

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

F. _____, à Genève, recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate
à Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 44 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 let. b LAI

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 28 décembre 1951, ressortissant portugais au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation, a travaillé comme magasinier pour le compte de la société J. _____ Sàrl dès 2003, pour un salaire de 78'045 fr. par an en 2006, selon l'extrait de son compte individuel AVS.

Il ressort du décompte établi le 18 janvier 2008 par Q. _____, l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré, que celui-ci s'est trouvé en totale incapacité de travail du 28 décembre 2006 au 18 juin 2007 puis une nouvelle fois dès le 10 septembre 2007. Il n'a depuis lors plus repris le travail.

Le 19 décembre 2007, l'assuré 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) en vue d'obtenir une rente.

b) Parmi les pièces que Q. _____ a transmises à l'OAI se trouve un rapport médical du 19 septembre 2007 établi par le Dr V. _____, spécialiste FMH en médecine interne et gastroentérologie, qui a diagnostiqué une récurrence, dès le mois d'août 2007, d'une rectite ulcéreuse avec atteinte du tiers distal du rectum, indiquant que l'assuré était connu pour une colite ulcéreuse avec atteinte recto-sigmoïdienne, et qu'il se trouvait sous un traitement préventif intermittent de mésalazine.

Dans un rapport médical ultérieur, établi le 17 janvier 2008 à l'intention de l'OAI, le Dr V. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de l'assuré de colite ulcéreuse avec atteinte rectosigmoïdienne ou rectale selon évolution, présente depuis 2006. Il a indiqué que cette colite avait justifié quelques incapacités de travail mais jamais de longue durée. Précisant n'avoir suivi l'assuré que pour cette affection, il a mentionné que cette dernière ne justifiait actuellement pas

d'envisager une rente AI et qu'il fallait s'adresser au médecin traitant de l'assuré, le Dr C._____.

c) Dans un certificat médical adressé le 28 décembre 2007 à Q._____, le Dr C._____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de recto-colite ulcérohémorragique distale sévère sous traitement de corticostéroïdes, ainsi que de syndrome vertébral et radiculaire cervical et lombaire sur discopathie-protrusions, et d'ébauche d'hernie discale. Il a relevé que l'affection déterminante était la recto-colite, dont les premiers symptômes étaient apparus au cours du mois de mai 2006. Il a par ailleurs attesté une totale incapacité de travail du 28 décembre 2006 au 18 juin 2007, ainsi que dès le 10 septembre 2007.

Dans un rapport établi le 3 février 2008 à l'intention de l'OAI, le Dr C._____ a posé les mêmes diagnostics et a relevé que l'état de l'assuré s'aggravait. Son patient souffrait en effet depuis 1995 de cervicalgies et de lombalgies qui s'étaient aggravées depuis quatre à cinq ans, ainsi que, depuis mai 2006, de douleurs abdominales suspubiennes méso-hypogastriques du côté gauche, accompagnées de diarrhées mélangées de sang, et d'une douleur et raideur cervicale et lombaire. Le Dr C._____ a précisé que la recto-colite dont souffrait l'assuré était une maladie inflammatoire du côlon distale qui avait connu un début aigu avec progression rapide jusqu'à l'introduction du traitement, et qui était une affection relativement rare à cet âge. Il a indiqué que l'assuré était suivi régulièrement par le spécialiste de cette maladie, le Dr V._____, et que la guérison était quasiment exclue. Le Dr C._____ a également relevé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'il existait une diminution du rendement due à une asthénie, à de la faiblesse et à des douleurs abdominales et rachidiennes. Selon ce praticien, l'assuré ne pouvait pas exercer d'autres activités, et il y avait lieu notamment de limiter la position assise à une à deux heures par jour, ainsi que la position debout et la même position du corps pendant une durée prolongée. Le Dr C._____ a également transmis plusieurs rapports d'IRM :

- une IRM du 9 juin 2005 effectuée par le Dr R._____, indiquant une dégénérescence discale étagée avec discopathie L3-L4 et L4-L5 associée à

des ostéophytes antérieurs et zones hyperintenses bordant les plateaux vertébraux dans le cadre de discarthrose ;

- une IRM du rachis cervical effectuée le 29 mai 2007 par le Dr L._____, concluant également à des discopathies dégénératives aux étages C5-C6 et C6-C7, et à une protrusion discale focalisée à l'étage C5-C6, paramédiane droite, entrant en contact avec la racine de C7 droite.

Dans un rapport détaillé adressé à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants du 2 novembre 2008, le Dr C._____ a confirmé les diagnostics précédemment émis. Il a également indiqué que la recto-colite ulcéro-hémorragique distale sévère était en rémission sous traitement de corticostéroïdes et d'Imurek. Il a relevé que l'évolution était pour l'heure favorable mais incertaine en durée pour la pathologie intestinale et que l'évolution était lentement défavorable pour les atteintes à la colonne vertébrale. Une capacité de travail subsistait, bien que très limitée et seulement à temps partiel, dans un poste adapté, tel que portier ou surveillant. Le Dr C._____ a joint à ce rapport divers documents, notamment les suivants :

- un rapport médical établi le 23 juin 2008 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en neurologie, qui indique la probable présence d'une atteinte radiculaire au niveau du membre supérieur gauche ;
- un rapport médical établi le 31 juillet 2008 par le Dr P._____, spécialiste FMH en neurologie, qui fait état d'un examen échodoppler carotidien, vertébral et transcrânien normal ;
- un compte rendu d'oesogastroduodenoscopie et de colonoscopie totale pratiquée le 14 février 2008 par le Dr V._____, qui conclut comme suit :

« Ce patient présente d'une part une colite ulcéreuse actuellement en rémission clinique et endoscopique, qui a toujours été localisée au niveau distal, et qui n'explique à mon avis pas la totalité de la symptomatologie douloureuse, assez fluctuante et qui peut évoquer des troubles digestifs fonctionnels. Les endoscopies de sécurité étaient justifiées. Le bilan biologique récent est strictement normal sans syndrome biologique inflammatoire et sans altération des tests

hépatiques et pancréatiques. Le scan abdominal effectué en 2007 ne montre pas de lésion suspecte. Je propose un traitement spasmolytique d'essai. »

d) Dans un avis médical du 11 février 2009, le Dr S. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, des cervico-brachialgies gauches et des dorso-lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives et maladie de Scheuermann. Il a également retenu, à titre de diagnostics associés non du ressort de l'AI, une recto-colite ulcéro-hémorragique distale en rémission. La capacité de travail était nulle depuis le 10 septembre 2007 dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée depuis janvier 2008, moyennant des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions). Selon le Dr S. _____, le gastro-entérologue estimait en effet que la recto-colite n'était pas incapacitante. Seules existaient par conséquent des limitations fonctionnelles en rapport avec la colonne vertébrale.

B. a) Le 12 août 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision, dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Retenant que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de magasinier mais restait entière dans une activité adaptée, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 35,52%, compte tenu d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, soit un taux n'ouvrant aucun droit à une rente.

b) Le 7 octobre 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, Me Flore Primault, avocate à Lausanne, a contesté le contenu de ce projet, au motif que l'OAI ne se serait basé que sur le rapport du Dr S. _____, sans prendre en compte les rapports des autres médecins. Il a allégué que les documents médicaux au dossier ne permettaient pas de statuer sur son cas et qu'une expertise médicale était nécessaire. L'assuré demandait également que l'OAI se détermine sur son droit à des mesures de réadaptation.

Le 13 octobre 2009, l'assuré a annoncé à l'OAI que son domicile se trouverait à Genève dès le 15 novembre 2009.

c) Dans un avis médical du 22 décembre 2009, le Dr S. _____ a affirmé que son rapport du 11 février 2009 tenait compte des avis des Drs C. _____ et V. _____, par ailleurs dûment cités. L'assuré n'apportant aucun élément médical nouveau, une expertise neutre ne s'avérait pas nécessaire.

d) Le 12 janvier 2010, l'assuré a remis à l'OAI un questionnaire médical le concernant, complété le 10 janvier 2010 par le Dr C. _____. Ce médecin indiquait que, après avoir pris connaissance du rapport du 11 février 2009 du Dr S. _____, ce dernier lui semblait avoir mal interprété l'avis du Dr V. _____, car l'affection principale et déterminante, soit la colite ulcéreuse, était en rémission sous traitement lourd avec des rechutes. Le Dr C. _____ relevait que ce n'était pas principalement l'état de la colonne vertébrale de l'assuré qui empêchait ce dernier d'effectuer certains travaux, mais bien ses douleurs abdominales, ses coliques, ses diarrhées impératives et imprévisibles, ainsi que l'asthénie et la fatigabilité qui accompagnent cette maladie, qui n'est quasiment jamais guérissable définitivement. Il a ajouté que le Dr S. _____ jugeait mal l'affection chronique colique, car il ne tenait pas compte de l'aspect longitudinal de la maladie, qui connaît des rémissions instables et des rechutes fréquentes après avoir arrêté le traitement. En outre, le Dr C. _____ pensait qu'une capacité résiduelle, dans une activité adaptée, de 70 à 80% était irréaliste.

e) Dans un avis médical daté du 4 mars 2010, le Dr B. _____ du SMR a relevé que le rapport du Dr V. _____ du 7 janvier 2008 indiquait clairement que la colite ulcéreuse ne justifiait aucune incapacité de travail de longue durée et aucune rente d'invalidité. Le questionnaire complété par le Dr C. _____ n'évoquant aucun fait nouveau ou aggravation qui permette de modifier la position du SMR, ce dernier maintenait ses conclusions.

f) Par décision datée du 21 septembre 2009 mais envoyée le 21 octobre 2010, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité. Admettant que, en septembre 2008, soit à la fin du délai de carence, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de magasinier, l'OAI a retenu que cette capacité de travail restait toutefois entière depuis janvier 2008 dans une activité adaptée, soit dans un travail n'exigeant ni port de charges de plus de 10 kg, ni position en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout. Afin de déterminer le degré d'invalidité de l'assuré, l'OAI s'est fondé sur un revenu d'invalidé annuel de 61'389 fr. 47, basé sur le salaire tiré de la table TA1, niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives dans le secteur privé) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2006, adapté à la durée de travail moyenne dans les entreprises en 2006 (41,7 heures) et indexé à 2008. Ce montant a ensuite fait l'objet d'un abattement de 15%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu d'invalidé de l'assuré étant ainsi de 52'181 francs 05 et son revenu sans invalidité de 80'935 fr. 10, le taux d'invalidité s'élevait donc à 35,52%, ce qui ne lui ouvrait aucun droit à une rente.

Le même jour, un formulaire de demande d'aide au placement a été envoyé à l'assuré, qui y a répondu positivement le 22 novembre 2010.

C. a) Le 24 novembre 2010, F._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 21 octobre 2010, concluant sous suite de frais et dépens principalement à sa réforme, dans le sens que des prestations de l'assurance-invalidité, notamment une rente d'un taux à fixer à dire de justice, est octroyée au recourant, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. A l'appui de son recours, il allègue que l'OAI a procédé à une mauvaise appréciation des preuves. En effet, les conclusions des Drs C._____ et V._____ étant divergentes, l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise par le SMR

ou une expertise indépendante pour les départager, le seul avis du Dr S. _____ n'ayant pas de valeur probante.

b) Le 25 novembre 2010, l'OAI a transmis à l'Office AI de Genève le dossier de l'assuré comme objet de sa compétence, afin que soit mise en place une aide au placement. Le 1^{er} décembre 2010, l'assuré s'est opposé à ce transfert, au motif que la décision de l'AI faisait l'objet d'un recours et n'était donc pas entrée en force (art. 40 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Le 8 décembre 2010, l'OAI a annulé le transfert du dossier.

c) Dans sa réponse du 24 janvier 2011, l'OAI a confirmé sa décision et a proposé le rejet du recours.

d) Par courrier du 10 février 2011, le recourant a renoncé à répliquer.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 2008 ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la

procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté auprès du tribunal compétent, soit le tribunal du domicile de l'office intimé, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

c) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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. 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, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) En l'espèce, le recourant soutient que sa capacité de travail est diminuée dans toute activité, et non seulement dans son activité habituelle de magasinier. Se référant à l'avis du Dr C._____, il allègue que sa colite ulcéreuse a d'importantes répercussions sur sa capacité de travail, contrairement à ce que soutiennent les médecins du SMR, et demande qu'une expertise médicale soit ordonnée, afin de départager les opinions divergentes des médecins à ce sujet.

3. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement

doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93, consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à

l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157, consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

4. a) Concernant les cervicalgies et les lombalgies diagnostiquées par le Dr C. _____ (cf. supra, let. A.c), elles ressortent des rapports d'IRM des 9 juin 2005 et 29 mai 2007, ainsi que du rapport du 23 juin 2008 du Dr Z. _____. Ces atteintes ont été prises en compte par le Dr S. _____ du SMR (cf. supra, let. A.d), qui en a déduit une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de magasinier mais entière dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg ni de position en porte-à-faux. La valeur incapacitante de ces affections et les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent, qui ne sont par ailleurs pas contestées par le recourant, sont attestées de façon concordante par tous les rapports médicaux au dossier, de sorte qu'il convient de retenir que les

constatations médicales du Dr S._____ du SMR sur ces affections sont conformes au dossier et que ses conclusions quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée peuvent être suivies.

b) En ce qui concerne la colite ulcéreuse, le Dr S._____ a constaté qu'elle n'était pas incapacitante sur la seule base du rapport du Dr V._____, gastro-entérologue, du 17 janvier 2008, et sans examiner les objections soulevées à ce propos par le Dr C._____. Le Dr V._____ a mentionné dans son rapport du 17 janvier 2008 (cf. supra. let. A.b) que la colite ulcéreuse n'avait justifié que quelques incapacités de travail de courte durée et qu'il ne se justifiait pas, à ce moment-là, d'envisager une rente AI. Le 14 février 2008, ce même spécialiste a indiqué que la colite ulcéreuse était à ce moment-là en rémission, mais qu'elle n'expliquait pas à elle seule la totalité de la symptomatologie douloureuse qui peut évoquer des troubles digestifs fonctionnels. Or, comme l'a relevé le Dr C._____ dans ses réponses au questionnaire du 10 janvier 2010 (cf. supra, let. B.d), cette affection doit être appréhendée de façon longitudinale ; en effet, cette maladie connaît des rémissions instables et des rechutes fréquentes et n'est quasiment jamais guérissable définitivement. Malgré une rémission momentanée sous traitement lourd, cette pathologie se révélerait ainsi extrêmement incapacitante, du fait des douleurs abdominales, des coliques, des diarrhées impératives et imprévisibles, de l'asthénie et de la fatigabilité qu'elle entraîne.

Au vu de ces éléments, il paraît fortement vraisemblable que, au moment de la rédaction par le Dr V._____ de son rapport médical de janvier 2008, l'état du recourant, qui ne se trouvait alors en incapacité de travail que depuis 4 à 5 mois du fait de ses colites, ne justifiait pas encore l'octroi d'une rente d'invalidité (le gastro-entérologue reste prudent en indiquant "actuellement"), mais que la situation médicale s'est péjorée par la suite, devenant alors incapacitante. Sur ce point, les rapports du médecin traitant, le Dr C._____, mettent suffisamment en doute l'avis divergent des médecins du SMR (cf. supra, let. A.d, B.c et B.e). En déniant tout caractère invalidant à la colite ulcéreuse malgré les nombreux rapports du Dr C._____ et en ne s'appuyant sur l'avis du Dr V._____

que de façon imprécise, sans tenir compte notamment du fait que ce spécialiste ne s'est prononcé que sur l'état de santé du recourant au moment de la rédaction de son rapport en janvier 2008, soit plus de deux ans et demi avant la date de la décision litigieuse, l'instruction menée par l'OAI était manifestement insuffisante, de sorte qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle établisse les faits pertinents conformément à l'art. 43 LPGA. Cela étant, le Dr C._____ ne se détermine pas de façon suffisamment motivée sur la capacité de travail résiduelle de son patient, relevant seulement, dans son rapport du 2 novembre 2008 (cf. supra, let. A.c), qu'il existe une capacité de travail résiduelle à temps partiel dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles, sans toutefois la préciser s'agissant de la colite ulcéreuse, comme par exemple dans un poste de portier ou de surveillant.

En conséquence, force est de constater que les pièces au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en l'état. La cause doit donc, au vu de la jurisprudence précitée (ATF 135 V 465 précité ; cf. supra, consid. 3), être renvoyée à l'intimé afin que celui-ci procède à un complément d'instruction, au sens de l'art. 44 LPGA, sous la forme d'une expertise qui examine la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à la fois à ses cervicalgies et lombalgies et aux conséquences de sa colite ulcéreuse, à savoir notamment les douleurs, le risque de rechute, le traitement à suivre, ainsi que la fatigue et l'asthénie engendrés par cette maladie.

5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction dans le sens des considérants.

Le recourant, qui obtient gain de cause en ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'000 francs.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour

nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault, avocate (pour F._____),
- 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 :