie en avril 2008. Postérieurement à l'expertise, le Dr B.\_\_\_\_\_ relève dans son rapport du 18 mai 2009, une poussée de la maladie de Crohn au mois de juin 2008 et dans son rapport du 7 décembre 2009, une poussée au mois de novembre 2009. Au vu de la documentation médicale produite, il n'apparaît pas que la fréquence des poussées ait augmenté.

Peu importe que l'expert ait tenu compte, dans son appréciation des conséquences de la maladie sur la capacité de travail de la recourante, de deux poussées les 20 mars et 20 avril 2007 ou non. Il conclut en effet à une maladie de Crohn très localisée, les douleurs abdominales constituant le symptôme unique de cette maladie et, comme le Dr B.\_\_\_\_\_, c'est en raison du syndrome de fatigue chronique qu'elle engendre, qu'il retient une diminution de la capacité de travail de 30%. Par ailleurs, c'est pour étayer au surplus son appréciation - et non sur cette seule base - qu'il ajoute qu'hormis cet état de fatigue, la recourante mène une vie sociale satisfaisante, ponctuée de loisirs variés.

En juillet 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que l'on pouvait exiger de la recourante qu'elle travaille à 60 ou 70 %. En octobre 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50 %, qu'il a augmentée à 60 % en mai 2009. Il confirme que les douleurs abdominales sont actuellement jugulées par le traitement de Methotrexat et que celui-ci

entraîne un syndrome de fatigue chronique. Le certificat médical du 24 août 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_ n'indique pas le taux d'activité résiduel de la recourante et le certificat médical du 7 décembre 2009 du Dr B. \_\_\_\_\_ non plus. Quant aux autres affections (infections urinaires basses récidivantes, gastrites, sinusite chronique), il n'est pas établi qu'elles ont une répercussion sur la capacité de travail.

L'expertise effectuée par le Dr S. \_\_\_\_\_ procède d'une étude approfondie du cas de la recourante. Exempte de contradictions, elle est convaincante et ses conclusions sont claires et motivées. Elle répond ainsi aux réquisits jurisprudentiels quant à la valeur probante d'une expertise.

Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter de la capacité de travail exigible évaluée par l'expert qui l'emporte sur celle des médecins traitants.

Force est dès lors de retenir que la capacité de travail de la recourante est de 70% dans son activité habituelle de gestionnaire de vente qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus avec et sans invalidité se fondant sur le même salaire, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, soit 30%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**5.** Le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de se prononcer en pleine de cause. L'audition de l'expert et du Dr B. \_\_\_\_\_ n'apparaît ainsi pas utile. La recourante ayant eu l'occasion de se déterminer lors de deux échanges d'écritures, il n'y a pas lieu d'ordonner sa comparution personnelle. En conséquence, les réquisitions de la recourante doivent être rejetées.

**6.** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**7.** Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Il

n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 22 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N.\_\_\_\_\_.
- 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 Philippe Graf, avocat (pour N.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

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 :