

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 décembre 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Thalmann et Dessaux, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Jean Lob, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

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

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, est titulaire d'une équivalence au CFC de monteur-électricien délivrée par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail (OFIAMT) à Berne. Il a exercé en dernier lieu la profession d'électricien à 100%, rémunéré à l'heure lors de missions temporaires au profit d'agences en placement de personnel sises à [...].

L'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent (API) le 24 septembre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). Il indiquait souffrir de douleurs et blocages en raison de maladies, à savoir une colite ulcéreuse chronique hémorragique des intestins et une affection rhumatismale chronique du dos. Il a joint à sa demande les pièces et documents suivants :

- Des certificats des médecins traitants et du service de gastro-entérologie et d'hépatologie de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) du CHUV, dont il ressort les incapacités de travail suivantes de l'assuré :

- 100 % du 24 août 2007 au 29 août 2007 ;
- 100% du 18 septembre au 31 octobre 2007 ;
- 100% dès le 3 janvier 2008 (à réévaluer) ;
- 100% du 13 mai au 1<sup>er</sup> juin 2008 ;
- 100% du 18 août au 29 août 2008 (à réévaluer) ;
- 100% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008 (à réévaluer).

- Un certificat du 25 juin 2008, au terme duquel le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie à [...] attestait que son patient présentait une affection rhumatismale chronique traitée depuis plusieurs années à son cabinet et qu'il ne devait pas porter de charges lourdes ni effectuer de travaux pénibles.

- Une convocation du service de gastro-entérologie de la PMU pour une rectosigmoïdoscopie de l'assuré prévue le 3 septembre 2008 auprès de son service d'endoscopie.

Dans un formulaire annexe complété le 13 octobre 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de recto-colite ulcéro-hémorragique (RCUH) gauche ainsi que de lombosciatalgies chroniques récidivantes et cervicalgies sur troubles dégénératifs. Qualifiant le pronostic de « difficile à prévoir », sous la rubrique « 7. Remarques », le Dr S.\_\_\_\_\_ a encore indiqué que, depuis septembre 2007, l'assuré avait été traité sur le plan digestif par le service de gastro-entérologie du CHUV et que son suivi était assuré par le Dr Z.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue à [...].

A teneur d'une fiche d'examen du dossier du 17 novembre 2008 adressée à son « Service Enquêtes IMPOTENCE », l'OAI a demandé la réalisation d'une enquête au domicile de l'assuré.

Le 18 décembre 2008, une enquête impotence a été effectuée chez l'assuré et en sa présence. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice M.\_\_\_\_\_, de l'Office AI, a relevé qu'affecté de recto-colite ulcéro-hémorragique gauche ainsi que de lombosciatalgies chroniques récidivantes et cervicalgies sur troubles dégénératifs, vivant sans cannes à domicile, l'assuré avait besoin de l'aide régulière et importante de sa femme le 50% du temps pour les actes ordinaires « Se vêtir » et « Faire sa toilette » lors de blocages du dos, cela depuis mai 2007. En ces moments, l'acte « Se déplacer - entretenir des contacts sociaux » était par ailleurs impossible, l'assuré vivant au 2<sup>ème</sup> étage sans ascenseur. Sous la rubrique « 5. Remarques », l'enquêtrice concluait en ces termes :

“L'entretien a été réalisé à domicile en présence de l'assuré. L'aide mentionnée est uniquement nécessaire en cas de blocage du dos. Ce qui arrive la moitié du temps selon les déclarations de cet assuré. Une demande de rente est en cours.”

Le 5 janvier 2009, l'assureur perte de gain maladie (T.\_\_\_\_\_), versant ses prestations (indemnités journalières) à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008, a transmis une copie de son dossier à l'OAI. Il en ressort notamment les éléments médicaux suivants :

- Un certificat du 17 mai 2004 à teneur duquel, le Dr L.\_\_\_\_\_, chiropraticien, mentionnait que, suite à un accident survenu le 24 mai 2002, l'assuré ne pouvait pas effectuer de la manutention lourde ainsi que manipuler le marteau-piqueur pour une durée indéterminée.
  
- Des certificats des 3, 28 octobre et 1<sup>er</sup> décembre 2008 du Dr S.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de l'assuré au long cours, la reprise d'activité étant fonction de l'évolution de la santé.
  
- Un « rapport de suivi » complété le 2 décembre 2008 à l'intention de l'assureur perte de gain par le Dr W.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assuré depuis le 2 octobre 2008, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.10), de douleurs au dos et de maladie de Crohn. En raison du cumul des troubles somatiques et de l'état dépressif, le Dr W.\_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail à 100% de son patient dès le 3 octobre 2008. Il précisait que cette incapacité existait déjà avant sa prise en charge et ne se prononçait pas sur une date de reprise de l'activité.

Le 9 janvier 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme de mesures de réadaptation professionnelle et/ou de rente. Il indiquait être en incapacité totale de travailler depuis 2004, en raison d'une affection rhumatismale chronique (au dos et aux jambes), d'une colite ulcéreuse chronique hémorragique au côlon et d'une dépression.

Dans un rapport du 2 février 2009 à l'intention de l'Office AI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies chroniques récidivantes et cervicalgies sur troubles dégénératifs, de recto-colite ulcéro-hémorragique G et d'état dépressif chronique ainsi que celui, sans effet sur la capacité de travail, d'hyperlipidémie. Ce médecin retenait une incapacité de travail totale dès juillet 2008 avec un pronostic réservé face à un patient qui se considérait inapte à poursuivre son métier d'électricien. Le traitement consistait en de

la physiothérapie (deux fois par année) et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), à savoir Imurek® 50mg 4x/j., Salofalk® 500 8x/j. et Simcora® 40 mg 1x/j. Selon le Dr S.\_\_\_\_\_ les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), penché, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi / à genoux, pas de rotation en position assise / debout, pas de soulèvement ou port de charges près / loin du corps, pas de montée sur une échelle / un échafaudage ni d'escaliers. Malgré ses nombreuses limitations, l'assuré ne rencontrait néanmoins aucune restriction en lien avec sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation ainsi que sa résistance.

Dans un rapport du 16 février 2009 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de douleurs au dos et de maladie de Crohn. Mentionnant également un pronostic réservé, ce psychiatre retenait une incapacité de travail totale dès le 2 octobre 2008 (date du début de sa prise en charge). Le traitement de l'affection psychique consistait alors en un entretien de soutien tous les quinze jours avec prise de Cipralax® 2 cp./j. Le Dr W.\_\_\_\_\_ estimait que si l'activité d'électricien n'était plus exigible, une conversion professionnelle de son patient dans une activité autre (telle que l'informatique ou la mécanique de précision) restait possible avec une reprise probable de la capacité de travail totale. Le psychiatre traitant notait par conséquent la nécessité d'établir un bilan d'orientation professionnelle de l'assuré.

Par communication du 11 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des frais pour un stage d'orientation dans le domaine du câblage d'ensemble d'appareillage auprès de l'Orif [...], du 30 mars au 17 avril 2009.

Par projet du 25 mars 2009 - intégralement confirmé selon décision du 4 mai 2009 entrée en force -, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande d'une allocation pour impotent (API), les critères n'en étant pas remplis dans le cas particulier.

Par lettre du 2 avril 2009 à l'Orif [...], l'assuré a fait savoir qu'alors qu'il sciait une pièce de métal muni d'une scie à métaux, sa douleur au dos était (ré)apparue. Il a produit en ce sens un certificat du 1<sup>er</sup> avril 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail à 100% de son patient débutée le même jour au motif de maladie, avec reprise du travail en plein le 1<sup>er</sup> mai suivant.

Selon un rapport du 8 avril 2008 du directeur de l'Orif [...], le stage de l'assuré avait été interrompu de sorte qu'un bilan de compétences professionnelles en lien avec l'état de santé de celui-ci n'avait finalement pas pu être effectué.

Au terme d'un avis du 17 avril 2009, les Drs C.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, ont constaté au vu du caractère lacunaire des renseignements obtenus et en présence d'une situation médicale complexe, la nécessité de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologique) auprès du Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité (COMAI) de [...].

A l'occasion de l'expertise pluridisciplinaire mandatée par l'OAI, l'assuré a été convoqué dans les locaux du Centre d'Expertise Médicale (CEMed) à [...] les 27 mai, 5 et 8 juin 2009. Il y a été examiné dans l'ordre par le Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, par le Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et par le Dr V.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue FMH. Ces experts ont établi leur rapport le 7 août 2009. Ils ont posé les diagnostics suivants :

- "4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)
- 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?
  - Forme distale de rectocolite ulcéro-hémorragique de type proctosigmoïdite, évoluant par poussées depuis octobre 2007, actuellement stable et en rémission sous traitement.
- 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11)
- Anxiété généralisée (F41.1)
- Rachialgies chroniques, sans substrat anatomique ou maladie chronique susceptible de les expliquer
- Talalgie gauche sur fasciite plantaire.

Depuis quand sont-ils présents ?

Pour les troubles psychiques, depuis un à deux ans.  
Depuis environ dix ans pour les troubles rhumatologiques.”

Dans leur rapport, les experts précités se sont exprimés en ces termes sur l'état de santé somatique, gastro-entérologique et psychique de l'assuré :

#### “6. Synthèse et discussion

##### Rappel de l'histoire médicale :

M. A.\_\_\_\_\_ est un assuré de 42 ans, d'origine tunisienne, suisse depuis 2000, divorcé d'une suisse et remarié avec une tunisienne avec qui il a un fils en 2005. Formation d'électricien avec diplôme dans son pays. Divers emplois dans ce domaine.

On relève dans son histoire médicale des rachialgies depuis une dizaine d'années, à prédominance nocturne, s'accompagnant d'une raideur matinale vertébrale d'environ 10 à 30 minutes. Les dorsalgies se compliquent d'accentuation à la respiration profonde, les cervicalgies sont accentuées à la flexion antérieure de la nuque et ne cèdent pas en cours de journée, les lombalgies irradient de façon alterne vers les creux poplités. Les douleurs semblent devenir plus invalidantes à partir de 2004.

Suite à un voyage en Tunisie, il va développer en 2007 une colite ulcéro-hémorragique de forme distale, ce qui va considérablement l'affecter et le déstabiliser sur le plan psychique, surtout à cause de la présence de sang dans les selles et de diarrhées répétées avec syndrome rectal.

L'humeur a donc commencé à baisser progressivement à partir du moment où, de manière répétée, il a souffert d'hémorragies rectales et de douleurs abdominales.

M. A.\_\_\_\_\_ est suivi sur le plan psychiatrique et gastro-entérologique au long cours. Il bénéficie d'un suivi psychiatrique et d'un traitement psychothérapeutique.

##### Situation actuelle :

Sur le plan somatique, la symptomatologie présentée pourrait faire évoquer le diagnostic de spondyloarthropathie séronégative associée à la colite ulcéreuse. On retiendra notamment la raideur matinale vertébrale douloureuse de plus de 20 minutes, la présence d'une enthésite au talon gauche. En revanche, il n'y a pas de lésion des articulations sacro-iliaques, ni à la clinique, ni à la radiologie, il n'y a aucun signe d'inflammation générale à la biologie sanguine et le HLA-B27 est négatif.

En présence de plaintes relativement typiques, mais sans signe clinique ou paraclinique objectif, un rhumatisme inflammatoire chronique sous-jacent ne peut jamais être totalement exclu. Dans le cas présent, il n'existe aucun signe pathognomonique permettant de retenir un tel diagnostic sans objection majeure, encore moins de l'incriminer comme justification d'une incapacité prolongée de travail.

Cet assuré présente des rachialgies sans substrat anatomique ou maladie organique susceptible de les expliquer. Ce syndrome douloureux chronique reste, pour le moment du moins, sans explication, même s'il existe une possible prédisposition (colite ulcéreuse) pour un rhumatisme inflammatoire. La profession d'électricien ne serait pourtant pas contre-indiquée, pas plus que n'importe quel exercice physique, en cas de spondylarthrite séronégative avérée.

Sur le plan gastro-entérologique, il s'agit d'une évolution classique de rectocolite ulcéreuse se manifestant par des périodes de rémission et des périodes d'exacerbation. Le caractère distal de l'affection prédispose à des besoins impérieux, des faux besoins (syndrome rectal) et les ulcérations de la muqueuse liées à cette affection expliquent les pertes sanguines lors des exacerbations. Cependant, l'histoire de cette rectocolite est relevante par les exacerbations relativement fréquentes qui ont nécessité une corticothérapie. Il faut également noter que cette maladie récidive sous un traitement « préventif » d'Imurek, qui est essentiellement donné pour éviter les rechutes. Il est vraisemblable que l'atteinte inflammatoire la plus aiguë est très distale, puisqu'elle répond actuellement assez bien à un traitement anti-inflammatoire local de suppositoires de 5ASA.

La rectolite ulcéreuse est une maladie qui peut atteindre tout le colon, mais les formes distales ont parfois un caractère plus récidivant et il est difficile d'obtenir une rémission de longue durée. L'atteinte rectale isolée peut être assez invalidante lorsqu'elle est complètement réfractaire, car elle se manifeste essentiellement par des faux besoins et des exonérations de très petites quantités qui peuvent être ressenties comme urgentes.

Sur le plan psychique, présence d'un syndrome dépressif documenté depuis septembre 2008, en rapport avec l'apparition d'une rectocolite ulcéro-hémorragique. Depuis, malgré le traitement psychiatrique entrepris (prescription de Cipralax et psychothérapie de soutien), le syndrome dépressif persiste. Toutefois, le dosage du taux plasmatique de l'anti-dépresseur a montré que celui-ci n'est pas détectable, donc, selon toute vraisemblance, que l'expertisé ne prend pas son traitement. Actuellement, les manifestations subjectives de dépression (anhédonie, tristesse, fatigue) sont accompagnées de discrets signes objectifs (discret ralentissement vocal, humeur morose perceptible). Les éléments du « syndrome somatique » de la CIM-10 sont présents (fatigue et baisse de l'humeur matinale, réveils précoces, baisse de la libido et de l'appétit). Le diagnostic est donc celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Il ne s'agit pas d'une dépression

résistante, puisque le traitement anti-dépresseur prescrit n'est pas suivi.

Au tableau dépressif s'ajoute une composante qui dépasse ce qu'on peut attendre comme anxiété dans le cadre d'un trouble dépressif, et mérite donc un diagnostic spécifique. La présence de sensations physiques de tension et d'irritabilité s'ajoutant à des ruminations soucieuses envahissantes et insomniantes, justifie le diagnostic d'anxiété généralisée.

Synthèse et conclusions :

Sur le plan somatique, syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique ou maladie susceptibles de l'expliquer et ne pouvant justifier une invalidité permanente ou une incapacité de travail importante et de longue durée.

Sur le plan gastro-entérologique, proctosigmoïdite chronique d'évolution fluctuante, mais semblant actuellement bien répondre à un traitement local de dérivé 5ASA. Sur le plan thérapeutique, on peut se poser la question de la réelle utilité de l'Imurek puisque le patient semble récidiver malgré ce traitement d'entretien bien conduit. Si les périodes d'exacerbation peuvent entraîner une baisse de rendement, ce dernier ne devrait pas être affecté en période de rémission. Sur le plan digestif, il est difficile d'adapter une profession à l'affection, car cette dernière ne devrait pas interférer avec l'activité en période de rémission. En période d'exacerbation (poussée aiguë), un absentéisme peut être justifié de façon temporaire et une adaptation du poste de travail peut être discutée, notamment quant à la facilité d'accès aux toilettes et aux lieux d'aisance, ce qui n'est pas le cas partout.

Sur le plan psychique, présence d'un syndrome anxieux et dépressif qui paraît résistant au traitement en cours, mais en réalité le traitement n'est pas observé, pour une raison qui nous échappe. L'expertisé a parlé d'une éventuelle allergie au Cipralax au rhumatologue.

En soi, les troubles psychiques sont d'intensité moyenne et ne devraient pas entraîner d'incapacité de travail durable. Néanmoins, le traitement doit être rediscuté avec le patient, éventuellement avec l'appui d'un psychopharmacologue. En effet, la persistance à terme du syndrome dépressif et anxieux pourrait diminuer le rendement de manière significative. De plus, la présence des troubles psychiques peut entraver la mise en place de mesures professionnelles, au cas où elles étaient envisagées au plan somatique. Du point de vue thérapeutique, un changement de molécule est à envisager si l'expertisé ne supporte pas le Cipralax, ou alors proposer une intervention psychothérapeutique plus ciblée sur les cognitions dépressives et anxieuses, et sur les moyens de mieux s'adapter psychologiquement à l'affection digestive."

Forts de leurs constatations, les experts du CEMed ont uniquement mentionné des limitations (qualitatives et quantitatives) somatiques influençant la capacité de travail en lien avec l'affection

digestive de l'assuré lors de poussées aiguës de la maladie. Ils ont pris position comme il suit s'agissant de la capacité de travail de l'expertisé :

- “2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici  
2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Sur le plan somatique, aucune influence.

Sur le plan gastro-entérologique, il semble que les troubles digestifs interfèrent avec l'activité en engendrant un stress qui paraît surdimensionné par rapport à la gravité de l'affection, même s'il paraît tout à fait clair qu'en phase aiguë cette maladie puisse justifier une baisse de rendement, voire une incapacité de travail lorsqu'elle est en phase très active.

Sur le plan psychique, aucune influence.

- 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan somatique, 100%

Sur le plan gastro-entérologique, la capacité résiduelle de travail est complète lorsque la maladie est en rémission, y compris pour l'activité exercée en dernier lieu.

Sur le plan psychique, 100%

- 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Sur le plan somatique, oui à 100%

Sur le plan gastro-entérologique, l'activité exercée jusqu'à ce jour est pleinement exigible en phase de rémission.

Sur le plan psychique, oui à 100%

- 2.4 Y'a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Sur le plan somatique, non.

Sur le plan gastro-entérologique, s'il existe une diminution du rendement, la maladie digestive peut l'expliquer mais de façon temporaire.

Sur le plan psychique, non actuellement. En principe, un traitement spécifique et suivi devrait améliorer l'état clinique et empêcher une baisse durable du rendement.

- 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan somatique, non documenté.

Sur le plan gastro-entérologique, une incapacité de travail de 20% sur le plan somatique peut être admise par périodes depuis le diagnostic de rectocolite à l'automne 2007.

Sur le plan psychique, non documenté.

- 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan somatique, sans objet.

Sur le plan gastro-entérologique, de façon fluctuante en fonction des phases de la maladie. Cette dernière paraît actuellement assez bien stabilisée.

Sur le plan psychique, sans objet."

Finalement les Drs B.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ n'ont pas conclu à l'indication de mesures de réadaptation professionnelle pour autant que les périodes de rémission de la rectocolite soient longues et les rechutes pas trop sévères, ce qui était le cas lors de l'expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport du 12 août 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée en retenant l'atteinte principale à la santé de rectocolite ulcéro-hémorragique distale stable, en rémission sous traitement (K51.3) avec comme pathologies associées, non du ressort de l'assurance-invalidité, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une anxiété généralisée, des rachialgies chroniques sans substrat organique et une talalgie gauche sur fasciite plantaire. Le médecin du SMR mentionnait une incapacité de travail à 100% d'octobre 2008 à juillet 2009, et une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle ou toute autre activité dès le mois d'août 2009, pour autant que l'assuré ait accès à des toilettes.

Par projet de décision du 19 août 2009 - intégralement confirmé selon décision rendue le 5 octobre 2009 suite aux objections formulées par A.\_\_\_\_\_, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente. Ses constatations s'articulaient comme il suit :

“Résultat de nos constatations :

Après étude de votre dossier et suite à l’expertise médicale que vous avez effectuée, il ressort que médicalement vous présentez une pleine capacité de travail et de gain que ce soit dans votre ancienne activité ou dans des activités adaptées à votre état de santé, car mis à part la nécessité d’avoir des toilettes à proximité, il n’y a aucun rendement diminué.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, fût-ce au prix d’efforts même importants. Ce n’est pas l’activité que l’assuré consent à accomplir qui est décisive mais celle que l’on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l’assuré n’exerce pas l’activité exigible selon l’appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s’il ne l’exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu’en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique) (RCC 1978, 65 ; 1970, 162).

Un degré d’invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d’invalidité.”

Cette décision n’a pas été contestée.

**B.** Le 25 février 2011, l’assuré a déposé une nouvelle demande de prestations sur la sollicitation de son assureur perte de gain maladie T.\_\_\_\_\_, faisant état d’atteintes à la santé depuis 2007 sous la forme de maladie de Crohn et d’un état dépressif lié. Dans un courrier du même jour, T.\_\_\_\_\_ informait l’OAI servir ses indemnités journalières sur la base d’une nouvelle incapacité de travail à 100% débutée le 11 novembre 2010. En annexe, cet assureur a transmis copie de rapports récents établis à sa demande par les médecins suivant l’assuré.

Dans un avis du 2 mars 2011, le Dr C.\_\_\_\_\_ a résumé la situation en ces termes :

“Cet assuré de 43 ans avait déposé une première demande AI en janvier 2009 aux motifs de maladie de Crohn, dépression et lombalgies. Une expertise pluridisciplinaire CEMED ayant conclu que la CT [capacité de travail] était entière dans l’activité habituelle pour peu qu’il ait des toilettes à proximité, la demande s’est conclue pas un refus de prestations. Le 25.02.2011, l’assuré dépose une nouvelle demande, pour les mêmes motifs, étant en IT [incapacité de travail] depuis le 11.11.2010. Le dossier APG [assurance perte de gain] du 25.02.2011 contient un rapport médical du Dr W.\_\_\_\_\_,

psychiatre, du 18.01.2011, mentionnant un épisode dépressif « moyen à sévère » avec un score de Hamilton à 20 (correspondant à un épisode moyen) (dans son rapport du 16.02.2009, il parlait d'épisode moyen) ; le traitement est toujours le même (Cipralex) et l'assuré consulte épisodiquement environ une à deux fois par mois en fonction de son état. Sur le plan de la maladie de Crohn, le rapport du gastro-entérologue du 10.01.2011 mentionne qu'elle est toujours en rémission et n'entraîne pas d'IT.

Il n'y a donc pas d'éléments parlant pour une aggravation de l'état de santé par rapport à août 2009 (expertise CEMED)."

Par projet du 25 mai 2011, puis décision rendue le 4 juillet 2011, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il retenait que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision en force, les éléments produits le 25 février 2011 devant uniquement être compris en tant qu'appréciation différente d'un même état de fait.

**C.** Le 18 novembre 2014, A. \_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou une rente en indiquant souffrir de maladie de Crohn depuis 2007.

Par courrier du 19 novembre 2014, l'OAI a imparti un délai de 30 jours à l'assuré pour produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. L'attention de l'assuré était expressément attirée sur le fait que passé ce délai et sans nouvelles de sa part, l'autorité administrative devrait considérer qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et qu'une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 3 décembre 2014, l'assuré a produit un rapport rédigé le même jour à l'intention de l'OAI par le Dr Z. \_\_\_\_\_, à la teneur suivante :

“Monsieur A. \_\_\_\_\_ souffre d’une RCUH avec atteinte recto-sigmoïdienne sur environ 30 cm depuis 2007. Il présente une maladie chronique récidivante avec des crises répétées. Il est actuellement sous Imurek 150 mg/j., Salofalk 4g/j. po et Salofalk suppositoires 500 mg 1 j sur 2.”

Etaient joints par ce gastro-entérologue :

- Un rapport de coloscopie du 18 juin 2013 mettant en évidence des hémorroïdes internes de stade I et une rémission clinique / endoscopique complète d’une RCUH avec atteinte sur 30 cm. Il y était mentionné que le traitement médical allait être simplifié avec interruption progressive de l’Imurek® et des suppositoires de Salofalk®.

- Un rapport anatomo-pathologique du 20 juin 2013 du Dr E. \_\_\_\_\_ d’ [...] à [...], dont il ressort notamment que divers fragments récoltés à la suite de biopsies (muqueuse intestinale grêle, muqueuse colique et muqueuse colique / rectale) présentaient tous une cellularité du chorion dans les normes.

Le 8 décembre 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychothérapie FMH et K. \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont transmis leur rapport daté du même jour. Ce document est libellé en ces termes :

“Madame, Monsieur,

Pour faire suite à la demande de la part du patient, nous avons l’avantage de vous faire parvenir le rapport suivant qui est basé sur les entretiens que Monsieur A. \_\_\_\_\_ a eu avec nous dans le cadre de sa psychothérapie hebdomadaire dont il bénéficie dans notre cabinet depuis le 27 août 2013. Auparavant, il a bénéficié d’un suivi psychiatrique qui a duré 2 ans au service psychiatrique du CHUV.

Anamnèse

Monsieur A. \_\_\_\_\_ est un homme suisse âgé de 47 ans, benjamin d’une fratrie de 7 avec 4 sœurs et 3 frères aînés. Il est né en Tunisie dans une famille modeste. Il a perdu son père à l’adolescence, suite à une maladie grave. Monsieur A. \_\_\_\_\_ a eu une enfance et une adolescence difficiles, d’après ses dires. Il a dû commencer à travailler dur très tôt. Il a appris le métier d’électricien en bâtiment. Il a travaillé dans ce secteur dès son

arrivée en Suisse, en 1974. D'abord dans le service d'entretien à l'hôpital [...] de [...] jusqu'en 1996, puis par la suite, il a enchaîné plusieurs missions dans des agences temporaires. D'un deuxième mariage, il a un enfant de 9 ans.

En 2007, Monsieur A. \_\_\_\_\_ a été diagnostiqué avec la maladie de Crohn, qui l'a empêché de travailler. Après plusieurs mois d'assurance de perte de gain, il s'est trouvé obligé de déposer une première demande d'AI. L'état de santé de Monsieur A. \_\_\_\_\_ l'a empêché de reprendre son activité. Actuellement, Monsieur A. \_\_\_\_\_ vit grâce à l'aide sociale.

#### Status psychiatrique

Le patient se présente ponctuellement aux rendez-vous, faisant plus vieux que son âge, à la tenue et l'hygiène sans particularité. Il est vigilant et orienté aux 4 modes. Il est nerveux mais collaborant, reste réservé, et a du mal à élaborer. Il s'exprime dans un français correct, sans trouble du cours de la pensée, avec ralentissement. Il reste peu bavard et présente un ton très monocorde. La thymie est abaissée avec des affects globalement abaissés. Dans son discours, il reste focalisé sur ses problèmes de santé physique et psychique qui s'aggravent d'après les services sociaux et son entourage familial. Le fait que sa maladie de Crohn ne soit pas stabilisée et qu'il soit obligé de prendre jusqu'à 14 comprimés par jour pour avoir un semblant de vie le met en colère et l'angoisse. Cette situation le plonge dans une condition économique difficile et dans beaucoup d'anxiété, de peur de ne pouvoir subvenir aux besoins de sa famille. Il nous exprime une tristesse et l'apparition récente d'une irritabilité et agressivité envers sa famille. Il ressent une impossibilité de pleurer, ce qu'il souhaiterait pouvoir faire. Il exprime une importante baisse de l'énergie avec un état général morose, une dévalorisation de soi et une culpabilité de ne pas pouvoir assurer son rôle de père de famille. Ce sentiment d'impuissance et de perte d'espoir va jusqu'à un sentiment d'impasse amenant à des exacerbations d'angoisse et à des idées suicidaires scénarisées, avec des problèmes de sommeil, et une baisse de la libido. L'état du patient nécessite un suivi psychothérapeutique régulier et des visites régulières chez différents spécialistes. Dernièrement, les services sociaux l'ont poussé à déposer une nouvelle demande d'AI, voyant que son état de santé ne s'améliore pas, et ne lui permet pas de retravailler.

#### Diagnostic

Etat dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique (CIM 10 : F33.2)

Troubles de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (CIM 10 : F60.31)

#### Médication

Cymbalta 60mg 1 cp le matin  
Métaloline 3 mg comprimés

Incapacité de travail

L'état dépressif chronique du patient, ses problèmes de maladie de Crohn et l'anxiété croissante face à son impuissance due à ses problèmes de santé physique et psychique ne lui permettent pas de se projeter dans une activité professionnelle. Le pronostic est défavorable. Son incapacité de travail demeure de 100%."

Dans un rapport du 11 décembre 2014 adressé à l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a indiqué que son patient présentait un état dépressif chronique, une RCUH avec atteinte rectosigmoïdienne et des lombalgies chroniques (angiome L3 à L5) depuis plusieurs années. Notant un suivi psychiatrique (par le Dr X.\_\_\_\_\_) et digestif (par le Dr Z.\_\_\_\_\_), le médecin traitant retenait une incapacité de travail à 100% aux dires de l'assuré en mentionnant une nette péjoration de l'état de santé tant somatique que psychiatrique de ce dernier. Etait joint en particulier, un rapport d'IRM lombaire du 11 mars 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de l' [...] ( [...]) à [...] pour exploration en raison de lombalgies sans syndrome radiculaire et mettant en évidence ce qui suit :

"Description :

L'exploration s'étend de D11 jusqu'au trochanter.

Dimension du canal lombaire : normales.

Anomalies disco-vertébrales :

De D12 jusqu'à S1 : anomalie de signal intéressant le corps vertébral L3 avec deux anomalies de signal, de même comportement, centimétriques, au niveau de L4 et L5. Il existe un aspect hyperintense en T1, hétérogène en T2 avec rehaussement après injection de produit de contraste. Cette sémiologie ouvre le diagnostic différentiel d'angiomes. Par ailleurs, pas de déshydratation discale, ni de hernie discale. Je note une prise de contraste significative autour du ligament inter-épineux entre les apophyses épineuses L5-S1. Pas de signe évocateur d'une insertionite ou d'une synovite par ailleurs.

Cul de sac dural et son contenu : pas d'anomalies mise en évidence.

Cône médullaire : en position physiologique en regard du corps vertébral de L1. Pas d'effet de masse ou d'anomalie de signal à ce niveau.

Constatations supplémentaires : aucune.

Au niveau du bassin : les articulations sacro-iliaques sont sans anomalie. Les ailes iliaques sont sans anomalie. Pas d'anomalie coxofémorale. Les branches ilio et ischio-pubiennes sont sans anomalie. Pas d'anomalie musculaire. Pas de signe évocateur d'une insertionite ou d'une bursite. Pas de hernie inguinale. Les viscères pelviens sont sans anomalie.

CONCLUSION :

Prise de contraste relativement significative autour du ligament inter-épineux entre les apophyses épineuses L5-S1.  
Probables angiomes L3, L4 et L5.”

Par mandat du même jour, les pièces produites par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande ont été soumises au SMR pour appréciation selon la formule suivante : « Les renseignements médicaux sont-ils suffisants pour admettre une atteinte à la santé invalidante ? Si oui, merci d'établir le rapport d'examen. Si ce n'est pas le cas, merci de nous préciser comment compléter l'instruction ? ».

Dans un avis du 28 janvier 2015, le Dr P. \_\_\_\_\_, néphrologue du SMR, s'est prononcé comme il suit sur les nouveaux documents produits dans le cadre de l'instruction du dossier :

“Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> demande de prestations AI (voir rapports SMR 2009 et 2011) pour une atteinte à la santé associant une maladie de Crohn et un trouble dépressif réactionnel, épisode moyen ainsi que des lombalgies banales.

Un expertise tri-disciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologie) réalisée au CEMed en 2009 avait conclu à une RC[U]H en rémission et un état dépressif moyen non incapacitant de manière durable d'autant qu'un défaut de complianc e était objectivé (Cipralex l'anti-dépresseur prescrit était indétectable dans le sang). Il avait donc été retenu une CT exigible entière dans une activité adaptée c'est-à-dire permettant l'accès aux toilettes en cas de nécessité en périodes de crise.

Les éléments médicaux présentés comme une aggravation de l'état de santé sont rapportés par :

- le Dr Z. \_\_\_\_\_ (gastro-entérologue) rappelant le diagnostic de RC[U]H, maladie chronique récidivante avec des crises et son traitement ; il joint des résultats d'une phase de rémission. Il nous demande de nous prononcer sur les possibilités d'une rente AI (RM 3.12.2014).

- le Dr X. \_\_\_\_\_ (psychiatre) déclare une prise en charge à son Cabinet depuis le 27.08.2013 après un suivi pendant 2 ans en psychiatrie au CHUV. Il évoque un état dépressif récurrent épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, une anxiété croissante et des troubles de la personnalité émotionnellement instable, type borderline. Le traitement comporte du Cymbalta à 60 mg. Le pronostic est jugé défavorable. L'incapacité totale de travail est estimée totale [sic]. Il est mentionné « *dernièrement, les services sociaux l'ont poussé à déposer une nouvelle demande AI, voyant que son état de santé ne s'améliore pas, et ne lui permet pas de retravailler* » (RM 8.12.2014).

Notre avis : Il n'y a pas de signes objectifs de péjoration de la maladie digestive chronique évoluant toujours par crises avec des phases de rémission et des phases d'exacerbation. L'examen endoscopique ne retrouve pas de signes de péjoration. L'atteinte déclarée sur le plan psychiatrique est désormais mise en avant. L'argumentaire développé par le psychiatre est essentiellement à dominante psycho-sociale et n'est pas, de fait, assez étayé sur le plan médical pour faire admettre une autre appréciation que celle issue de l'expertise de 2009."

Par décision du 5 juin 2015 intitulée « Refus de prestations » rendue à la suite de la contestation élevée les 16 février et 19 mai 2015 par l'assuré, assisté depuis lors de Me Jean Lob, l'OAI a intégralement confirmé à celui-ci le rejet de sa nouvelle demande de prestations du 18 novembre 2014. Le motif était que les éléments produits par A. \_\_\_\_\_ n'avaient pas permis au médecin-conseil de l'Office AI de retenir des signes objectifs de péjoration de l'état de santé et partant, de modifier son appréciation antérieure à l'issue de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed de 2009, position qui avait abouti, par décision du 5 octobre 2009, au rejet de la précédente demande relative au même objet.

**D.** Par acte du 16 juin 2015 de son mandataire, A. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente complète d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 ou à une date antérieure « que justice dira ». Il soutient que contrairement à la situation qui prévalait en octobre 2009, il présente une incapacité de travail totale en raison de la maladie de Crohn et d'un état dépressif grave lié à cette affection gastro-entérologique. Cette situation perdure depuis le début 2014 à tout le moins.

Dans sa réponse du 31 juillet 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. L'intimé relève en substance que la décision dont est recours fait suite au dépôt d'une nouvelle demande du 18 novembre 2014. Il estime être entré en matière sur cette nouvelle demande de sorte que selon lui, l'affaire doit être traitée au fond en

examinant, par analogie avec l'art. 17 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1), si entre la décision initiale d'octobre 2009 et la nouvelle décision, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, s'est produit. Se fondant sur la prise de position du 28 janvier 2015 du SMR, l'intimé avance que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié (dans le sens d'une aggravation) de manière à influencer son droit aux prestations depuis la décision rendue le 5 octobre 2009.

Par décision du 6 août 2015, le Juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet dès le 16 juin 2015, Me Jean Lob étant désigné comme avocat d'office.

Par réplique du 13 août 2015, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions. Précisant ne pas contester le fait que l'intimé soit entré en matière sur la nouvelle demande, il soutient avoir établi en l'occurrence que son état de santé justifie une modification de son degré d'invalidité. Le recourant a requis à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire de son état de santé.

Dans sa duplique du 25 août 2015, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée, réfutant en outre l'expertise pluridisciplinaire sollicitée.

Le 19 octobre 2015, le Juge instructeur a informé les parties du rejet des mesures d'instruction requises, la cause paraissant suffisamment instruite sur la base d'une appréciation anticipée des preuves. Un délai au 27 octobre 2015 a par ailleurs été imparti à Me Loeb afin de procéder, le cas échéant, au dépôt de sa liste détaillée des opérations.

Par écriture du 21 octobre 2015, le recourant a indiqué maintenir sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire tout en demandant au Tribunal de statuer par décision susceptible de recours dans l'éventualité où il devait persister à refuser

cette expertise. Il a produit également la liste détaillée de ses opérations, dont il ressort 8h00 de travail d'avocat d'office et 20 fr. de débours à compter de sa désignation en la présente cause.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et 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.

**2.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision

entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus

conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C\_754/2013 du 16 avril 2014, consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TF 9C\_717/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.3 ; TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. art. 28 al. 2 LAI), la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**3.** Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre

2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

**4. a)** Le recourant fait valoir pour sa part que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé à tout le moins depuis le début 2014, cela en raison de la maladie de Crohn et d'un état dépressif grave lié à cette affection gastro-entérologique. Il en déduit être en incapacité de travail à 100% depuis lors. Il a par ailleurs requis comme moyen de preuve de ses allégations, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par le Tribunal.

**b)** A titre liminaire, il convient de relever que la décision litigieuse est intitulée « Refus de prestations ». Par cette décision l'intimé retient que les documents médicaux joints à la nouvelle demande n'ont pas permis au médecin-conseil de constater des signes objectifs de péjoration de l'état de santé du recourant et donc de l'autoriser à modifier son appréciation à l'issue de l'expertise multidisciplinaire datant de 2009. Dans sa réponse, l'OAI soutient être entré en matière sur la nouvelle demande du 18 novembre 2014 de sorte que l'affaire devrait être traitée au fond en examinant si un changement important propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente s'est produit entre la décision d'octobre 2009 et celle de juin 2015.

On ne saurait partager ce point de vue. Nonobstant l'intitulé de la décision litigieuse, celle-ci constitue en réalité un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande. En effet, la simple consultation du service médical régional (SMR) pour avis (cf. le mandat de l'OAI du 11 décembre 2014) afin de déterminer si les éléments sont suffisants pour admettre une modification de l'état de santé et ainsi entrer en matière, et la note établie par un médecin non psychiatre de ce service, sans aucune

demande de documentation complémentaire aux médecins traitants, eu égard aux pièces produites par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande, ne saurait être assimilée à un examen au fond de la demande en question (sur la notion d'examen par les services médicaux régionaux de l'AI, cf. art. 59 al. 2bis LAI et 69 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]).

**c)** Dans la mesure où le Tribunal est saisi d'un recours contre un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, il ne lui appartient pas d'instruire la cause en lieu et place de l'intimé ni de statuer sur le droit aux prestations. La requête d'expertise judiciaire présentée par le recourant est donc rejetée.

Cela précisé, il convient dès lors de déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 5 octobre 2009.

**5. a)** Sur le plan somatique, précisément rhumatologique, au moment de la décision précitée, les experts du CEMed n'ont pas retenu de diagnostics invalidants, étant d'avis que les rachialgies chroniques présentes n'avaient pas de substrat anatomique. Ces atteintes ne justifiaient aucune invalidité permanente ni incapacité de travail importante et de longue durée.

Si le nouveau médecin traitant (Dr R.\_\_\_\_\_) atteste d'une « nette péjoration » sur le plan somatique, il fait toutefois uniquement état de lombalgies chroniques (angiome L3 à L5) affectant son patient depuis plusieurs années. Il appuie ses dires sur un rapport d'IRM lombaire du 11 mars 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_. Au terme d'une exploration pour lombalgies sans syndrome radiculaire, ce dernier radiologue ne relève pas d'anomalies particulières avec uniquement une prise de contraste relativement significative autour du ligament inter-épineux entre les apophyses épineuses L5-S1 et retient un diagnostic différentiel d'angiomes L3, L4 et L5 compte tenu d'un aspect hyperintense en T1, hétérogène en T2 avec réhaussement après injection de produit de contraste. Compte tenu des résultats de cette IRM et faute d'éléments

contraires excepté l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_, on ne voit pas d'argumentaire médical rendant plausible une aggravation de l'état de santé somatique du recourant depuis la décision d'octobre 2009. Ce dernier ne soutient d'ailleurs pas que tel soit le cas puisqu'il ne s'en prévaut pas dans son recours.

**b)** Sous l'angle gastro-entérologique, les experts du CEMed ont posé en août 2009 le diagnostic invalidant de forme distale de rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) de type proctosigmoïdite évoluant par poussées depuis octobre 2007. Ils retenaient à l'examen, un état stable et en rémission sous traitement (anti-inflammatoire local de dérivé 5 ASA). Les experts admettaient un caractère invalidant temporaire en phases aiguës de la maladie (absentéisme justifiable) avec pour seule limitation fonctionnelle, la nécessité d'accès aux toilettes. Il n'était pas reconnu de caractère incapacitant à cette atteinte à la santé hors périodes de crise.

Le recourant invoque souffrir de maladie de Crohn depuis 2007. Dans son rapport du 3 décembre 2014, le Dr Z.\_\_\_\_\_ rappelle ainsi le diagnostic de RCUH récidivante avec des crises répétées. Or, ce diagnostic était déjà connu en 2009. Les résultats joints, à savoir un rapport de coloscopie et un rapport anatomo-pathologique tous deux de juin 2013 ne laissent pour leur part pas augurer une péjoration clinique du recourant ; le premier document retranscrit au contraire une rémission clinique / endoscopique complète avec une simplification du traitement sous la forme d'une interruption progressive de l'Imurek® et des suppositoires de Salofalk® (à lecture du rapport du 3 décembre 2014 du Dr Z.\_\_\_\_\_, il ne reste en définitive plus que la prise de Salofalk® 4g/j.). Quant au second rapport, le Dr E.\_\_\_\_\_ y observe une cellularité du chorion dans les normes de fragments de muqueuse récoltés après biopsie en plusieurs endroits (intestin grêle, côlon et côlon-rectum). Force est d'admettre avec le médecin-conseil de l'intimé que de tels éléments témoignent d'une phase de rémission de l'affection gastro-entérologique diagnostiquée depuis l'automne 2007. Sur ce plan et en l'absence de signes objectifs rendant plausible une péjoration, la décision litigieuse

n'est pas critiquable. Quoiqu'en pense le recourant, le rapport de son médecin traitant du 3 décembre 2014 n'est pas déterminant dès lors qu'il se limite en définitive à faire état d'une récurrence avec répétition de crises déjà connue des experts du CEMed en 2009.

**c)** Le recourant allègue encore une péjoration de son état de santé psychique, avec une dépression qualifiée de grave développée en lien avec son affection gastro-entérologique (maladie de Crohn).

En août 2009, les experts du CEMed n'ont pas posé de diagnostics invalidants sur le plan psychique. Ils retenaient néanmoins la persistance d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ainsi qu'une anxiété généralisée (F41.1), ces troubles étant alors perçus comme étant d'intensité moyenne. De plus, compte tenu de l'absence de trace de l'anti-dépresseur (Cipralex®) prescrit à l'expertise, vraisemblablement en raison d'une allergie du recourant à ce médicament (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 7 août 2009 du CEMed, page 12), l'état dépressif moyen relevé ne pouvait être qualifié de dépression résistante. Au terme de leur analyse, les experts ont estimé que d'un point de vue thérapeutique, un changement de molécule était à envisager si l'expertisé ne supportait pas le Cipralex® prescrit. A teneur de son rapport du 16 février 2009 et en sus de son traitement médicamenteux, le Dr W.\_\_\_\_\_ indiquait également suivre l'assuré à raison d'un entretien de soutien tous les quinze jours.

Suivant désormais le recourant de manière hebdomadaire depuis le 27 août 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique (F33.2) et de troubles de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31). Dans son rapport du 8 décembre 2014 et malgré une nouvelle médication (Cymbalta® 60 mg 1 cpr. le matin et Métaloline® 3 mg cpr.) en regard de celle précédemment prescrite par le Dr W.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail à 100% du recourant avec un pronostic défavorable compte tenu de l'impossibilité de ce dernier de se projeter dans une activité professionnelle. Le psychiatre

traitant décrit ainsi un assuré à la thymie abaissée dont le discours reste centré sur ses problèmes de santé physique et psychique. Il y est écrit que son sentiment d'impuissance et de perte d'espoir va jusqu'à un sentiment d'impasse amenant l'assuré à des exacerbations d'angoisse ainsi qu'à des idées suicidaires scénarisées, avec des problèmes de sommeil et une baisse de la libido. Or, si des manifestations subjectives de dépression (anhédonie, tristesse, fatigue) étaient accompagnées de discrets signes objectifs (discret ralentissement vocal, humeur morose perceptible) lors de l'expertise de 2009 au CEMed et que les éléments du « syndrome somatique » de la CIM-10 étaient présents (fatigue et baisse de l'humeur matinale, réveils précoces, baisse de la libido et de l'appétit), il n'y a cependant pas été observé d'idées suicidaires scénarisées telles que mises en évidence par le Dr X. \_\_\_\_\_ depuis sa prise en charge.

Avec sa nouvelle demande, le recourant a donc produit un rapport de son psychiatre traitant faisant mention d'éléments objectifs nouveaux. Malgré le changement de molécule dans le traitement thérapeutique, la situation décrite nécessite en particulier un suivi plus régulier de l'assuré que cela n'était le cas en 2009, avec un épisode dépressif désormais décrit comme sévère et des idées suicidaires scénarisées. On ne saurait partager l'avis, au demeurant très sommairement motivé, du SMR, relatif à l'absence de signes objectifs d'une péjoration de l'état de santé psychique du recourant.

Le rapport du psychiatre traitant, sans suffire à établir une telle péjoration au degré de la vraisemblance prépondérante, la rend suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une véritable instruction de la cause. A ce stade, il n'appartient pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement d'ordonner à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande et d'instruire la cause. Toutefois, compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé constatées, on observera qu'une expertise pluridisciplinaire, comprenant au moins un volet psychiatrique, paraît très recommandée. Un simple avis par un médecin non psychiatre du SMR n'est en tous les cas pas suffisant.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'400 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI. Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire du recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer cette indemnité.

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

**I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 5 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
  
- III.** Les frais judiciaires, 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. \_\_\_\_\_ la somme de 2'400 fr. (deux mille quatre cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean Lob (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :