

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2015

Composition : M. MERZ, président
Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à G.G._____, recourante, représentée par le Centre social protestant - Vaud, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) D'origine espagnole, N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, a acquis la nationalité suisse suite à son mariage en 1990. De cette union, sont nés deux enfants en 1990 et 1993. Sans formation professionnelle achevée, elle est au bénéfice d'un certificat privé d'esthéticienne et d'une attestation d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge. Du 1^{er} juillet 1997 au 31 mai 1998, elle a travaillé en tant que concierge au service de l'Etablissement H.H._____. Dès le mois de mai 1998, elle a perçu des prestations de l'assurance-chômage puis des services sociaux (revenu minimum de réinsertion) à compter du mois d'octobre suivant.

Le 1^{er} juin 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Sollicitant l'octroi d'une rente, elle a indiqué comme atteinte à la santé une insuffisance rénale droite chronique depuis la naissance.

Après avoir procédé à l'instruction de la demande (notamment expertise médicale du 29 août 2001 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne et en néphrologie et examen clinique bidisciplinaire au Service médical régional de l'AI [ci-après : le SMR] par les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, et I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [rapport 15 mai 2002]), l'office AI l'a rejetée par décision du 26 juin 2002. Il a considéré que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi et qu'elle pouvait poursuivre l'exercice de son activité habituelle avec une diminution de rendement de 25%.

b) Le 21 juillet 2002, l'assurée a déféré cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (aujourd'hui : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud). Elle faisait valoir qu'elle n'était pas en mesure d'assumer une activité professionnelle

à plein temps et invoquait des examens en cours auprès du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie. Par la suite, elle a produit un certificat médical du 8 novembre 2002 du Dr K._____ attestant une incapacité totale de travail.

Faisant suite à un certificat médical du Dr W._____ du 13 décembre 2002, l'office AI lui a demandé, en date du 4 avril 2003, de lui confirmer la péjoration de l'état de santé de l'assurée à compter du 3 octobre 2002, avec une incapacité de travail de 70% dès cette date. Le 21 juillet 2003, le médecin prénommé a réitéré son point de vue. Il a expliqué que l'intéressée avait débuté un traitement par hémodialyse chronique à partir du 3 octobre 2002 et qu'il s'agissait d'un traitement chronique lourd effectué trois fois par semaine durant 3 à 4 h en milieu hospitalier. Pour cette raison, il estimait la capacité de travail de l'assurée à 30% dès la mise en dialyse.

Dans un avis du 30 septembre 2003, la Dresse H._____, alors médecin-chef au SMR, a retenu une incapacité de travail de 70% tant que l'assurée serait dialysée. Bien que difficile à situer, l'aggravation était certainement postérieure à la décision du 26 juin 2002 ; elle pourrait selon elle remonter au mois de septembre 2002 puisqu'il avait déjà été question de greffe ou de dialyse à l'époque.

Faisant sienne cette appréciation, l'office AI a adressé, en date du 24 novembre 2003, une « proposition en procédure », aux termes de laquelle il admettait que l'assurée présentait une incapacité de travail de 70% dans toute activité à compter du mois de septembre 2002, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2003, compte tenu du délai de carence d'une année prévu par la loi.

Le 9 février 2004, le Tribunal des assurances a pris acte du retrait du recours par la recourante et rayé la cause du rôle (AI 278/02).

Le 3 mars 2004, l'office AI a informé la Caisse cantonale AVS de l'octroi d'une rente en faveur de l'assurée à compter du 1^{er} septembre

2003, basée sur un degré d'invalidité de 70%, une révision étant d'ores et déjà prévue pour le 1^{er} mars 2005. Il a précisé que ce prononcé annulait et remplaçait la décision du 26 juin 2002. Par décision du 14 mai 2004, l'administration a accordé à l'assurée une rente entière à compter du 1^{er} juin 2004 d'un montant de 1'329 fr. par mois, ainsi qu'une rente ordinaire pour chacun de ses deux enfants, à hauteur de 532 fr. par mois par enfant. Le 28 juin 2004, l'office AI a rendu une décision identique pour la période courant du 1^{er} septembre 2003 au 31 mai 2004.

B. Le 4 octobre 2004, l'assurée a bénéficié d'une transplantation rénale. Une incapacité de travail complète a été annoncée dès cette date.

Le 22 mars 2005, l'assurée a complété le questionnaire pour la révision de la rente adressé par l'office AI. Sa seule activité consistait à s'occuper de son ménage une à deux heures par jour.

Dans un rapport du 22 juin 2005 sur formulaire ad hoc à l'intention de l'office AI, la Dresse F._____, médecin assistante à la division de néphrologie de l'Hôpital S._____, a écrit que « si l'évolution [restait] bonne, une reprise de travail à 50% [serait] possible à partir d'octobre 2005 ».

Dans un rapport du 7 décembre 2005 faisant suite à une enquête économique sur le ménage du 5 décembre précédent, il était retenu que, sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 100%.

A la demande de l'office AI, le Dr W._____ a complété un rapport médical en date du 2 février 2006. Outre l'affection rénale, il faisait état d'un diabète mal contrôlé. S'agissant de la capacité de travail, il estimait qu'elle se situait entre 30 et 40% depuis le début de l'année 2006 dans l'activité habituelle de concierge ainsi que dans une profession adaptée.

Par communication du 21 août 2006, l'office AI a informé l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point

d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuait de bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour. Le degré d'invalidité s'élevait à 97%.

C. Le 25 avril 2008, l'office AI a envoyé à l'assurée un questionnaire pour la révision de la rente. Elle a indiqué qu'elle était suivie par le Dr W._____ et que son état de santé n'avait pas changé. Sur le formulaire 531 bis, elle a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80% comme aide-soignante ou dans la vente.

En réponse à une demande de l'office AI, le Dr W._____ a indiqué dans une lettre non datée (indexée le 6 juin 2008) que l'assurée ne s'était plus présentée à sa consultation depuis le 27 juin 2007.

Dans un rapport complété le 29 juin 2009 sur formulaire ad hoc destiné à l'office AI, le Dr W._____ a précisé que le dernier contrôle remontait au 2 juin précédent. Sur le plan néphrologique, il a constaté une bonne évolution avec une excellente fonction du greffon cinq ans après la transplantation. Le diabète était toutefois « toujours très instable avec excursion glycémique très impressionnante ». S'agissant de la capacité de travail, le Dr W._____ a relevé que l'assurée était au bénéfice d'une formation d'esthéticienne. Il a cependant constaté qu'elle n'avait plus exercé cette activité depuis l'âge de 19 ans et qu'elle avait ensuite œuvré comme auxiliaire de santé jusqu'en 2005. Observant que l'intéressée était motivée à reprendre l'exercice d'une activité professionnelle, il a ainsi retenu une capacité de travail de 50%. En raison de l'immunosuppression et du diabète, il devait s'agir d'une profession sédentaire, se déroulant dans un endroit calme et non exposée à des poussières ou à des personnes potentiellement contagieuses (crèche, centre de soins, foule, ...). Afin d'accroître les chances de succès, un reclassement professionnel avec formation en cours d'emploi paraissait indiqué.

Prenant position sur les renseignements recueillis dans un avis du 5 août 2009, le Dr P._____, médecin auprès du SMR, a rappelé le principe de la primauté de la réadaptation sur la rente. Il en a déduit qu'il

convenait d'examiner les possibilités de réinsertion de l'assurée dans le monde du travail, sur la base d'une exigibilité de 50%, ce qu'il fallait comprendre comme un travail à mi-temps à cause de la fatigabilité.

D'un rapport initial adulte du 7 février 2011, il ressort que l'assurée ne conteste pas la capacité de travail de 50% qui lui a été reconnue, mais qu'elle s'oppose à toutes les mesures proposées en vue de l'aider dans la recherche d'une possibilité de gagner sa vie. Ecartant un reclassement avec formation en cours d'emploi suggéré par le Dr W._____, la conseillère en réadaptation de l'office AI a retenu des mesures permettant à l'assurée de retrouver graduellement confiance en elle. Sous la rubrique « Activité (s) souhaitée (s) par l'assuré », il était écrit ce qui suit :

« Aucune attente. (...) Ne sait pas quoi faire, doute de ses capacités et qu'elle puisse faire quoi que ce soit. Refuse catégoriquement les MR [réd. : mesures de réadaptation] proposées (G._____, Y._____, sur G.G._____, B._____ Formation sur Lausanne, car « ne veut pas être avec des toxicomanes » selon ses dires). Refuse un entraînement au travail progressif en vue d'une activité industrielle légère. Dit vouloir faire des cours, mais ne sait pas de quoi. »

En regard de ce qui précède, figurait l'avis de la conseillère en réadaptation à la teneur suivante :

« L'assurée s'oppose systématiquement à toute proposition de notre part. Elle ne fait pas les démarches demandées (recherche de cours qui l'intéresseraient), prétextant que tout ce qui l'intéresse lui est inaccessible. Refuse d'aller même visiter les lieux proposés pour des MR ou un réentraînement. Refuse un bilan (possible via MR chez B._____ Formation) en vue de définir ce qui pourrait lui plaire et être dans ses cordes.

Dit qu'elle en a assez de nos propositions, que si nous n'avons rien d'autre à lui proposer cela ne sert à rien. A nouveau, à notre demande d'explicitier ses attentes, réagit défensivement et exprime le souhait de terminer l'entretien. »

Par lettre du 22 mars 2011, l'office AI a informé l'assurée de son intention de réduire la rente de moitié, motif pris qu'elle présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé.

Ayant exprimé le souhait de changer de conseiller, l'assurée a eu un entretien avec une nouvelle collaboratrice de l'office AI. Dans une note du 23 août 2011 faisant suite à cette entrevue, il était relevé que l'assurée avait annoncé des vertiges plus fréquents au cours des derniers mois et des crampes dans les bras. Elle aurait aussi des douleurs dans le bas-ventre et serait sujette à une importante fatigue. Elle a aussi évoqué une baisse de sa vue, ajoutant avoir peur de contacter son médecin par crainte des « mauvaises nouvelles » que celui-ci pourrait lui annoncer.

Une mesure d'orientation professionnelle a été mise en œuvre auprès de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (Oséo Vaud) à G.G._____. Dans le rapport du 16 novembre 2011, la conclusion générale du responsable était libellée en ces termes :

« Mme N._____ aurait voulu travailler dans le domaine médical, notamment avec des personnes âgées, d'où un gros deuil à faire. Elle s'est montrée assidue durant la mesure, même si elle a à plusieurs reprises fait part d'un certain scepticisme quant à son utilité. Mme N._____ a été complètement bloquée durant la recherche des réalisations antérieures, tant professionnelle que privée, ce qui s'est reflété également durant la recherche de compétences transversales. Elle doit trouver des chemins particuliers pour ses recherches, mais rechigne à parler de développement de son réseau. Finalement, elle préfère rechercher un stage par ses propres moyens, mais à ce jour elle n'a encore fait aucune démarche. »

Il ressort d'une note de suivi de l'office AI au sujet d'un entretien qui a eu lieu le 21 mai 2012 avec l'assurée que cette dernière a eu « des infections à répétition depuis fin 2011 - début 2012, avec hospitalisation : grippe, ulcère, infections au bras, etc. ». Elle était actuellement affaiblie (perte de poids, fatigue, etc.) et avait de plus en plus de peine à récupérer. Elle ne se sentait pas apte à entreprendre une activité à 50%.

A la suite d'un avis médical du Dr P._____ du 20 juin 2012, l'office AI a diligenté une expertise médicale auprès du Dr R._____, spécialiste en médecine interne. Dans son rapport du 19 septembre 2012, l'expert a retenu pour seul diagnostic affectant la capacité de travail un

diabète de type II, insulino-dépendant et instable depuis 1998. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics suivants : status après insuffisance rénale terminale greffée (2004), status après parathyroïdectomie subtotale pour hyperparathyroïdisme secondaire avec lithiases rénales et calcifications pancréatiques, polyneuropathie sensitivo-motrice débutante, status après ablation d'une fistule artério-veineuse du membre supérieur droit (2005), perturbation des tests hépatiques d'origine indéterminée et personnalité immature avec traits narcissiques. Sous l'intitulé « appréciation du cas et pronostic », l'expert a résumé l'histoire médicale de l'assurée qu'il a conclu en ces termes : « [d] ans un contexte apparemment septique, elle est hospitalisée en janvier 2012 à l'Hôpital C._____ pour coma diabétique. Le détail de cette hospitalisation ne nous est pas connu. Depuis sa sortie, elle n'a vu aucun médecin. » Evoquant ensuite la situation actuelle, l'expert s'est exprimé en ces termes :

« Mme N._____ annonce qu'elle a toujours quelque chose qui va mal et qu'elle présente une accumulation de problèmes de santé, « *De plus en plus de trucs* » et que le diabète est difficile à équilibrer. Une anamnèse précise n'est pas disponible. Mme N._____ présente une attitude hostile pendant l'anamnèse qui reste évasive et finalement peu contributive. Elle annonce des glycémies extrêmement fluctuantes sans pouvoir disposer d'un carnet de contrôle. Il n'est pas possible de connaître sa manière de gérer le diabète et le régime paraît aléatoire.

Elle se plaint d'une tendance aux infections, notamment de la sphère ORL, de folliculite récidivante axillaire et pubienne, d'un état de fatigue fluctuant contrastant avec annonce d'activités normales au cours de la journée, effectuant ses tâches ménagères pour elle et ses enfants sans aide extérieure.

Elle annonce des troubles visuels intermittents qui ont été corrigés par le port de lunettes devenues inadaptées par la suite. Lors des derniers contrôles, il n'est pas fait état de rétinopathie.

En outre, elle se plaint parfois de paresthésies des doigts et des pieds.

Objectivement, l'examen cardio-vasculaire et pulmonaire est normal. L'assurée apparaît en bon état général, maquillée avec soin. La trophicité est respectée. L'examen neurologique met en évidence l'abolition des réflexes achilléens et quelques troubles de la sensibilité, longueur dépendante, compatible avec une polyneuropathie diabétique débutante. Les épreuves de stabilité et d'équilibre sont dans la norme.

Il n'y a pas de douleurs abdominales malgré la notion de pancréatite calcifiante.

Sur le plan biologique, le diabète est mal équilibré avec une hémoglobine glyquée à 8,6%. La fonction rénale est correcte avec une créatinine à 131 µmol/l. Les tests du foie sont perturbés, comme il en est question à la lecture du dossier, sans qu'aucun diagnostic précis n'ait été posé. Il est fait allusion à une ponction-biopsie du foie dans le dossier. Mme N._____ n'a pas souhaité commenter cet épisode, ni nous faire part du résultat de cet examen.

Le laboratoire de ce jour identifie, comme auparavant, des tests du foie perturbés avec rapport ASAT-ALAT inférieur à 1,0. Il est également à noter une macrocytose, sans notion d'alcoolisme et le rapport ASAT/ALAT est plutôt suggestif d'une stéatose non alcoolique. »

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, l'expert a écrit ce qui suit :

« Sur le plan diabétologique, en présence d'un diabète très instable, sous modeste corticothérapie, on peut comprendre que Mme N._____ présente par moment des troubles de la concentration, des faiblesses intermittentes avec asthénie, troubles oculaires, permettant de reconnaître une baisse de rendement estimée à 25%. Il n'y a pas d'incapacité de travail résultant du status après transplantation rénale.

Les autres pathologies mises en évidence, à savoir la folliculite, la possible perforation tympanique droite, l'hygiène dentaire déplorable, méritent des soins immédiats mais sont sans répercussion sur la capacité de travail. »

Répondant aux questions de l'office AI, l'expert a considéré que seul un travail léger à horaire régulier pouvait être exigé. L'environnement professionnel devait être propre et permettre des pauses complémentaires pour les collations et le contrôle des glycémies. Pour ces raisons, auxquelles s'ajoutait l'injection d'insuline, le Dr R._____ a retenu une baisse de rendement de 25% au maximum. Au titre des limitations psychiques et mentales, il a rappelé que l'assurée souffrait de troubles de la personnalité (F 60.8) déjà définis lors de l'examen au SMR du 13 mai 2002, précisant qu'il s'agissait de troubles de la personnalité immature avec traits narcissiques. Il n'y avait pas de limitations au plan social. Il était ainsi d'avis qu'une activité légère, semi-sédentaire, telle que vendeuse en parfumerie, était exigible à plein temps depuis le mois de mars 2006, avec une diminution de rendement de 25%. Selon l'expert, la

capacité de travail pourrait être améliorée par un meilleur contrôle du diabète, chose toutefois difficile à réaliser compte tenu des problèmes de personnalité de l'assurée, rendant difficiles ses relations avec le corps médical. En revanche, des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables en raison des caractéristiques de la personnalité de l'assurée et de son ambiguïté à l'égard de telles mesures.

D'un rapport final de la division de réadaptation du 26 novembre 2012, il ressort que l'assurée conteste l'appréciation de l'expert R. _____ quant à sa capacité de travail en raison de ses divers problèmes de santé. On extrait encore le passage suivant de ce document :

« Depuis 2009, plusieurs mesures lui ont été proposées (mesure de réentraînement au travail ; MR, bilan d'orientation, aide au placement, etc.), mais toujours refusées. Tout comme l'expert, nous estimons que des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables « compte tenu des caractéristiques de la personnalité de l'assurée et de son ambiguïté par rapport à de telles mesures ». Nous avons dès lors procédé à une approche théorique de la capacité de gain. »

Par pli recommandé du 19 décembre 2012 intitulé « sommation », l'office AI, après avoir rappelé à l'assurée la teneur de l'art. 21 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), lui a imparti un délai un 31 janvier 2013 pour faire connaître sa position quant à l'examen de mesures de réadaptation professionnelle. L'attention de l'assurée était en outre attirée sur le fait qu'en cas de réponse négative de sa part, l'administration procéderait à une approche théorique de son préjudice économique, ce qui la conduirait à supprimer le versement de sa rente, la perte de gain étant inférieure à 40%.

Dans une lettre du 16 janvier 2013, l'assurée s'est étonnée de la position de l'office AI à son endroit. Elle a fait en substance valoir que son état de santé s'était dégradé depuis le mois de février 2012, à la suite d'une seconde décompensation de son diabète. Tout en affirmant se sentir « incapable d'effectuer un 100% », elle s'est déclarée néanmoins

« ouverte dans la possibilité d'essayer au mieux une progressive insertion ».

Le 25 février 2013, l'assurée s'est entretenue avec sa conseillère au sein de l'office AI. Contestant l'exigibilité de 100% qui lui a été reconnue, même avec une diminution de rendement de 25%, elle a expliqué que son état de santé fluctuant autorisait l'exercice d'une activité à un taux de 40 à 50% au maximum. Elle doutait cependant qu'un employeur soit prêt à accepter son absentéisme. Finalement, trois mesures de réadaptation lui ont été proposées : G._____ et Z._____, tous deux à G.G._____ et B._____ Formation à Lausanne. L'assurée s'est engagée à y réfléchir et à donner de ses nouvelles.

Le 23 avril 2013, l'office AI a soumis à l'assurée un contrat d'objectifs pour une mesure de réinsertion auprès de B._____ Formation.

Dans une lettre du 24 avril 2013 à l'assurée, l'office AI a informé cette dernière qu'il prenait en charge les frais pour un entraînement à l'endurance auprès de B._____ Formation du 6 mai au 25 juillet 2013. En contre-partie, le temps de présence suivant était requis de sa part : 2 heures par jour, 4 jours par semaine le premier mois ; 3 heures par jour, 4 jours par semaine le deuxième mois et 4 heures par jour, 4 jours par semaine le troisième mois.

L'assurée a par la suite présenté deux certificats médicaux à l'en-tête de l'Hôpital A.A._____. Le premier, daté du 6 mai 2013, attestait une incapacité de travail à 100% dès cette même date pour une durée probable de trois jours, et le second, daté du 21 mai 2013, attestait également une incapacité totale de travail, celui-ci pouvant être repris à temps plein dès le 24 mai 2013.

Dans le cadre du suivi de la mesure mise en place, un entretien a eu lieu en date du 5 juin 2013 entre l'assurée, sa conseillère AI et la formatrice auprès de B._____ Formation. De la note dressée à l'issue de cette entrevue, il apparaissait que, malgré diverses difficultés

liées notamment à ses douleurs, l'assurée montrait un état d'esprit positif, une volonté de faire au mieux de ses possibilités, de la force de caractère et du courage. La mesure se poursuivait pour le second mois avec une augmentation du taux de présence à 3 heures par semaine (recte : jour).

Le 2 juillet 2013, la conseillère AI de l'assurée et la responsable de la formation auprès de B._____ Formation se sont rencontrées pour s'entretenir du déroulement de la mesure au cours du mois de juin. Compte tenu de la situation (nombreuses absences injustifiées, douleurs physiques), elles ont décidé de mettre un terme à la mesure. Le même jour, la conseillère AI de l'assurée s'est entretenue par téléphone avec cette dernière qui lui a déclaré qu'elle était de nouveau malade.

Le 17 juillet 2013, B._____ Formation a fait parvenir à l'office AI un rapport final concernant la mesure de réentraînement à l'endurance mise en place en faveur de l'assurée. En guise de conclusion, il était relevé qu'il était difficile d'évaluer dans quelle mesure les objectifs fixés dans le contrat avaient été atteints, étant donné le faible taux de présence de l'intéressée. Il n'y avait rien de particulier à signaler s'agissant de la concentration, l'attention, la capacité d'apprendre, la mémoire et la qualité/quantité du travail demandé. L'objectif de collaboration n'était en revanche pas atteint, l'assurée n'ayant pas fourni les certificats médicaux requis et n'ayant pas informé B._____ Formation de ses absences. En ce qui concerne l'esprit d'équipe, la souplesse, l'adaptation à la situation et l'exécution des tâches demandées, il était noté que l'assurée s'était montrée plus ouverte au fil du temps, même si elle avait rejeté d'emblée l'atelier psycho-corporel. Il était en revanche difficile d'évaluer dans quelle mesure sa résistance était imputable à des difficultés physiques avérées. Quant à la motivation et à la volonté de travailler, l'intéressée avait exprimé sa motivation et sa volonté de poursuivre ses activités au sein de B._____ Formation, malgré la fragilité de sa santé. Elle avait aussi partagé son désir d'occupation à domicile ou dans une structure lui permettant une grande souplesse dès lors qu'elle ne pouvait jamais

prévoir les attaques répétées qu'elle subissait dans sa santé, car elles ne lui permettaient pas d'assurer une présence fiable et constante.

Par projet de décision du 29 juillet 2013, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait supprimer la rente entière d'invalidité servie depuis le 1^{er} septembre 2003. Il a retenu pour l'essentiel ce qui suit :

« Vous êtes actuellement au bénéfice d'une rente entière (98%) versée depuis le 1^{er} septembre 2003.

Nous avons entrepris la révision de votre dossier. Dans ce cadre, une expertise médicale a été réalisée en septembre 2012 par le Dr R. _____ à Lausanne. Il en ressort que suite à votre transplantation rénale en octobre 2004, votre capacité de travail a été estimée à 50% en 2009 par votre médecin-traitant dans une activité sédentaire, calme et non exposée aux poussières. L'expert, quant à lui, estime ensuite une pleine capacité de travail, mais avec une diminution de rendement de 25% en raison des fluctuations et difficultés d'équilibrer le diabète, ceci depuis 2006, soit après la stabilisation de votre fonction rénale.

A la suite de notre sommation du 19 décembre 2012, vous avez, par votre courrier du 16 janvier 2013, accepté de vous soumettre à des mesures professionnelles. Contestant toutefois toujours l'exigibilité médicale, vous avez accepté une mesure de réinsertion « entraînement à l'endurance » auprès de B. _____ Formation. Cette mesure fut interrompue après deux mois en raison de vos nombreuses absences dues à votre état de santé. Nous relevons que vous n'avez toutefois pas toujours fourni les certificats médicaux demandés, ni informés de la plupart de vos absences. Vous ne nous avez pas non plus apporté la preuve d'une aggravation de votre état de santé.

Dès lors, nous concluons qu'il n'y a pas lieu de mettre en place des mesures professionnelles.

Nous nous référons expressément à notre sommation du 19 décembre 2012 détaillant le devoir de mise en valeur de la capacité de travail exigible, de même que l'exigibilité des mesures professionnelles.

Nous avons dès lors calculé votre préjudice économique en comparant le salaire auquel vous pourriez prétendre sans atteinte à la santé en tant que vendeuse avec travaux simples et le salaire que vous pourriez réaliser dans une activité adaptée (comme par exemple ouvrière sans qualification particulière à 100% avec diminution de rendement de 25%, avec encore une retenue de 5% en raison de vos limitations fonctionnelles).

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	50'070.00
avec invalidité	CHF	<u>38'247.95</u>
La perte de gain s'élève à	CHF	11'822.05 »

La comparaison de gains conduisait à un degré d'invalidité de 23,61%. N'atteignant pas 40%, le degré d'invalidité entraînait l'extinction du droit à la rente. En conséquence, la rente serait supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Le 19 août 2013, l'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Se prévalant d'une aggravation de son état de santé, elle a annoncé le dépôt de certificats médicaux de trois médecins, dont les Drs W._____ et A._____.

Le 23 décembre 2013, le Dr W._____ a complété un rapport médical sur formulaire ad hoc destiné à l'office AI. Il a posé les diagnostics objectifs suivants : insuffisance rénale terminale sur néphropathie diabétique, transplantée le 4 octobre 2004 par le rein de sa mère, fonction du greffon satisfaisante près de dix ans après la greffe ; diabète gestationnel avec atteinte rénale et polyneuropathie douloureuse des membres inférieurs ainsi qu'un tabagisme chronique avec dysomnie invalidante. Il a estimé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 40 à 50%. De type sédentaire, elle devait s'exercer dans un environnement exempt de poussières et d'humidité et il convenait d'éviter le contact avec des petits enfants ou des personnes âgées. Le Dr W._____ a joint à son rapport une lettre du 21 mars 2012 à son intention, dans laquelle les Drs V._____, chef de clinique adjoint, et E._____, médecin assistante, rendaient compte de l'hospitalisation de l'assurée du 27 janvier au 10 février 2012 à l'Hôpital A.A._____ en raison d'une décompensation diabétique acidocétosique. Il était mentionné une absence de suivi de longue date chez son diabétologue.

En réponse à la demande de l'office AI, le Dr A._____, spécialiste en neurologie, s'est référé par pli du 5 février 2014 à une lettre du 23 août 2013 adressée au Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale. Celui-ci avait demandé au Dr A._____ d'examiner sa patiente, ce que ce dernier avait fait en date du 23 août 2013. Sans se prononcer sur la capacité de travail, il a en définitive retenu ce qui suit dans le paragraphe consacré à l'évaluation du cas :

« L'examen clinique montre [des] signes de polyneuropathie distale sensitive des membres inférieurs avec une aréflexie achilléenne, une hypoesthésie en chaussette en modalité thermique et algésique. L'électromyogramme montre des vitesses de conduction motrices et sensitives à la limite inférieure de la norme. L'examen par ponction n'a pu être mené à bien en raison d'une intolérance. La situation se présente comme une polyneuropathie électriquement modeste. Les plaintes me paraissent plus importantes que ceux que l'on serait en droit d'attendre en fonction de ces résultats. Aussi, il me paraît nécessaire d'exclure une cause vasculaire à une claudication intermittente, raison pour laquelle je me permets d'adresser la patiente au Dr X. _____ qui la connaît déjà. »

Un rendez-vous avec le Dr X. _____, spécialiste en angiologie et médecine interne générale, avait d'ores et déjà été convenu pour le 9 octobre 2013.

Dans une lettre du 20 février 2014 à l'office AI, la Dresse L. _____, spécialiste en angiologie, a déclaré avoir vu l'assurée en date du 14 novembre 2013 pour un avis vasculaire. Cet examen ne lui permettait toutefois en aucun cas de se prononcer quant à la révision du droit à la rente AI.

Renonçant à compléter le questionnaire adressé par l'office AI dans le cadre de la révision du droit à la rente, le Dr J. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a indiqué, en date du 7 mai 2014, qu'il renvoyait à l'appréciation du Dr W. _____. Il a joint en annexe une lettre du 5 mars 2014 qu'il avait adressée à ce dernier à la suite d'une consultation du 3 mars précédent et qu'il concluait en ces termes :

« Cet examen ORL ne met en évidence qu'une discrète atteinte transmissionnelle auditive droite, probablement post otitique, peu gênante, et pour laquelle je ne proposerais rien d'autre, également compte tenu de la dysfonction tubaire. L'examen vestibulaire permet de s'assurer d'une fonction labyrinthique normale. Aussi, de façon concordante à l'anamnèse, les symptômes de cette patiente me semblent être relatifs à une atteinte proprioceptive diffuse, potentiellement exacerbée dans un contexte d'hypotension orthostatique. Je lui ai donc recommandé d'éviter toute mobilisation dans l'obscurité, et l'ai rassurée quant à l'absence de problème otologique. Je n'ai pas prévu de contrôle. »

Se déterminant sur les avis médicaux des Drs W._____ (rapport du 23 décembre 2013), A._____ (rapport du 5 février 2014) et J._____ (rapport du 7 mai 2014), le Dr O._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, a relevé, dans un avis du 28 mai 2014 que les documents médicaux à disposition ne contenaient pas de descriptifs cliniques, ni ne développaient des arguments permettant de s'écarter de l'appréciation de l'expert R._____. En conséquence, il n'y avait pas lieu de modifier le projet de décision du 29 juillet 2013.

Par décision formelle du 13 juin 2014, l'office AI a entériné la suppression du droit à la rente telle qu'annoncée dans son projet du 29 juillet 2013 avec une motivation identique à celle contenue dans ce dernier. Il a par la même occasion retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office AI a, en substance, expliqué que les nouveaux rapports médicaux qu'il avait sollicités avaient été soumis au SMR mais que ceux-ci ne changeaient en définitive rien à l'appréciation du Dr R._____.

D. Par acte du 17 juin 2014, N._____ a recouru contre cette décision devant la Cour de céans. Elle déclare s'opposer à la suppression de sa rente d'invalidité. Alléguant une détérioration de son état de santé, elle s'estime en incapacité totale de travailler et annonce la production de rapports médicaux aux fins d'étayer ses dires.

Dans une lettre du 23 juin 2014 à la recourante, adressée en copie au Tribunal cantonal, la Dresse Q._____, spécialiste en endocrinologie - diabétologie et médecine interne, s'est exprimée en ces termes :

« Je puis attester que votre état de santé s'est considérablement aggravé ces derniers mois, notamment des douleurs très invalidantes à la marche pour lesquelles j'ai récemment mis en route différentes investigations et dont j'attends les conclusions. J'ai également mis en évidence une instabilité glycémique majeure.

En l'état, les douleurs au niveau des membres inférieurs et l'instabilité glycémique sont à mon avis de nature à rendre impossible toute activité professionnelle.

Je ne manquerai pas de fournir à l'Assurance Invalidité et au Tribunal Cantonal mes conclusions lorsque nous aurons avancé, notamment quant aux investigations des douleurs des jambes. »

Dans une lettre du 27 juin 2014, la recourante précise que ses conclusions tendent à l'annulation de la décision attaquée et à ce que son droit à une rente entière soit reconnu de manière ininterrompue. Sollicitant l'octroi d'un délai pour déposer un mémoire complémentaire, elle se prévaut par ailleurs de la précarité de sa situation matérielle pour demander à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 3 juillet 2014, le magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 19 juin 2014. Elle était exonérée du paiement d'avances ainsi que des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 15 août 2014, l'office intimé déclare, au sujet du courrier de la Dresse Q._____, qu'il prendra volontiers connaissance des renseignements à intervenir mais qu'en l'état du dossier, il ne peut proposer que le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Désormais représentée par le Centre social protestant - Vaud, l'assurée a déposé, sous la plume de ce dernier, en date du 20 août 2014, un mémoire complémentaire, puis, le 25 septembre 2014, une réplique à la réponse de l'office AI. Subsidiairement aux conclusions déjà formulées, elle demande que soit ordonné « un complément d'instruction sur les infections régulières et totalement invalidantes dont [elle] souffre (...) ainsi que l'évolution récente de son état de santé dans le sens où celle-ci confirme les épisodes handicapants [la] privant (...) de toute capacité de gain ». L'assurée se plaint que, à la page 18 de son rapport d'expertise, le Dr R._____ ait admis qu'elle avait été hospitalisée en janvier 2012, tout en constatant que « le détail de cette hospitalisation ne nous est pas connu. » N'ayant pas cherché à en savoir plus, l'expert aurait violé son obligation d'établir les faits. Elle conteste par ailleurs l'appréciation médicale du Dr R._____, lui reprochant de ne retenir que le diabète de type II, insulino-dépendant et instable, comme affection ayant un effet sur

sa capacité de travail. A son avis, son état de santé s'explique bien plutôt par l'interaction des différentes pathologies dont elle souffre, telles que la polyneuropathie sensitivo-motrice débutante et la perturbation des tests hépatiques d'origine indéterminée, lesquelles, combinées entre elles, nécessitent des hospitalisations régulières et des traitements lourds. Une capacité de gain ne saurait donc être admise dans ces conditions.

A sa réplique du 25 septembre 2014, l'assurée a joint un lot de 19 pièces datant de mai 2013 à septembre 2014. Il s'agissait pour l'essentiel de rapports de consultation ambulatoire, compte-rendus d'analyse de laboratoires, résultats d'examens radiologiques ainsi que diverses correspondances médicales et administratives. Sur la base de ces documents, elle explique que la greffe de son unique rein effectuée en 2004 n'a pas fait disparaître ses déséquilibres métaboliques. Les décompensations diabétiques, tuméfactions abcédées, vertiges, nausées, vomissements alimentaires, troubles du sommeil, sont constatés médicalement sans interruption depuis cette époque. De plus, les derniers rapports font notamment état d'une inflammation chronique de la muqueuse antrale, d'ulcère chronique de la jonction oesogastrique, de douleurs thoraciques, de polyneuropathie des membres inférieurs. Des lésions secondaires au diabète apparaissent dans le greffon, des signes débutants d'une glomérulopathie chronique d'allogreffe sont diagnostiqués et une myopathie suspectée. Une hypocalcémie et une hypovitaminose D ont récemment exigé un traitement médical important. Les manifestations cliniques de ces dernières prennent la forme de tremblements, crampes musculaires, tétanie, troubles du rythme cardiaque et douleurs musculosquelettiques généralisées. Ajoutées à ses autres difficultés, ces manifestations expliqueraient selon la recourante ses absences lors de son stage de réadaptation professionnelle. Par ailleurs, les médicaments qui lui sont prescrits altèreraient sa capacité de concentration. La recourante déduit de ce qui précède que son état de santé n'a pas évolué depuis 2003 et que son incapacité de travail demeure dès lors totale, ce qui justifie le maintien du versement d'une rente entière d'invalidité.

Dupliquant en date du 20 octobre 2014, l'office AI indique avoir soumis au SMR les documents produits par la recourante. Dans un avis du 15 octobre 2014, joint en annexe, le Dr U._____ résume la situation assécurologique et médicale de l'assurée puis rend compte brièvement du contenu des pièces médicales déposées à l'appui de la réplique avant de conclure en ces termes son analyse :

« En résumé, l'assurée a souffert de trois épisodes d'infection urinaire traités par antibiotique, sans complication, d'une fracture de la première phalange du cinquième orteil, traité de manière conservatrice, également sans complication, et a consulté à deux reprises les urgences pour des douleurs thoraciques d'origine musculo-squelettique. La fonction rénale ne s'est pas péjorée, il n'y a pas de rejet de greffe et la protéinurie est asymptotique. Bien qu'une cardiopathie ischémique ne soit pas encore formellement exclue, l'assurée n'a pas de symptômes évocateurs ou de limitations d'un point de vue cardio-vasculaire. Finalement, les douleurs des membres inférieurs (élément subjectif), bien qu'absentes lors de l'expertise du Dr R._____, ne s'expliquent pas uniquement par l'atteinte neurologique (cf. rapport du Dr A._____ du 23 août 2013) et n'ont pas de cause vasculaire, auto-immune ou inflammatoire. L'activité physique régulière (sans longue marche) est encouragée, au même titre qu'une certaine hygiène de vie et bonne compliance médicamenteuse.

Conclusion : au vu de ce qui précède, il n'existe donc pas d'éléments objectifs ayant été ignorés ou nouveaux pouvant influencer durablement la capacité de travail de l'assurée. »

Faisant siennes ces conclusions, l'intimé propose derechef en l'état du dossier le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

S'exprimant une ultime fois par mémoire du 14 novembre 2014, la recourante oppose sa propre lecture des documents médicaux à celle de l'office intimé auquel elle reproche (par l'intermédiaire de son SMR) d'en avoir pris connaissance de manière partielle et d'en avoir isolé de façon incompréhensible plusieurs éléments. De l'avis de la recourante, cette manière de faire ne reflète pas la réalité, de sorte qu'elle serait entachée d'arbitraire. Les rapports médicaux produits font état d'épisodes successifs de décompensation diabétique, de nausées et vomissements, d'abcès, d'infections urinaires, de douleurs thoraciques ainsi que de fatigue et de troubles du sommeil. Ces troubles seraient imputables aux

pathologies dont elle souffre. Par ailleurs, ces affections seraient de plus en plus fréquentes et rapprochées. A cela s'ajoutent une aggravation de la fonction rénale, des neuropathies voire des risques cardio-vasculaires. Selon la recourante, la conjonction de ces pathologies dérèglerait son organisme, de sorte que, en fin de compte, son état général - lequel s'aggraverait - ferait obstacle à l'exercice de toute activité professionnelle et ce, en dépit de ses efforts. En conséquence, elle réitère ses conclusions tendant au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité.

En date du 17 novembre 2014, le greffe de la Cour de céans a transmis ces déterminations pour information à l'office intimé, lequel n'a pas réagi.

En réponse à une lettre de la recourante, le magistrat instructeur a indiqué le 28 janvier 2015 qu'un arrêt sera notifié au plus tard au cours de l'été 2015.

E n d r o i t :

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

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28

octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) L'objet d'un recours est circonscrit par la décision attaquée. Le juge ne peut ainsi entrer en matière – et le recourant ne peut présenter de griefs – que sur les points tranchés par cette décision (ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Aux termes de la décision du 13 juin 2014, le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité allouée depuis le 1^{er} septembre 2003. En d'autres termes, il y a lieu de déterminer si – et dans l'affirmative à partir de quand – l'état de santé de la recourante a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, par conséquent, son droit aux prestations.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'évaluation du taux d'invalidité a, en principe, lieu par une comparaison du revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (cf. art. 28a LAI et 16 LPGA).

b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de

fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372, 387 consid. 1b p. 390). 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 reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss; TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

c) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

d) L'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353). Par ailleurs, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (TF I 53/06 du 22 mars 2007 consid. 5).

4. a) En l'espèce, l'office AI s'est fondé sur un certificat médical du Dr W._____ du 21 juillet 2003, pour octroyer à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2003 (« proposition en procédure » du 24 novembre 2003). Il avait retenu (avis médical de la Dresse H._____ du 30 septembre 2003) qu'elle présentait depuis le mois de septembre 2002 une incapacité de travail de 70% dans toute activité en raison de ses problèmes rénaux, lesquels nécessitaient des traitements particulièrement lourds (hémodyalise et éventualité d'une greffe). Le 21 août 2006, l'office AI a confirmé le maintien de la rente d'invalidité, telle que servie jusqu'alors.

b) Procédant en avril 2008 à la révision d'office de la rente allouée, l'office AI a requis divers renseignements, notamment d'ordre médical.

Dans son rapport du 29 juin 2009, le Dr W. _____ a constaté une bonne évolution sur le plan néphrologique avec une excellente fonction du greffon cinq ans après la transplantation (intervenu en octobre 2004). Le diabète était toutefois « toujours très instable avec excursion glycémique très impressionnante ». Une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée lui paraissait raisonnable. Aussi, l'office intimé a-t-il examiné les possibilités de réinsertion en organisant une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière en automne 2011. Au terme de la mesure, la assurée a déclaré vouloir rechercher un stage par ses propres moyens, désirant néanmoins une aide au placement. Mais suite notamment à une hospitalisation début 2012, elle a expliqué ne plus se sentir apte à entreprendre une activité à 50% (cf. note de suivi du 21 mai 2012). Le Dr P. _____ a donc préconisé la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne auprès du Dr R. _____ en vue de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible de l'assurée. A l'issue de son examen, celui-ci conclut à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, une perte de rendement de 25% étant toutefois admise en raison des fluctuations et des difficultés d'équilibrer le diabète, seule pathologie affectant selon l'expert la capacité de travail. L'assurée ayant accepté de se soumettre à un programme de réinsertion visant au réentraînement à l'endurance, l'office AI s'est chargé de mettre en place une mesure de reclassement auprès de B. _____ Formation, laquelle a dû être prématurément interrompue en raison des absences de l'assurée imputables, selon elle, à une dégradation de son état de santé. A défaut d'avoir pu concrétiser dans le cadre d'une mesure professionnelle la capacité de travail exigible retenue par l'expert, l'administration a donc procédé à une approche théorique de la perte de gain, ce qui l'a conduit, par projet de décision du 29 juillet 2013, à supprimer la rente servie jusqu'alors. Elle s'est en cela fondée sur les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr R. _____.

c) En procédure administrative, l'assurée a critiqué la capacité de travail retenue par l'office AI. A l'appui de ses allégations, elle a

annoncé la production de divers rapports médicaux. Si, dans son rapport du 23 décembre 2013, le Dr W._____ retient une capacité de travail de 40 à 50% dans une activité adaptée, ni les Drs A._____, J._____ et L._____ ne confirment dans leurs avis médicaux respectivement des 5 février 2014, 20 février 2014 et 7 mai 2014 une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il s'ensuit que, dans la décision dont est recours, du 13 juin 2014, l'office AI a entériné la suppression de la rente annoncée dans son projet du 29 juillet 2013.

5. La recourante conteste devant le Tribunal cantonal que les conditions d'une révision soient réunies. Plus précisément, elle estime que son état de santé n'a pas changé depuis la « proposition en procédure » du 24 novembre 2003, respectivement se serait dégradé depuis l'expertise du Dr R._____ en septembre 2012.

a) Dans sa lettre du 5 mars 2014 au Dr W._____, le Dr J._____ relève que l'examen ORL auquel il a procédé le 3 mars précédent ne met en évidence qu'une discrète atteinte transmissionnelle auditive droite post otitique, peu gênante. L'examen vestibulaire lui a en outre permis de s'assurer d'une fonction labyrinthique normale et il a pu rassurer sa patiente quant à l'absence de problème otologique. Pour le surplus, le reste de l'examen est dans les limites de la norme, y compris l'épipharyngoscopie avec une bonne mobilité cordale.

De son côté, le Dr A._____ souligne dans sa lettre au Dr T._____ du 23 août 2013 faisant suite à un examen clinique du même jour que l'assurée est en bon état général. L'électromyogramme montre des vitesses de conduction motrices et sensitives à la limite inférieure de la norme. L'examen clinique montre toutefois des signes de polyneuropathie distale sensitive des membres inférieurs avec une aréflexie achilléenne, une hypoesthésie en chaussette en modalité thermique et algésique. Il signale encore que les plaintes lui paraissent plus importantes que ce que l'on serait en droit d'attendre en fonction de ces résultats. Quant au Dr W._____ (rapport du 23 décembre 2013), il impute l'aggravation des plaintes à une polyneuropathie diabétique. Le

diabète représente en effet une des principales causes susceptibles de provoquer une polyneuropathie. Cette affection touche les membres inférieurs et le tableau clinique se présente sous la forme d'atteintes sensitives et motrices ainsi que du système nerveux autonome. Elle se traduit par des symptômes tels que des fourmillements, des douleurs, des diminutions de sensations, des difficultés à marcher et des crampes. Par ailleurs, lors de l'examen physique, divers signes cliniques peuvent être détectés par le médecin tels qu'une baisse, respectivement une perte des réflexes rotuliens ou achilléens. A cet égard, le Dr A._____ parle d'aréflexie achilléenne tandis que le Dr W._____ évoque des crampes musculaires. Ces observations rejoignent celles effectuées par le Dr R._____, lequel avait déjà constaté une polyneuropathie diabétique débutante avec abolition des réflexes achilléens et quelques troubles de la sensibilité. Dans ces conditions, il est douteux qu'à elle seule la polyneuropathie suffise pour retenir une aggravation de l'état de santé, ce d'autant moins que ni le Dr W._____ ni le Dr A._____ ne font expressément état d'une péjoration de la situation.

Certes, le Dr W._____ mentionne en date du 8 novembre 2013 (pièce n° 1 du bordereau produit à l'appui de la réplique) une évolution progressivement défavorable de la fonction du greffon. Or, il écrit dans son rapport du 23 décembre 2013 à l'intention de l'office AI que la « fonction du greffon [est] satisfaisante près de 10 ans post greffe ». Qui plus est, dans un rapport anatomo-pathologique du 13 janvier 2014 (pièce n° 10 du bordereau produit en réplique), le Dr F.F._____, médecin associé au service de pathologie clinique de l'Hôpital S._____, écrit que la fonction du greffon rénal est relativement stable. Cette différence d'appréciation n'étant pas expliquée, on ne saurait rien en déduire en ce qui concerne l'évolution de l'état de santé, que cela soit sous l'angle néphrologique ou d'un point de vue plus global. Au demeurant, une éventuelle aggravation ne résulte pas non plus d'une différence d'appréciation de la capacité de travail. Le Dr W._____, médecin traitant, a en effet maintenu en date du 23 décembre 2013 le taux de 40 à 50% qu'il avait déjà retenu dans son rapport du 29 juin 2009. Quant aux autres médecins, ils ne se sont pas exprimés à ce sujet.

b) Cela étant, la recourante a encore joint à sa réplique moult rapports et documents médicaux en vue d'étayer ses allégations. Ces pièces - établies entre mai 2013 et septembre 2014 (cf. au sujet de documents médicaux et faits survenus postérieurement à la décision attaquée : ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 et 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1) - font état de nombreux examens se rapportant à des troubles relevant pour l'essentiel des sphères neurologique, rhumatologique, de médecine interne, endocrinologique et diabétologique. A cela s'ajoutent des investigations cardio-vasculaires (Dr E.E._____), orthopédiques, oeso-gastriques (biopsie de l'estomac et de l'œsophage) ainsi que divers examens radiologiques (mammographies, thorax et pied droit consécutif à un traumatisme subi le 12 avril 2014) et de laboratoires (analyse d'urines). Certaines de ses investigations correspondent à celles annoncées par la Dresse Q._____ dans sa lettre du 23 juin 2014 (cf. en particulier les lettres des 3 juin et 28 août 2014 de la Dresse D.D._____, spécialiste en rhumatologie, à la Dresse Q._____ et lettre du 9 juillet 2014 du Dr E.E._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, à cette dernière).

Si les « notes de suite » du 11 septembre 2014 (pièce n° 1 du bordereau de la recourante) font certes état des investigations auxquelles ont procédé différents praticiens, en particulier le Dr W._____, entre mai 2004 et août 2014, on remarque toutefois que ce document ne contient aucune inscription pour la période courant du 25 août 2004 au 11 novembre 2009. Même si l'absence d'inscription dans ce relevé ne signifie pas pour autant la disparition de tout problème médical, force est cependant de constater que la fréquence des consultations tend à s'accroître à mesure que l'éventualité d'une suppression de la rente servie depuis 2003 paraît se concrétiser à la suite de la procédure de révision engagée en avril 2008. L'assurée n'a du reste pas consulté le Dr W._____, en tout cas entre le 27 juin 2007 et juin 2008 (cf. lettre du Dr W._____ à l'office AI indexée au 6 juin 2008). Quoi qu'il en soit, la multiplication d'investigations médicales ne suffit pas en soi à retenir

l'existence d'une éventuelle péjoration de l'état de santé. D'ailleurs, il ne ressort pas des pièces produites en réplique que les médecins consultés se seraient clairement prononcés en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. La plupart d'entre eux ont fait part d'observations cliniques et radiologiques peu évocatrices et ne permettant pas de retenir un diagnostic précis. Ils se sont en outre abstenus de porter des conclusions définitives au sujet de la capacité de travail. Dans ces conditions, une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du Dr R._____ du 19 septembre 2012 jusqu'à la décision attaquée du 13 juin 2014 n'est pas rendue vraisemblable et la recourante ne saurait par conséquent rien tirer en sa faveur du contenu de ces documents.

6. Autre est la question de savoir si l'appréciation du Dr R._____ qui retient une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 25% peut être suivie. En d'autres termes, il s'agit de se demander si, dans la décision dont est recours, l'office intimé pouvait se fonder sur les conclusions de cette expertise pour procéder à la suppression de la rente entière d'invalidité servie depuis le 1^{er} septembre 2003.

a) La recourante se plaint que le Dr R._____ n'ait pas cherché à s'informer des motifs de son hospitalisation intervenue aux mois de janvier/février 2012 à l'Hôpital A.A._____ en raison d'un coma diabétique (cf. lettre de sortie du 21 mars 2012 des Drs E._____ et V._____, jointe par le Dr W._____ à son rapport médical du 23 décembre 2013 à l'office intimé).

Il appartient à l'expert de recueillir tous les éléments nécessaires à l'établissement d'une anamnèse complète, à défaut de quoi son appréciation pourrait s'en trouver faussée. En se contentant d'écrire que « le détail de cette hospitalisation ne [lui] est pas connu », l'expert laisse de côté des données qui peuvent influencer sur l'analyse à laquelle il est appelé à se livrer. Il donne certes quelques détails à ce sujet en page 9 de son rapport mais on ignore s'il a eu connaissance de la lettre du 21 mars 2012. Le fait de retenir sur la base des déclarations de l'assurée

qu'elle serait restée une semaine aux soins intensifs et qu'elle n'aurait plus guère de souvenirs ne suffit pas. Au demeurant, l'assurée n'a séjourné que du 28 au 30 janvier 2012 aux soins intensifs (cf. lettre de sortie du 21 mars 2012). En tout état de cause, l'expertise s'étant déroulée au mois de septembre 2012, on pouvait raisonnablement attendre de l'expert, tout comme de l'intimé qui a eu connaissance de l'hospitalisation lors de l'entretien du 21 mai 2012, qu'il se renseigne sur les circonstances précises d'un séjour hospitalier datant du mois de janvier précédent.

Cela étant, il ressort de la pièce n° 1 produite à l'appui de la réplique qu'en regard de la date du 23 février 2010, l'assurée aurait appelé le Dr W._____ pour lui signaler des douleurs au flanc gauche accompagnées de nausées et de vomissements alimentaires et qu'un suivi médical aurait été mis en place auprès de la Dresse C.C._____. On ne voit pas que cette praticienne ait été sollicitée par l'expert R._____ pour s'exprimer au sujet du traitement prescrit. La pièce précitée fait en outre état d'une hospitalisation en date du 11 novembre 2009 motivée par une décompensation diabétique que l'expert ne mentionne pas. En revanche, il relève (rapport d'expertise, p. 6) des infections à répétition depuis fin 2011 avec hospitalisation, grippe, ulcère et infection au bras. Il se réfère en cela à la note interne de suivi du 21 mai 2012 de l'office AI, sans toutefois solliciter d'autres informations sur ce point. Son exposé de l'« histoire médicale plus récente » (p. 9 du rapport d'expertise), soit depuis 2004/2005, ne contient rien à ce sujet.

Il suit de là que l'expert R._____ n'a pas tenté de constituer un dossier médical complet à propos de l'assurée. Or, il se devait d'autant plus de disposer de documents fiables et objectifs qu'il relève l'attitude hostile de l'assurée pendant l'anamnèse, laquelle reste finalement évasive et peu contributive (cf. rapport d'expertise, p. 18). En s'abstenant de réunir les éléments factuels nécessaires à l'établissement de son rapport, l'expert s'est privé de la possibilité de reconstituer avec exactitude l'anamnèse de l'assurée.

b) La recourante soutient encore que l'appréciation du Dr R._____ ne serait pas convaincante dans la mesure où elle ne prendrait pas en compte l'ensemble de son état général. Pris dans sa globalité, celui-ci ferait selon elle obstacle à la reconnaissance d'une capacité de travail complète.

Dans son rapport, le Dr R._____ met en évidence une polyneuropathie diabétique débutante, responsable de l'abolition des réflexes achilléens et de quelques troubles de la sensibilité. De son côté, le Dr A._____ retient également une telle affection. Tout en constatant son caractère électriquement modeste, il considère toutefois la mise en oeuvre d'examens complémentaires nécessaires aux fins d'exclure une cause vasculaire. C'est la raison pour laquelle, il a adressé l'assurée au Dr X._____. Le dossier ne contient cependant pas d'avis émanant de ce praticien, de sorte que l'on ignore si ces examens ont eu lieu et, le cas échéant, à quelles conclusions ils ont abouti. Ensuite, l'expert affirme qu'il n'y a pas d'incapacité de travail résultant du status après transplantation rénale. Outre que cette assertion n'est pas motivée, elle se heurte à la déclaration du Dr W._____ du 8 novembre 2013 selon laquelle l'évolution de la fonction du greffon ne serait pas favorable. Certes, le Dr W._____ n'a pas mentionné dite évolution dans son rapport du 23 décembre 2013 à l'office AI, mais il n'en demeure pas moins qu'une incertitude subsiste quant à l'état de la fonction du greffon. Enfin, l'expert mentionne brièvement divers troubles relevant de plusieurs spécialités médicales (troubles visuels, paresthésies des doigts et des pieds, examen cardio-vasculaire et pulmonaire et douleurs abdominales). Il fait aussi allusion à des tests du foie perturbés, sans qu'une explication soit donnée à ce propos. Outre que l'expert R._____ fonde dans une large mesure son analyse sur les déclarations de l'assurée, son appréciation - au demeurant fort succincte - ne permet pas de répondre à la question de savoir si et dans quelle mesure les troubles mis en évidence interagissent les uns avec les autres et contribueraient par là même à une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Il s'ensuit que la situation médicale de cette dernière appelle un examen plus large que celui effectué par un seul

spécialiste en médecine interne. Les problèmes médicaux mis en évidence lors des consultations effectuées en 2013 et 2014 en témoignent.

Il découle de ce qui précède qu'il ne peut être accordé de valeur probante à l'expertise du Dr R._____ en raison de son caractère largement lacunaire, tant en ce qui concerne l'anamnèse que s'agissant de la situation médicale particulière de l'assurée. En outre, l'opinion de l'expert repose pour l'essentiel sur les seules plaintes subjectives exprimées par la recourante au cours de l'expertise, faute d'avoir requis des documents émanant des médecins ayant examiné l'assurée, respectivement des hôpitaux dans lesquels elle a séjourné. Il s'ensuit que l'office intimé ne pouvait s'en contenter.

7. Ainsi, en présence d'une instruction lacunaire et non d'un seul conflit d'avis médicaux imposant une surexpertise, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI dans la mesure où, avant de confier au Dr R._____ le soin de réaliser une expertise, l'intimé n'a pas actualisé les données médicales en sa possession, puisque le dernier rapport médical est celui complété sur formulaire ad hoc par le Dr W._____ en date du 29 juin 2009. Dans ce contexte, l'absence d'un avis émanant de la Dresse C.C._____ - laquelle a suivi l'assurée en 2010 - se comprend dans la mesure où les données médicales n'ont pas été actualisées depuis 2009. En outre, il n'apparaît pas que l'administration ait cherché à obtenir des renseignements auprès du Dr X._____, alors même que le Dr A._____ avait annoncé que l'assurée serait adressée à ce dernier pour des investigations complémentaires. Au vu des circonstances, il convenait néanmoins, sur un plan asséculoologique, de documenter davantage la situation médicale de l'assurée.

Cela fait, il appartiendra à l'administration intimée, pour autant qu'elle compte alors toujours procéder à la révision de la rente, de diligenter une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA comprenant à tout le moins un volet de médecine interne, endocrinologique/diabétologique, neurologique et rhumatologique afin d'effectuer une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du

rendement exigible de la recourante dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent. Il sied de souligner dans ce contexte que des investigations complémentaires sur le plan psychiatrique ne se justifient pas à ce stade, dans la mesure où la recourante ne se prévaut pas d'atteintes de ce type. Quant au diagnostic de « personnalité immature avec des traits narcissiques (F 60.8) » posé lors de l'examen bidisciplinaire effectué au SMR en mai 2002, il ne saurait à l'évidence suffire, faute d'avoir été considéré par un spécialiste comme incapacitant. Il va toutefois de soi que les experts disposeront de toute la latitude nécessaire pour s'adjoindre, le cas échéant, les services d'un autre spécialiste si l'examen de la situation médicale l'imposait, étant précisé que tant l'office intimé que les experts désignés par ses soins s'abstiendront de faire appel au Dr R. _____ en tant qu'expert. On ajoutera encore que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

8. a) En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 13 juin 2014, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un représentant qualifié du Centre social protestant - Vaud, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'ampleur des activités déployées en procédure judiciaire, de fixer à 600 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. _____ une indemnité de 600 fr. (six cents francs) à titre de dépens.

- IV. 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Centre social protestant - Vaud (pour N. _____),
- 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 :