

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 juillet 2013

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Thalmann et M. Merz  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à Echallens, recourant,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI**

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

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1961, monteur électricien de formation, a travaillé du 1<sup>er</sup> juillet 1982 au 30 avril 2007 en qualité de mécanicien de locomotives pour J.\_\_\_\_\_.

Le 5 juin 2007, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de placement et d'une rente. Il se prévalait de deux tumeurs pré-cancéreuses à la vessie. Les documents médicaux suivants ont été joints à l'appui de cette demande:

- Un rapport du 27 juin 2005 du Dr B.\_\_\_\_\_, urologue traitant de l'assuré, indiquant qu'une cystoscopie avait mis en évidence quelques débris de matériel nécrotique dans la vessie et avait permis de constater qu'il y avait globalement nettement moins d'inflammation de la muqueuse vésicale. Il a mentionné une disparition progressive de la symptomatologie sous corticothérapie, et indiqué une incapacité de travail à 50% du 30 mai au 12 juin 2005.

- Un rapport du 5 avril 2007 du Dr [...], du service médical des [...], relevant que l'assuré était inapte pour toute activité professionnelle en tant que mécanicien, en raison des irritations qu'il présentait lors de vibrations de machines et également en raison des effets secondaires de ses médicaments.

Sur le plan économique, dans un extrait du compte individuel de l'assuré, la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a mis en évidence des revenus de 120'616 fr. en 2005 et de 102'182 fr. en 2006. Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 4 juillet 2007, J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré, sans atteinte à sa santé, réaliserait un salaire de 94'766 fr. depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007. Il a en outre indiqué que le salaire correspondant à son rendement s'élevait à 50'000 fr. depuis cette date.

Le service médical des [...] a par la suite transmis un rapport du 7 mars 2007 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, qui a retenu que ce dernier présentait un mauvais état général, avec troubles du sommeil, fatigue, vertiges, teint grisâtre, troubles du transit intestinal et manque de vitamines D et B12. Elle a retenu la présence d'une affection vésicale, avec notamment inflammation, leucoplasie, métaplasie et infections récidivantes à mycoplasme et uréaplasme.

L'OAI s'est adressé au Dr B.\_\_\_\_\_, qui dans un rapport du 10 août 2007 a posé les diagnostics de cystites folliculaires importantes avec œdème de la muqueuse, de douleurs vésicales et de cystites majeures chroniques. Il a retenu que l'assuré pouvait travailler dans son activité habituelle, tant qu'il ne subissait pas de secousses ni de champ magnétique et qu'il n'effectuait pas d'efforts physiques importants. Ce médecin s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles, retenant qu'il fallait éviter les vibrations et le stress physique, puis que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité statique.

En outre, l'OAI s'est adressé à la Dresse Q.\_\_\_\_\_, qui dans un rapport du 20 août 2007 a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de métaplasie, leucoplasie et nécrose de la muqueuse vésicale itérative avec troubles fonctionnels. Elle a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 19 février 2007. Se prononçant sur les limitations fonctionnelles, elle a retenu qu'une activité sédentaire et sans efforts physiques était envisageable.

Par communication du 12 décembre 2007, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion. A ce titre, l'assuré a effectué plusieurs stages de réadaptation, et a montré de l'intérêt pour une formation dans le secteur de la chimie.

Dans un rapport médical du 9 juillet 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'hypocontractilité vésicale (peut-être d'origine neurogène), et de décollement et infection de la muqueuse vésicale d'origine indéterminée. Il a retenu que l'assuré présentait une récurrence de ses symptômes, soit des douleurs vésicales importantes, une impression de mauvaise vidange vésicale ainsi que des douleurs et brûlures à l'éjaculation. Il a proposé de tenter une réadaptation dans la profession habituelle de l'assuré sur des motrices ne présentant pas de vibrations. Le 14 août 2008, ce médecin a retenu que l'assuré avait présenté une récurrence d'infection urinaire; il a proposé des examens urodynamiques.

Dans un rapport du 29 septembre 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'hypocontractilité vésicale (peut-être d'origine neurogène), de décollement et infection de la muqueuse vésicale d'origine indéterminée, et d'importante douleur vésicale et hématurie induite par des vibrations. Il a retenu que l'assuré présentait chroniquement des infections urinaires et des douleurs vésicales, aggravées par des vibrations, des mouvements ou de l'exercice. Il a ajouté que l'assuré commençait à présenter une dépression relativement importante.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a demandé le dossier de l'assuré auprès du service d'urologie du CHUV, lequel a transmis les documents suivants:

- Un rapport du 5 août 2008 des Drs K.\_\_\_\_\_ et [...], responsable de l'unité nerf-muscle et chef de clinique du service de neurologie du CHUV, qui ont diagnostiqué une dysurie de probable origine vésico-urétrale et une polyneuropathie sensitive axonale d'origine indéterminée. Ces médecins ont retenu qu'une IRM (cervicale, thoracique et lombaire) n'avait pas montré de lésions médullaires mais des kystes sacraux nécessitant un contrôle urodynamique. Ils ont proposé un complément d'investigation pour la polyneuropathie.

- Un rapport du 10 octobre 2008 des Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, médecin associé et médecin assistante au service d'urologie du

CHUV, qui ont posé les diagnostics urodynamiques de vessie normocontractile, hyposensitive et stable, de pressure flow équivoque et de bonne relaxation du plancher pelvien. Ils ont retenu que l'assuré présentait des troubles de la sensibilité de la vessie, avec une contractilité conservée permettant des mictions presque satisfaisantes.

Dans un rapport du 11 février 2009, le Professeur P.\_\_\_\_\_, chef du service d'urologie, a diagnostiqué une dysurie d'origine indéterminée et une polyneuropathie sensitive axonale. Il n'était pas possible de connaître l'étiologie des troubles de la vidange vésicale, une impossibilité d'uriner de manière régulière étant possible. La situation mictionnelle était actuellement stabilisée mais la vidange vésicale restait médiocre.

L'OAI s'est adressé à V.\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute, qui dans un rapport du 16 avril 2009 a retenu un épisode dépressif léger réactionnel. Comme symptômes, elle a retenu des troubles du sommeil, de la tristesse et un état d'abattement. Le travail thérapeutique, à raison d'une séance de psychothérapie par semaine, s'effectuait autour de la capacité de l'assuré à trouver un fonctionnement psychique lui permettant de faire face à son état de santé et à sa situation professionnelle.

Dans un avis médical du 27 avril 2009 du Dr M.\_\_\_\_\_, le SMR a retenu qu'il convenait de déterminer si un stage d'observation professionnelle en internat était possible du point de vue psychiatrique.

En date du 28 avril 2009, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dysurie de probable origine vésico-urétrale, de polyneuropathie sensitive axonale d'origine indéterminée, de vessie normocontractile, hyposensible et stable, de pressure flow équivoque, et de prostatites et systites récidivantes. Comme limitations fonctionnelles, elle a évoqué l'absence d'efforts, de portage supérieur à 3-5 kg et de vibrations, en raison d'une détérioration immédiate de la fonction

vésiculaire. Elle a retenu que l'assuré pouvait avoir besoin chaque heure de 10 à 15 minutes pour vider sa vessie.

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> mai 2009, la psychologue V. \_\_\_\_\_ a retenu que la situation de l'assuré s'était nettement aggravée, un stage d'orientation professionnelle en internat n'étant pas exigible au vu d'un état dépressif trop grave et de symptômes phobiques l'empêchant de sortir.

Le 14 septembre 2009, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait subi une opération le 8 juillet 2009 pour une hernie inguinale droite. Il a également signalé que les déplacements en voiture avaient une influence sur sa vessie, avec une miction plus difficile et un débit d'urine plus faible. L'assuré a par ailleurs fait part de problèmes psychiques et de troubles du sommeil, en précisant qu'il prenait des antidépresseurs.

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique, effectué le 2 septembre 2009 par le Dr S. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Dans son expertise du 22 septembre 2009, ce spécialiste a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, et de personnalité anxieuse / évitante. Il a retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"L'assuré me semble présenter des problèmes d'anxiété, de tension nerveuse, des émotions mal gérées avec une tristesse qui fluctue dans le temps et ceci en fonction des événements, associés à des légers troubles de la concentration, de la mémoire des faits nouveaux et des troubles du sommeil.

Ces signes et symptômes me semblent correspondre à un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, et sont secondaires aux difficultés physiques ressenties par l'assuré comme importantes et à sa situation actuelle concernant son activité professionnelle.

Signalons également que l'assuré ressent un profond sentiment d'injustice vis-à-vis des [...] et qu'il estime être dans son droit d'exiger une compensation économique de la part de l'OAI, comme si l'octroi d'une rente pouvait combler la blessure narcissique qu'il ressent depuis son licenciement.

Après examen clinique et examen de votre dossier médical, je n'ai pas pu retenir des signes ou des symptômes d'une maladie

psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité aigue ou grave. L'assuré présente une personnalité anxieuse mais sans que cela soit pathologique en soi et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive réactionnelle aux problèmes de santé.

Le pronostic reste réservé, il y a des risques d'une évolution vers un trouble somatoforme étant donné la certitude de l'assuré d'avoir une maladie très handicapante.

[...]

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés.

[...]

Sur le plan psychique, sentiment d'injustice, tristesse légère, irritabilité, sentiment de ras-le-bol.

Sur le plan social, aucune limitation.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici.

Comme dit précédemment, le trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxiodépressive présenté chez l'assuré est réactionnel au licenciement et aux problèmes de vessie de l'assuré, et ne présente pas un degré handicapant.

[...]

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune contre-indication pour que l'assuré poursuive les mesures de réadaptation déjà entamées".

Dans un courrier du 28 septembre 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'à son avis l'assuré ne pouvait pas se déplacer afin d'exercer une activité professionnelle. Il a préconisé une activité à courte distance du domicile de l'assuré, afin de lui permettre de pouvoir s'y rendre en quelques minutes à pied.

Dans un avis médical du SMR du 14 octobre 2009, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu qu'au vu des rapports médicaux versés au dossier, l'assuré serait à même d'effectuer une activité à plein temps, s'il s'agit d'une activité près de son domicile, dès lors que les déplacements sont néfastes pour sa santé. Il appartenait au service de réadaptation de l'OAI d'examiner l'existence d'une telle activité.

Le 21 octobre 2009, l'assuré a relevé que le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ comportait des erreurs factuelles et n'avait pas fait mention de ses troubles du sommeil.

Dans son rapport du 5 février 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré parvenait à gérer sa fonction mictionnelle et ses ennuis urinaires, en prenant le temps de se reposer et de boire suffisamment. Une analyse d'urine avait mis en évidence l'absence d'infection patente décelable et l'effet bénéfique d'antibiotiques. Une mictiographie avait permis de constater un débit d'urine correct, malgré un résidu post-mictionnel de 5 dl. Une cystoscopie avait mis en évidence des parois vésicales souples, mais la persistance de quelques placards inflammatoires; la muqueuse vésicale paraissait en meilleur état qu'il y a quelques années. Ce médecin en a déduit qu'il n'était pas possible de diagnostiquer la pathologie que présentait l'assuré, lequel pouvait être réadapté professionnellement s'il trouvait un poste de travail adapté proche de chez lui.

Dans un courrier du 15 février 2010, l'assuré a informé l'OAI que sa miction était redevenue stable, mais que l'état de sa vessie était difficilement compatible avec une activité professionnelle, même en internat. Il était toujours sous traitement antidépresseur, suivait toujours sa psychothérapie et prenait toujours des médicaments pour pouvoir dormir pendant la nuit.

Dans un avis médical du SMR du 18 février 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré devait éviter les déplacements prolongés imposés, devait pouvoir se rendre librement aux toilettes et devait pouvoir s'hydrater à sa guise. Un déplacement en voiture privée était exigible, ce qui n'était pas le cas d'un déplacement en transports publics. Un stage en internat respecterait les limitations fonctionnelles, et une mesure d'observation professionnelle était exigible.

A la demande de l'OAI, dans un document rempli le 18 mars 2010, les [...] ont retenu que l'assuré, sans atteinte à la santé, aurait

touché en 2007 un salaire de 110'282 fr. 15, compte tenu du salaire de base, d'indemnités, d'allocation de résidence et de prime pour ancienneté.

Dans un courrier du 23 mars 2010, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait de nouveau été victime d'une infection urinaire et qu'il était sous traitement antibiotique. Il a affirmé qu'il prenait toujours des médicaments antidépresseurs et pour dormir la nuit, et qu'il continuait son suivi psychologique.

Dans un projet d'acceptation de rente du 29 mars 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 22 juin 2006, et que ce dernier pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de vibrations, d'efforts physiques importants ni de déplacements prolongés; possibilité de se rendre librement aux toilettes et de s'hydrater). L'OAI a retenu un revenu d'invalidé de 54'130 fr. 05 - résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2007, avec un abattement de 10% - et un revenu sans invalidité de 110'282 fr. 15, mettant en évidence un degré d'invalidité de 50.94%.

Par décision du 12 août 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007. Dans sa motivation, l'OAI s'est référé aux mêmes indications que celles de son projet précité, en retenant toutefois un revenu sans invalidité de 108'582 fr. 25, selon les dernières indications transmises par l'ancien employeur de l'assuré, et un degré d'invalidité de 50.17%.

**B.** Le 12 décembre 2011, l'assuré a expliqué à l'OAI que son état de santé s'était dégradé sur le plan physique et psychique. Il a transmis un rapport du 19 octobre 2011 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, qui a retenu que son patient avait développé cette année de nouveaux problèmes de santé nécessitant une réévaluation de la situation.

Dans un rapport du 27 janvier 2012, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a retenu la présence de nouveaux diagnostics, à savoir une métaplasie malpyghienne de la vessie, une maladie de Crohn en 2011, une insuffisance artérielle stade II B des membres inférieurs avec angioplastie des axes iliaques en 2011, une maladie de Bastrup au niveau L4-L5 et L5-S1, et un état dépressif moyen à sévère. L'incapacité de travail était estimée à 60% en mars 2010 et à 80% en février 2011. L'ensemble des pathologies évoquées était de nature plutôt chronique et le pronostic moyen; une amélioration de l'état dépressif était envisageable à moyen terme.

Le cas a été soumis au SMR, qui sous la plume du Dr X.\_\_\_\_\_ a retenu dans un avis médical du 15 février 2012 que les nouvelles atteintes de l'assuré devaient être documentées. Il a requis la production de toutes les pièces médicales à ce sujet.

Le 1<sup>er</sup> mars 2012, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a produit notamment les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 4 avril 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_, gastroentérologue [...], indiquant qu'une coloscopie effectuée sur l'assuré évoquait une maladie de Crohn. Il a émis des propositions thérapeutiques.

- Un rapport anatomo-pathologique du Dr [...], directeur du laboratoire de cytologie et pathologie [...] de Lausanne, retenant les diagnostics d'iléite chronique ulcérée et de colite chronique à distribution hétérogène, en partie granulomateuse, focalement ulcérée. Il a retenu que la localisation iléale et colique ainsi que le type d'atteinte inflammatoire suggéraient une maladie de Crohn.

- Un rapport du 15 juillet 2011 du Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue, retenant la présence de dorso-lombalgies mineures et d'impressions de lâchage des membres inférieurs, sans lien avec un rhumatisme axial, une pathologie mécanique de type hernie discale ou de canal étroit. Ce spécialiste a retenu que le problème rachidien n'avait pas de répercussion

sur les capacités de travail, l'assuré ayant déjà une limitation du port de charges pour son problème vésical.

- Un rapport du 15 juillet 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de maladie de Crohn avec atteinte iléale sur 7 cm. Il a signalé des difficultés du transit intestinal et s'est prononcé au sujet du traitement médicamenteux.

- Un rapport du 27 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_, confirmant le diagnostic de maladie de Crohn avec atteinte iléale sur 7 cm. Il a fait état d'un traitement médicamenteux et a proposé de nouveaux examens.

- Une IRM lombaire effectuée le 5 octobre 2011 au [...], retenant qu'il n'y avait pas de canal lombaire étroit, de sténose foraminale ni de hernie discale. Une arthrose inter apophysaire postérieure bilatérale en L4-L5 et L5-S1, associée à une poussée inflammatoire, s'étendant en situation inter-épineuse L4-L5 et L5-S1 (maladie de Bastrup) a été mise en évidence.

- Un angio-CT des membres inférieurs effectué le 13 octobre 2011 au [...], relevant, mis à part quelques sténoses relatives au niveau du départ des axes iliaques des deux côtés, une bonne opacification de tout le réseau artériel jusqu'en distalité des deux membres inférieurs sans signe de sténose ou de surcharge athéromateuse significative.

- Un rapport du 10 janvier 2012 du Dr [...], spécialiste en médecine interne, faisant suite à un bilan artériel des membres inférieurs. Il a retenu que son patient marchait sans ressentir de douleurs et a indiqué que le résultat de l'angioplastie était toujours satisfaisant, un nouveau contrôle étant prévu dans deux mois.

Le cas a ensuite été soumis au SMR, qui a retenu ce qui suit dans un avis médical du 9 mars 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_:

"Aucune des pathologies nouvellement annoncées n'est à l'origine d'une incapacité de travail durable.

Selon le Dr G.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue, la maladie de Crohn a bien répondu au traitement. L'assuré dit aller bien; il persiste une tendance à la constipation; il n'y a pas de douleurs abdominales, très rarement des nausées le soir.

- Les dorso-lombalgies ne se répercutent pas sur la capacité de travail selon le Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue.

- Le résultat de l'angioplastie est satisfaisant. Les pressions systoliques des membres inférieurs sont dans les limites de la norme. L'assuré peut marcher sans restriction.

Dans ces conditions, les capacités de travail et les limitations fonctionnelles précédemment retenues restent valables".

Dans un projet de décision du 10 mai 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser une révision de son droit à la rente dans le sens d'une augmentation. Il a retenu que les nouvelles pathologies annoncées, au vu des nouvelles investigations médicales, n'étaient pas à l'origine d'une incapacité de travail durable. Il n'y avait donc pas de modification de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, de sorte que le degré d'invalidité restait inchangé.

Dans un rapport du 26 juin 2012, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait besoin d'une aide au placement.

Le 3 juillet 2012, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, en expliquant que son état de santé s'était détérioré, avec la maladie de Crohn, des problèmes circulatoires et des douleurs dorsales. Il a signalé une nouvelle inflammation de sa vessie, avec la présence d'éléments précancéreux dans l'échantillon d'urine, et une nouvelle infection urinaire depuis la semaine passée. En outre, il a demandé à pouvoir bénéficier d'une aide au placement.

En date du 20 juillet 2012, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait de nouveau une infection de la vessie et que la prise d'antibiotiques posait problème avec les médicaments pour la maladie de Crohn et pour sa dépression. Le traitement actuel de la maladie de Crohn était problématique. Les derniers examens sanguins démontraient une

altération au niveau du foie; un contrôle échographique avait révélé une inflammation.

Dans un rapport du 27 août 2012, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit:

"La situation se péjorant sur plusieurs fronts je vous adresse un nouveau rapport médical.

- Pour la vessie: leucoplasie, inflammation subaiguë, résidu vésical entre 300 et 500 ml.
- Maladie de Crohn: hépatite sous Imurek.
- Foie remanié d'aspect pseudonodulaire à l'ultrason abdominal à investiguer.
- Insuffisance artérielle des membres inférieurs, status post-angioplastie, situation stationnaire pour l'instant avec de discrets signes de resténose.
- Maladie de Bastrup au niveau L4-L5 L5-S1 entraînant des dorsolombalgies mineures.
- Epaule droite: douleur à mi-course en abduction de l'épaule droite avec sur la radiographie standard des petites calcifications paratendineuses en regard du trochin de l'épaule droite, cette symptomatologie devra faire objet d'une consultation spécialisée.
- L'état dépressif ne présente pas de signe d'amélioration avec un fond suicidaire persistant.

Conclusion: si pris séparément chacun des problèmes pourrait n'entraîner qu'une petite incapacité de travail. L'addition de toutes ces pathologies dont chacune est susceptible d'aggravation à tout moment confirme notre impression d'une incapacité de travail à 80%".

Dans un rapport du 27 août 2012, le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé que la problématique vésicale n'avait pas été examinée par le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du SMR du 9 mars 2012. Il a retenu que la vessie de l'assuré présentait des signes de souffrance infectieux majeurs, avec notamment la présence de cloques intra-vésicales, de résidus post-mictionnels importants et d'un jet urinaire péjoré. L'assuré devait éviter les trajets trop longs et surtout dans des véhicules soumis à de trop fortes vibrations; des commodités devaient se trouver à proximité de son lieu de travail pour qu'il puisse fréquemment vider sa vessie.

Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR, qui sous la plume du Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit dans un avis médical du 5 septembre 2012:

"Le Dr B. \_\_\_\_\_, urologue, allègue que je n'aurais pas tenu compte de la pathologie vésicale dans la rédaction de mon avis du 9.3.2012.

Cette remarque est parfaitement justifiée. En effet, le dit avis ne concernait que les pathologies nouvellement annoncées par le Dr G. \_\_\_\_\_, le Dr C. \_\_\_\_\_ et le Dr [...].

Le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a probablement pas pris connaissance de l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_ du 18.2.2010, qui évoque la pathologie vésicale et les limitations fonctionnelles qui lui sont liées.

Le courrier de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du 27.8.2012 ne contient qu'un rappel des diagnostics déjà connus. L'incapacité de travail de 80% attestée n'est pas motivée.

Nous n'avons par conséquent pas de raison de modifier notre position".

Par décision du 16 octobre 2012, l'OAI a refusé de modifier le droit à la rente de l'assuré dans le sens d'une augmentation. Il s'est référé aux mêmes motifs que ceux figurant dans son projet de décision du 10 mai 2012.

Dans un courrier d'accompagnement du 16 octobre 2012, l'OAI a expliqué à l'assuré que les nouvelles atteintes à la santé dont ce dernier se prévalait ne permettaient pas de justifier une diminution de la capacité de travail. La maladie de Crohn avait bien répondu au traitement, les dorsolombalgies n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail et, s'agissant de la problématique artérielle, le résultat de l'angioplastie était satisfaisant et aucune limitation à la marche n'avait été relevée.

**C.** Par acte du 14 novembre 2012, L. \_\_\_\_\_ a recouru au Tribunal cantonal et conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et à l'octroi de trois quarts de rente ou d'une rente entière. Il fait valoir que ses nouvelles atteintes à la santé, signalées par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, n'ont pas fait l'objet d'investigations complètes par l'OAI. Se prévalant de l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, il relève qu'il présente sur le plan urologique plusieurs limitations fonctionnelles pour l'exercice d'une activité lucrative. Il ajoute que les arguments du SMR ne permettent pas d'écarter les constatations de ses médecins traitants et leur appréciation de la capacité de travail.

Dans sa réponse du 18 décembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Sur la base de l'avis du SMR, il soutient que les nouvelles pathologies dont souffre l'assuré ne sont pas à l'origine d'une incapacité de travail et qu'il a déjà été tenu compte des limitations fonctionnelles liées à la problématique vésicale. Le dossier est donc suffisamment complet sur le plan médical pour se prononcer sur l'état de santé de l'assuré et sur sa capacité de travail, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise n'est pas nécessaire.

Dans sa réplique du 21 janvier 2013, le recourant a confirmé sa position et réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a déposé un rapport du 10 décembre 2012 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, qui a relevé en particulier ce qui suit:

"Je continue de mon côté à considérer que [les] troubles qui sont apparus chez Monsieur L.\_\_\_\_\_ entre le mois d'août 2010 et maintenant sont tels qu'il n'est pas possible d'envisager [qu'il] puisse, même dans une activité adaptée, avoir une capacité de travail qui dépasse les 30% ceci pour les raisons suivantes:

- Pour la vessie les trajets en voiture doivent être limités, le patient doit pouvoir se rendre aux toilettes une fois par heure et sa miction peut durer dix à quinze minutes.
- Pour ce qui concerne la maladie de Crohn, la maladie nécessite une surveillance et des examens de laboratoire fréquents donc des rendez-vous.
- Concernant l'insuffisance artérielle des membres inférieurs nous avons déjà actuellement des signes de resténose peu symptomatiques pour l'instant.
- Concernant la maladie de Baastrup il souffre de lombalgies et doit donc changer fréquemment de position.
- Concernant son épaule droite, il existe une tendinopathie insertionnelle du muscle sous scapulaire, une capsule rétractile, un conflit sous-acromial, le traitement ne peut donc être que symptomatique, les efforts limités alors qu'il s'agit du bras dominant.

Je suis absolument d'accord que, prises isolément, aucune de ces pathologies nouvellement annoncées n'est à l'origine d'une incapacité de travail durable. Mais l'addition des pathologies ont provoqué chez ce patient une importante perte de l'estime de soi, une sensation d'échec répété et le sentiment de n'avoir plus sa place en ce monde, symptômes d'une dépression qui s'aggrave avec des risques suicidaires de plus en plus souvent évoqués malgré un traitement thymoleptique, une thérapie de soutien chez Madame V.\_\_\_\_\_, psychologue.

Je constate que ce patient au fil des mois suit une courbe descendante. Aucune de ses pathologies n'est guérissable et [est] susceptible à tout moment d'aggravation".

Dans sa duplique du 5 février 2013, l'OAI a confirmé ses conclusions. Tout en se référant à ses précédentes écritures, il a déposé un avis médical du SMR du 29 janvier 2013 du Dr X. \_\_\_\_\_, qui a retenu notamment ce qui suit:

"Nous avons déjà exposé dans nos avis précédents les raisons pour lesquelles nous n'avons pas retenu de limitation fonctionnelle en relation avec la maladie de Crohn, les dorso-lombalgies et l'insuffisance artérielle des MI. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a mentionné les empêchements relatifs à la maladie vésicale. Nous n'y reviendrons donc pas.

L'aspect psychiatrique a été pris en compte par une expertise de septembre 2009, ne retenant aucune pathologie incapacitante. La Dresse Q. \_\_\_\_\_ ne nous apporte aucune preuve d'une aggravation dans ce contexte.

Dès lors, nous estimons que l'instruction a été complète et correctement conduite. Il n'y a pas lieu de modifier notre position".

Dans ses déterminations du 28 février 2013, le recourant a confirmé ses conclusions et réitéré ses arguments.

### **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'AI (art. 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 sont sujettes à recours auprès du 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). Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, 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.

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce, l'assuré est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007. Dans la décision attaquée, l'OAI a refusé de procéder à une révision à la hausse du droit à la rente. Faisant valoir que ses problèmes de santé n'ont pas fait l'objet d'une investigation complète par l'OAI, le recourant réclame la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, partant, l'octroi de trois quarts de rente ou d'une rente entière.

**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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**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 51 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. 2c; 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. 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; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006

consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

**4. a)** Dans le cas présent, par décision du 12 août 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007. A cette époque, l'assuré présentait des troubles mictionnels (ou urinaires), mis en évidence par le Dr B.\_\_\_\_\_, urologue. L'assuré ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité mais présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Comme limitations fonctionnelles, il devait éviter les vibrations, les efforts physiques importants et les déplacements prolongés; il devait pouvoir se rendre librement aux toilettes et devait pouvoir s'hydrater à sa guise. Une expertise du 22 septembre 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_ avait permis de mettre en évidence l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Il convient donc d'examiner, dans le cadre d'une demande de révision formée par l'assuré, s'il y a eu une modification des circonstances pouvant permettre de modifier le droit à la rente, respectivement si les rapports médicaux figurant au dossier sont suffisants pour se prononcer à ce sujet.

**b)** Sur la base de l'avis de son médecin traitant la Dresse Q.\_\_\_\_\_, le recourant se prévaut d'une aggravation de son état de santé. Dans ses rapport des 27 janvier, 27 août et 10 décembre 2012, cette praticienne a retenu la présence de nouveaux diagnostics, à savoir une métaplasie malpyghienne de la vessie, une maladie de Crohn en 2011, une insuffisance artérielle stade II B des membres inférieurs avec angioplastie des axes iliaques en 2011, une maladie de Bastrup au niveau L4-L5 et L5-S1 et des douleurs de l'épaule droite. Des rapports de spécialistes ont été versés au dossier, confirmant la maladie de Crohn

ainsi que la maladie de Bastrup, et mettant en évidence des dorso-lombalgies mineures, des impressions de lâchage des membres inférieurs et une arthrose inter apophysaire postérieure bilatérale en L4-L5 et L5-S1.

Pour sa part, dans ses avis médicaux des 9 mars 2012 et 29 janvier 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_ a relevé qu'aucune des pathologies nouvellement annoncées n'était à l'origine d'une incapacité de travail durable, dès lors que la maladie de Crohn avait bien répondu au traitement, que les dorso-lombalgies ne se répercutaient pas sur la capacité de travail et que l'insuffisance artérielle n'empêchait pas l'assuré de marcher. D'emblée, il appert que les motivations du médecin du SMR, reprises par l'OAI, sont succinctes et peu étayées. Certes, les explications du Dr G.\_\_\_\_\_ permettent de retenir que la maladie de Crohn semble traitée, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu que le problème rachidien n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail et le Dr [...] a relevé que l'assuré, malgré ses troubles artériels, pouvait marcher sans ressentir de douleurs. On ne saurait cependant perdre de vue que ces affections, combinées aux troubles urinaires clairement attestés, entraînent d'importantes limitations fonctionnelles. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ a du reste retenu, dans son rapport du 27 août 2012, que l'ensemble des pathologies de l'assuré entraîne une incapacité de travail de 80%. Par ailleurs, le SMR n'a pas pris position sur les constatations de l'urologue traitant de l'assuré, le Dr B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 août 2012. Le 5 septembre 2012, le SMR s'est en effet limité à renvoyer à l'avis médical du 18 février 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il ne s'est aucunement prononcé sur l'évolution de l'infection urinaire, pourtant dûment documentée.

Sur le plan psychique, dans son avis médical du 29 janvier 2013, le SMR s'est contenté de relever qu'il n'y avait aucune preuve d'une aggravation par rapport à l'expertise du 22 septembre 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, qui n'avait pas mis en évidence de pathologies incapacitantes. Or, dans son rapport du 10 décembre 2012, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a relevé l'existence d'un état dépressif moyen à sévère avec une importante perte de l'estime de soi, un sentiment d'échec et des idées suicidaires, malgré un traitement médicamenteux et un suivi auprès d'une psychologue. Bien

que cette praticienne ne soit pas psychiatre, le SMR ne saurait sans autre, comme il l'a fait, ignorer les constatations de la Dresse Q.\_\_\_\_\_.

**c)** Dès lors, il convient de retenir que l'OAI n'a pas suffisamment instruit la demande de révision déposée par l'assuré. Le SMR s'est en effet limité à une étude du cas sur pièces médicales sans avoir effectué d'examen clinique, alors que de nombreux rapports médicaux ont été versés au dossier.

Sans remettre en cause la valeur probante des rapports médicaux recueillis au cours de l'instruction, il appert que les lacunes quant à l'évaluation du cumul des pathologies dont souffre le dossier sur le plan médical n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement clinique de la part de l'OAI. Il n'existe dès lors aucun motif s'opposant au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1 et les références citées). Il appartiendra donc à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, au sens de l'art. 44 LPGA, afin d'examiner tant les troubles somatiques (notamment urologiques, artériels et rhumatologiques) que psychiques ainsi que leurs répercussions globales sur la capacité de travail.

Partant, le recours est admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical, puis nouvelle décision concernant le droit à la rente.

**5.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel et ne faisant pas valoir de frais particuliers, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée audit office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- L. \_\_\_\_\_
- 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).

Le greffier :