

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2017

Composition : Mme T H A L M A N N, présidente
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. S._____, née le [...] 1984, était atteinte d'une affection congénitale, à savoir une fente palatine et une malformation de la langue. Elle a subi plusieurs interventions et suivi une rééducation. L'affection congénitale a été prise en charge par l'Al (décisions des 19 novembre 1984, 29 août 1988, 24 avril 1989, 30 juin 1990, 10 octobre 1992 et 16 février 1993).

B. Le 22 juillet 2004, S._____ a déposé une demande de prestations Al pour adultes en indiquant être atteinte d'une maladie concernant le foie et les reins nécessitant une double greffe.

Le 5 octobre 2004, la Dresse D._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics suivants :

« A. Diagnostics affectant la capacité de travail :

Insuffisance rénale chronique sur néphrophtise.
Cirrhose biliaire secondaire sur maladie X (probablement congénitale).
Hypertension portale avec hypersplénisme et pancytopénie.
Anémie mixte.

existant depuis juillet 2002, mais probablement congénital

Diagnostics n'affectant pas la capacité de travail

Varices oesophagiennes
RCUH ?
Malformation maxillo-faciale
Microdactylie

existant depuis juillet 2002, mais probablement congénital »

Elle a exposé que l'assurée ne pouvait s'engager dans un emploi étant bientôt sur la liste d'attente d'une greffe hépato-rénale et souffrant en outre d'asthénie sur urémie et d'anémie existant depuis le diagnostic en 2002. Elle a indiqué que lors du bilan pré-opératoire pour correction maxillo-faciale une pancytopénie avait été mise en évidence. Après investigation complémentaire, le diagnostic de la pathologie hépato-

rénale avait été posé, l'assurée étant suivie aux Hôpitaux C._____ (ci-après : Hôpitaux C._____) par le service de néphrologie et gastroentérologie (Prof. N._____ et Dr K._____). La Dresse D._____ a précisé que l'assurée avait suivi une école de secrétariat en 2002 - 2003 et qu'elle n'avait pas établi d'arrêt de travail dès lors que l'assurée n'avait pas d'emploi.

A ce rapport était joint celui de la Dresse P._____, spécialiste en radiologie, établi à la suite d'un CT-scan abdominal effectué le 16 juillet 2002, et conclu en ces termes :

« Conclusion :

Vraisemblable syndrome de Caroli plutôt que maladie de Caroli : syndrome héréditaire qui associe une maladie de Caroli à une fibrose hépatique congénitale. En plus de la malformation de l'arbre biliaire infra-hépatique. Il existe une fibrose avec comme complication essentielle, une hypertension portale. Il existe des lésions rénales associées de type ectasie canalaire pré-calcicelle (rein-éponge).

Splénomégalie impressionnante.

Epanchement libre intra-abdominal occupant essentiellement les récessus péritonéaux bas.

Un examen gynécologique avec échographie par voie endo-vaginale est souhaitable pour une meilleure étude des ovaires. »

Le 27 octobre 2004, le Dr W._____, médecin adjoint au Service de néphrologie des Hôpitaux C._____, a posé le diagnostic, affectant la capacité de travail, de syndrome de Caroli (polykystose rénale, insuffisance rénale, insuffisance hépatique sur cirrhose biliaire) et, sans influence sur la capacité de travail, de status après correction de fente palatine et de syndactylie. Il a exposé que l'assurée était mise sur une liste d'attente pour une double transplantation foie et rein et qu'elle était actuellement en contre-indication temporaire en raison d'une fonction rénale médiocre, mais encore suffisante. Le pronostic était réservé quant à l'issue de la double transplantation. Le Dr W._____ mentionnait en outre que l'assurée souffrait d'asthénie et de troubles de la concentration.

Par décision du 29 avril 2005, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assurée avec effet au 1^{er} juillet 2003.

C. Le 17 mai 2006, l'OAI a initié une révision. Dans le questionnaire qu'elle a signé le 23 juin 2006, l'assurée a indiqué qu'elle avait subi une greffe hépatique et rénale le 4 février 2006 et qu'elle se rendait à un rendez-vous médical une fois par semaine. A la même date, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps depuis quatre ans par nécessité financière et par intérêt personnel.

Le 21 septembre 2006, la Dresse H. _____ du Service de néphrologie des Hôpitaux C. _____ a indiqué que la greffe hépatique et rénale avait eu lieu le 4 février 2006, que l'état de santé de l'assurée s'améliorait et que le pronostic était bon, un traitement immunosuppresseur devant être suivi à vie. Elle mentionnait en outre une formation à débiter et qu'il fallait éviter la même position pendant longtemps, les positions à genoux et accroupie, de lever, porter ou déplacer des charges, un travail en hauteur / sur une échelle, des déplacements sur sol irrégulier ou en pente et un horaire de travail irrégulier.

Le 11 janvier 2007, le Dr J. _____ du même Service a précisé, quant à la capacité de travail dans une activité de secrétariat, que cela dépendrait de l'examen neuropsychologique qui était demandé. Du point de vue néphrologique, une activité professionnelle pouvait être reprise d'abord à 50% pendant quelques mois puis éventuellement même à 100% et une formation pouvait être envisagée à 100%.

A la même date, l'assurée a informé l'OAI qu'avant sa maladie, elle cherchait sa voie sur le plan professionnel, qu'elle ne l'avait pas trouvée et qu'elle avait l'intention de prendre contact avec un conseiller en orientation professionnelle.

Dans un rapport du 30 mai 2007, le Dr J. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, celle-ci étant atteinte d'un état anxio-dépressif avec attaque de panique nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique (O. _____ [ci-après : O. _____] aux Hôpitaux

C._____) depuis le 23 avril 2007, le pronostic devant être déterminé à la fin de l'hospitalisation. Concernant la fonction rénale et hépatique, il n'y avait pas de problème particulier, le rapport du 5 février 2007 restant valable, en ajoutant qu'il fallait également tenir compte des limitations quant à l'exposition à des températures extrêmes (grande chaleur ou grand froid à l'extérieur). Il a ajouté que les conclusions du rapport neuropsychologique ne mettaient en évidence aucun élément cognitif à même de limiter le champ des possibilités professionnelles, le seul obstacle potentiel mis en évidence étant un manque de confiance en soi avec une absence consécutive d'initiative personnelle pour lesquelles la patiente bénéficierait certainement d'un soutien psychothérapeutique et d'une orientation professionnelle. Le médecin précité a joint à son rapport celui du 13 février 2007 du Dr L._____, neuropsychologue du Service de neurologie des Hôpitaux C._____, conclu en ces termes :

« **Conclusion**

L'évaluation neuropsychologique de cette patiente gauchère, de 22 ans, met en évidence :

- Sur le plan du comportement, des signes anxieux qui se manifestent durant les tests par une tendance aux précipitations et aux abandons de l'effort face aux difficultés. Nous observons également une fatigabilité quelque peu précoce ;
- Des légères difficultés attentionnelles (Trail Making Test B ; Mémoire de Chiffres de la WAIS-R ; TEA).

Ce tableau symptomatologique ne montre pas de troubles focaux et atteste d'une efficacité intellectuelle normale. En l'occurrence, si nous ne pouvons formellement exclure une base organique aux quelques limites attentionnelles observées, une origine thymique est plus probable.

En ce qui concerne son orientation professionnelle, nous n'avons mis en évidence aucun élément cognitif à même de limiter le champ des possibles. Comme nous l'avons déjà signalé à Mme S._____, il nous semble que le plus grand obstacle à son insertion professionnelle repose actuellement sur un manque de confiance en soi et sur une absence consécutive d'initiatives personnelles. Pratiquement, nous l'avons encouragée à essayer d'entreprendre un processus actif de recherche de formation ou d'emploi ; processus dans lequel elle bénéficierait certainement d'un soutien psychothérapeutique et d'orientation professionnelle. »

Le 11 octobre 2007, la Dresse U.____ de l'O._____ des Hôpitaux C._____ a posé les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de phobie sociale, maladie polykystique du rein avec greffes hépatique et rénale et de trouble anxieux et dépressif mixte avec

trouble panique. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, elle a mentionné une hypertension portale avec varices oesophagiennes stade III et une recto-colite ulcéro-hémorragique. Elle a en outre indiqué ce qui suit :

« 3. Anamnèse :

Il s'agit d'une patiente de 22 ans, vivant à [...] avec ses parents, célibataire, deuxième d'une fratrie de trois. La patiente bénéficie déjà d'une rente AI en raison de ses problèmes somatiques et de leurs répercussions psychiatriques. Après sa scolarité obligatoire, elle a suivi une école privée de secrétariat pendant une année, qu'elle a arrêté (sic) en raison de ses problèmes physiques. En effet, dans le contexte de sa maladie génétique, la patiente a été suivie et traitée pour une fente palatine, greffée du foie et du rein droit le 4 février 2006. Elle est suivie depuis en Néphrologie et son état somatique est relativement stable sous immunosuppresseurs. En août 2006, suite à une rectocolite hémorragique, elle reçoit de fortes doses de cortisone et décompense sur un mode dépressif avec culpabilité délirante, traitée par Seropram 30 mg et Risperdal 2 mg par jour. Dans l'évolution apparaissent des manifestations anxieuses paroxystiques, des attaques de panique, et parallèlement, une thymie triste avec anhédonie et aboulie, sentiment de découragement et de culpabilité. La patiente présente également une phobie sociale importante, liée aux conséquences de sa maladie physique.

Bien que sur le plan somatique la situation reste stable, la patiente anticipe de façon anxieuse une nouvelle décompensation somatique. En effet, depuis son enfance, la patiente accumule les pathologies somatiques graves. Les médicaments immunosuppresseurs qu'elle doit prendre lui rappellent quotidiennement sa maladie et la patiente a actuellement beaucoup de difficulté à entrevoir des jours meilleurs.

4. Plaintes subjectives :

Anhédonie, sentiment de dévalorisation et de culpabilité extrême, bouffées d'angoisse, sentiment de solitude et envies auto-agressives. Douleurs multiples.

5. Constations objectives :

Manifestations anxieuses paroxystiques de type attaque de panique, dévalorisation et culpabilité.

D'un point de vue somatique, la patiente est suivie par le Services des greffes des Hôpitaux C._____.

6. Examens médicaux spécialisés :

Bilan sanguin et urinaire, bactériologie, RX thorax, consultation de Néphrologie.

7. Thérapie / pronostic :

La patiente a été adressée au Centre de thérapie brève en raison de son état dépressif et surtout anxieux. En effet, lors de son séjour, nous n'avons pu infléchir son anticipation négative, qu'elle base sur l'expérience de ses maladies précédentes. Une thérapie cognitivo-comportementale lui a été fortement conseillée et sera, au vu des

antécédents de la patiente et de son profil psychologique, de longue durée.

Questions complémentaires au rapport médical

Quelle est l'évolution de la maladie psychiatrique ?

Comme mentionné aux points 3 et 7 ci-dessus, la patiente doit pouvoir bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale de longue durée. Actuellement, l'évolution n'est pas prévisible. La maladie psychiatrique est invalidante.

Quelle est sa répercussion sur la capacité de travail ?

Totale.

Quelle est sa répercussion sur sa formation professionnelle ?

Lorsque les phobies seront maîtrisées dans une certaine mesure, la patiente pourrait éventuellement entamer une formation, d'un niveau adapté à son handicap. »

Par communication du 13 mars 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier d'une rente entière.

D. A la demande de l'assurée et de ses parents, un entretien a eu lieu avec l'OAI le 29 avril 2008. A la suite de celui-ci, l'assurée a déposé le 7 mai 2008 une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Il résulte d'un rapport d'évaluation du 3 juin 2008 établi par l'OAI notamment ce qui suit :

« Formation, expérience professionnelle :

Sans formation, Mme S. _____ désire se former afin de se réaliser et d'acquérir une autonomie financière vis-à-vis de ses parents.

Travail, revenu :

Mme S. _____ n'a jamais travaillé. Elle est au bénéfice d'une rente entière de l'OAI Vaud.

Etat de santé, limitations :

L'état physique est stabilisé et selon l'assurée les médecins croient qu'elle peut reprendre une formation à 50% dans un premier temps.

Au niveau psychologique, Mme S. _____ avoue avoir eu une grosse cassure en 2007 mais se dit prête à entreprendre quelque chose maintenant. Elle a fait une thérapie cognitivo-comportementale tel que suggéré (rapport médical du 11.10.07).

Elle est actuellement suivie 1 fois par semaine et elle a beaucoup évolué depuis juillet 2007.

Des rapports médicaux récents seront nécessaires pour évaluer les capacités actuelles de l'assurée.

(...)

Logement, transports :

Elle vit avec ses parents. Possède le permis de conduire mais n'a jamais roulé. Elle refait actuellement des cours pour vaincre « sa phobie » (elle a peur de tuer quelqu'un dans un accident). Son moniteur lui a déjà signalé que techniquement tout va bien. Elle doit donc faire un travail psychologique afin d'arriver à conduire seule.

(...)

Fonctions physiques :

Quelques douleurs au dos, probablement en lien avec l'opération, mais rien d'invalidant.

Fatigabilité depuis l'opération, ne sait pas si, à terme, elle pourra éventuellement poursuivre une formation à 100%. Elle a parfois de la difficulté à enregistrer les choses si elle est très fatiguée. Elle arrive par contre à lire pendant plusieurs heures.

Fonctions cognitives :

Bonnes

Aspects émotionnels :

Mme S._____ sait qu'un des obstacles à la réussite de son projet de formation est la confiance en soi. Elle travaille cet aspect en thérapie et ça va de mieux en mieux.

Voir aussi DP.

Comportement :

Mme S._____ semble avoir fait beaucoup de chemin depuis juillet 2007 et elle paraît aujourd'hui motivée à entreprendre une formation. Elle est inquiète et déterminée en même temps. Un de ses soucis est de savoir s'il est possible de faire une formation à 50% (la durée importe peu pour elle). »

Par communication du 12 juin 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle.

Dans son rapport du 16 juillet 2008, le Dr Z._____ du Service de néphrologie des Hôpitaux C._____ a estimé l'état de santé stable, hormis sur le plan somatique, et la capacité de travail à 50% avec un rendement réduit.

Le 12 août 2008, la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'O._____, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, les symptômes actuels étant une thymie subdépressive avec asthénie et une tendance au repli, l'assurée n'ayant plus de crises de panique. Celle-ci suivait une psychothérapie à raison d'un rendez-vous une fois par semaine. La Dresse R._____ indiquait une fatigabilité excluant pour l'instant une occupation à temps plein.

Dans un avis du 28 août 2008, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné notamment ce qui suit :

« (...) Le 04.02.2006, elle bénéficie d'une greffe combinée hépatique et rénale, avec très bonne évolution sur le plan physique, puisqu'après 7 mois elle va bien et pourrait reprendre une activité adaptée ou une formation (rapport médical du 21.09.2006). Cependant, en avril 2007 l'assurée fait une décompensation psychique (probablement précipitée par un traitement corticoïde pour immunosuppression) et est hospitalisée pour un état anxiodépressif avec trouble panique. L'évolution sur ce plan sera plutôt favorable, puisque le trouble dépressif est actuellement en rémission et qu'elle n'a plus d'attaques de panique ; le trouble anxieux persiste cependant, ainsi qu'une thymie subdépressive avec asthénie et une tendance au repli. L'assurée poursuit un traitement de Séropram et une psychothérapie une fois par semaine. L'aspect psychiatrique de ce dossier a été discuté avec un psychiatre SMR qui estime qu'en raison du trouble anxieux, une activité adaptée (ou formation) ne peut pas être exercée à plein temps. La situation pourrait cependant s'améliorer et devra être réévaluée selon l'évolution en REA. »

Il a retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité dès juillet 2008.

Par communication du 26 septembre 2008, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi de mesures professionnelles sous la forme d'une prise en charge des coûts de la préparation à la formation d'apprentie assistante socio-éducative auprès de l'Institution [...] à [...], du 29 septembre 2008 au 31 mars 2009, le taux de présence étant de 100%.

Dans le rapport de stage probatoire, la responsable des admissions de l'Institution [...] a notamment exposé qu'après une longue

période d'inactivité, l'assurée avait réalisé le stage probatoire à plein temps et que la fatigue était apparue au fil du temps, l'assurée s'étant montrée plus fragile. Elle a ajouté que les formateurs avaient relevé d'excellentes compétences scolaires et cognitives et que l'assurée avait fait également preuve de sérieux et de maturité. Elle proposait une admission au [...] d' [...] dès le 17 novembre 2008 pour suivre le module orientation à 60%, puis, en fonction de la situation et en collaboration avec son réseau, ses possibilités en vue d'une intégration professionnelle seraient évaluées. Dans son rapport du 27 mars 2009, cette institution mentionnait que l'assurée avait pu déterminer les projets de formation professionnelle, réalistes et réalisables, correspondants à ses souhaits, à ses acquis, à son potentiel et à la réalité économique du bassin d'emploi concerné, à savoir agente en information documentaire (CFC) et libraire. La mesure a dès lors été prolongée du 1^{er} avril au 31 juillet 2009. Le 4 août 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de l'apprentissage d'assistante en information documentaire qu'elle allait effectuer auprès du Centre [...] à [...] du 1^{er} août 2009 au 31 juillet 2012.

La mesure a été prolongée jusqu'au 31 juillet 2013 à un taux de présence de 70% par communication du 14 septembre 2011 de l'OAI. Selon un rapport du 7 mai 2013 du Service de réadaptation de l'OAI (ci-après : REA), l'assurée a toujours été très impliquée dans sa formation et les exigences ont toujours été atteintes voire souvent dépassées, celle-ci étant par conséquent tout à fait apte à intégrer une place de travail en économie libre mais avec un taux d'activité limité à 70 % selon les évaluations médicales et un taux de rendement évalué à 100 %. Selon ce rapport, l'assurée avait déjà entamé des recherches en vue de trouver une place de travail.

Dans un avis médical du 29 août 2013, le Dr X. _____ a relevé que durant son apprentissage, l'assurée avait travaillé à 70%, que son état de santé semblait s'être bien stabilisé sur le plan psychiatrique depuis 2008 et qu'il n'y avait pas eu non plus d'alerte sur le plan somatique. Il a estimé que sur le plan médical, on pouvait donc tout à fait valider une capacité de travail de 70% sans baisse de rendement dans son

activité d'assistante en information documentaire, et cela depuis juillet 2013.

Selon un contrat de travail du 11 novembre 2013, l'assurée a été engagée dès le 1^{er} novembre 2013 comme assistante en information documentaire par la Commune de [...] à un taux de 50% pour un salaire mensuel brut de 1'998 fr. 05, versé treize fois l'an.

Par projet de décision du 19 février 2014 confirmé par décision du 2 avril 2014, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision pour les motifs suivants :

« Suite à l'amélioration de votre état de santé, vous avez bénéficié, dans le cadre d'une mesure de formation professionnelle initiale 16 LAI, de la prise en charge d'une formation CFC d'assistante en information documentaire du 29 septembre 2008 au 31 juillet 2013. Durant cette mesure, vous avez bénéficié d'indemnités journalières.

Vous avez obtenu le certificat CFC en juillet 2013, ce dont nous vous félicitons.

A la fin de cette formation, vous êtes en mesure d'exercer cette activité au taux de 70%.

Vous avez débuté une activité d'assistante en information documentaire auprès de la commune de [...] à 50% dès le 1^{er} novembre 2013.

A la fin de la formation professionnelle, vous présentez une diminution de votre capacité de travail, et par conséquent un degré d'invalidité, de 30%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrant pas le droit à une rente, nous constatons que vous êtes reclassée à satisfaction sans droit à la rente. »

E. Le 24 décembre 2014, la Dresse M._____, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, médecin-agrèée au G._____SA (G._____SA) a indiqué ce qui suit :

« La personne sus nommée est connue de vos services. Cette année sa situation médicale a changé, avec la mise en évidence d'une récurrence de sténoses multifocales des canaux hépatiques de sa greffe hépatique, avec suspicion de récurrence de cholangite sclérosante. Elle a été hospitalisée à cet effet du 03.08.2014 au 28.08.2014 aux Hôpitaux C._____ pour une prise en charge.

Depuis lors, elle doit se rendre régulièrement (tous les 3 mois) dans le service de gastroentérologie des Hôpitaux C._____ pour un changement des stents hépatiques.
Cette pathologie nouvelle est probablement de longue durée et influe sur sa capacité de travail. »

Le 26 février 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations Al.

Le 16 juillet 2015, le Dr K._____, médecin adjoint au Service de gastro-entérologie et hépatologie des Hôpitaux C._____ a indiqué qu'un contrôle avait lieu tous les quatre mois et que l'incapacité de travail était de 100% dès le 3 février 2006. Il estimait que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Il a joint à ce rapport notamment les rapports médicaux suivants :

- une lettre de sortie du 3 septembre 2013 des Dresses V._____ et Q._____ du Service de chirurgie viscérale des Hôpitaux C._____, mentionnant que l'assurée avait séjourné du 24 au 25 juillet 2013 dans ce service pour une surveillance post ponction de biopsie hépatique,

- une lettre de sortie du 28 août 2014 des Drs H._____ et E._____ du Service de néphrologie des Hôpitaux C._____, posant le diagnostic principal de probable récurrence de cholangite sclérosante primitive et le diagnostic secondaire de prurit avec érythrodermie. Il résulte de ce rapport en outre ce qui suit :

« SYNTHÈSE DE L'HOSPITALISATION ET PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES

L'échodoppler abdominal ne montre pas d'anomalie des vaisseaux hépatiques mais met en évidence une dilatation des voies biliaires. A la cholangio-IRM de multiples sténoses focales des canaux hépatiques droits et gauches, et communs, ainsi que du bas cholédoque sont en faveur d'une probable récurrence de la cholangite sclérosante primitive. Un drain biliaire externe est mis en place dans le cholédoque et s'est accompagné d'une amélioration de la symptomatologie prurigineuse et des tests hépatiques. Une ERCP sous anesthésie générale a permis une sphinctérotomie biliaire et

un franchissement rétrograde des 2 sténoses distales de la voie biliaire proximale sur fils guide, mais l'impossibilité de mettre en place un drain. Une reprise radio-endoscopique avec technique de rendez-vous a été nécessaire afin d'effectuer une dilatation active avec calibrage par prothèse de 10 french de 3 sténoses cholédociennes. Le drain biliaire externe a pu être retiré 3 jours plus tard.

Une colonoscopie de contrôle met en évidence deux polypes de 5mm au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, et une muqueuse calme sauf sur les 5 premiers centimètres du rectum. L'image histologique des biopsies rectale montre un oedème léger à modéré du chorion et un léger infiltrat lymphoplasmocytaire. Un traitement topique de mésalazine a été prescrit pour une période de 2 mois.

Une pancytopénie transitoire dans un contexte de prise chronique d'Imurek a motivé un avis hématologique. Une très discrète anisocytose et poïkilocytose sur des globules rouges et, au niveau des polynucléaires, quelques hypersegmentations et hypogranulations mais sans myélémie, ne font pas retenir le diagnostic de dysplasie ni l'indication à une PBMO. Le traitement d'Imurek est alors augmenté à 100mg/j en raison de la présence de 2 DSA connus depuis février 2014 et dont les MA sont fluctuantes : anti-DR4 passant de 2'357 à 3'992 et anti-DQ7 de 1'123 à 752. Nous te laissons le soin d'effectuer un suivi aux 4 mois et, selon l'évolution des MFI, une immunodulation par Rituximab pourrait être nécessaire. Par ailleurs, une biopsie du greffon rénal va être organisée.

Une rétention de bicarbonate a motivée (sic) une oxymétrie nocturne dont les résultats dans la norme ont permis d'exclure un syndrome d'apnée du sommeil.

(.....)

SUIVI A LA SORTIE

Le 25.09.14: cholangiographie rétrograde et changements de prothèses sous AG.

ARRÊT DE TRAVAIL / CERTIFICATS ETABLIS

Arrêt de travail à 50% jusqu'au 22 septembre 2014 »,

- une lettre de sortie du 29 septembre 2014 des Drs F._____ et T._____ du Service de chirurgie viscérale des Hôpitaux C._____, mentionnant un séjour de l'assurée dans ce service du 25 au 26 septembre 2014, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Il s'agit donc d'une jeune patiente de 30 ans qui, après la réalisation d'une ERCP pour changement d'un stent biliaire, présente des douleurs abdominales importantes. Aux examens de sang, il n'y a rien à signaler.

Un CT scan abdominal ne montre pas la présence d'une perforation au niveau des voies biliaire ou duodénale. Les douleurs sont soulagées avec une seule administration de morphine 8 mg sous-cutanée. Les jours suivants, un nouveau test de laboratoire est réalisé avec de nouveau un résultat dans la norme et la patiente rentre à domicile.

(....)

ARRET DE TRAVAIL / CERTIFICATS ETABLIS

Arrêt de travail pour maladie

Date début du traitement : 25/09/2014

Pourcentage arrêt de travail : 100 %

Date début de l'arrêt : 25/09/2014

Date de fin de l'arrêt : 28/09/2014

Date de reprise du travail : 29/09/2014

Pourcentage reprise du travail : 100 % »

Le 18 janvier 2016, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a conclu son avis médical en ces termes :

« En conséquence, le fait de se rendre tous les 3 mois dans le service de gastro-entérologie du Centre hospitalier G._____, pour un changement de stents hépatiques, comme nous en informe la Drss. M._____, ne constitue pas une incapacité de travail de longue durée. La cholangite sclérosante est bien connue et signalée dans le RM du Dr. N._____, du 16.7.2008. Nous n'avons donc à disposition aucun fait nouveau sur les bases présentées nous permettant de reconsidérer la capacité de travail, ayant été fixée à 100% par les spécialistes en gastro-entérologie. »

Le 21 janvier 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser un reclassement et une rente d'invalidité au motif qu'après examen, par le SMR, des pièces médicales figurant au dossier, il constatait que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail de longue durée et que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle.

L'assurée a contesté ce projet et produit un rapport du 23 février 2016 de la Dresse R._____, qui a posé les diagnostics, ayant une influence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) et de trouble anxieux (F41.9) depuis mai 2003 et, sans effet sur la capacité de travail, de traits de personnalité anankastique et

anxieuse. Elle exposait que lors d'un traitement par corticoïdes, l'assurée avait eu une décompensation anxiodépressive avec crises de panique et avait dû être hospitalisée pendant deux mois. L'amélioration avait été progressive jusqu'à la rémission de la thymie en 2009 mais des crises d'angoisse avaient persisté jusqu'à fin 2010. La Dresse R._____ a mentionné une récurrence des crises d'angoisse en 2012 - 2013 dans un contexte d'augmentation du temps de travail et tout dernièrement lorsque l'assurée a appris le refus de l'OAI, le pronostic du trouble dépendant en grande partie des facteurs de stress auxquels elle devait faire face et de l'équilibre entre ces facteurs de stress et ses ressources. L'assurée faisait état de fatigue induisant des troubles anxiodépressifs si le taux d'activité dépassait ses capacités ainsi que d'une perte de concentration nécessitant des efforts et induisant un inconfort dans le travail. La Dresse R._____ estimait la capacité de travail à 50% ayant observé, au-delà de ce taux, un déséquilibre se traduisant par un excès d'angoisse. Elle a ajouté avoir discerné la volonté de l'assurée de travailler le plus possible mais qu'elle subissait un déséquilibre au-delà de 50% et que professionnellement, elle trouvait que l'assurée avait fait un travail remarquable sur elle-même. Le traitement consistait en du Cipralex et de la psychothérapie à la demande.

L'assurée a également produit un certificat établi le 17 mars 2016 par le Prof. K._____ du Service de Gastro-entérologie et d'hépatologie des Hôpitaux C._____ ainsi libellé:

« Le médecin soussigné, certifie qu'il suit et connaît la patiente susnommée depuis 2006.

Cette patiente a eu une transplantation hépatique et rénale le 04.02.2006 pour une cholangite sclérosante avec une cirrhose biliaire secondaire sur rectocolite ulcéro-hémorragique ainsi qu'une insuffisance rénale chronique sur une néphronophtise.

Depuis lors, la patiente est dans un état général stable mais elle doit être soumise à une surveillance régulière avec un traitement immunosuppresseur.

Elle a présenté plusieurs complications, dont la dernière en date est une sténose biliaire qui a nécessité plusieurs interventions sur les voies biliaires par voie endoscopique.

Après cette greffe, les suites et les complications, je pense que Madame S._____ n'est pas capable d'avoir un travail à plein temps ; au maximum on peut exiger d'elle un travail à 50 % . »

Dans son avis médical du 12 avril 2016, le Dr B._____ a relevé notamment ce qui suit :

« En audition, un rapport du Dr. R._____, psychiatrie de liaison, pointe le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission (F 33.4) et de traits de personnalités anankastiques. Ces deux pathologies ne sont pas actuellement incapacitantes. Reste un trouble anxieux sans précision (F41,9) qui n'est pas un fait nouveau. On rappelle pour être complet une hospitalisation en milieu psychiatrique en avril 2003, un examen neuropsychologique en 2007 ne contraindiquant pas une formation, le diagnostic de phobie sociale posée dans le RM du 11.10.2007 (O._____ [...]) avec IT totale et nécessité d'une thérapie à long terme de type TCC. Le RM du même Dr. R._____ du 12.8.2008 montrait déjà le diagnostic F33.4 et F41.9 l'IT étant jugée à 100%. De plus les crises d'angoisses mentionnées en 2010-2012 et à la suite du refus de rente de l'AI sont à situer dans un contexte d'adaptation et réactionnel respectivement. Nous relevons que le traitement de Cipralex 5 mg 1 cp/j n'est probablement pas adapté à une telle situation de crise, terminologie excluant la définition de durabilité per se. Enfin, l'octroi d'une rente « *pour l'aider à préserver son équilibre* » n'a pas pour nous de justification de remplacer un traitement psychiatrique qui n'est effectué « *qu'à la demande* ».

En conclusion, il n'y a pas de fait nouveau sur le plan psychiatrique au plan diagnostique et au plan de l'évaluation de la CT par le psychiatre traitant. »

Par décision du 19 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de reclassement et de rente.

F. Par acte du 9 septembre 2016, S._____ a recouru contre cette décision en concluant à l'octroi d'une demi-rente. Elle a requis une expertise pluridisciplinaire. En substance, elle a évoqué son parcours, son quotidien et les difficultés rencontrées. Elle a précisé travailler deux jours dans une entreprise d'archives et le samedi matin dans une bibliothèque municipale et soutenu qu'il ne lui était pas possible de travailler à plus de 50%. Elle a produit diverses pièces, dont notamment :

- un rapport médical du 2 septembre 2016 de la Dresse M._____ ainsi libellé :

« La personne sus-nommée est suivie par mes soins en tant [que] néphrologue et en tant que généraliste dans le contexte d'une double transplantation foie-rein.

Voici un résumé de sa situation actuelle :

- Sur le plan néphrologique, la situation est tout à fait sous contrôle, avec une fonction rénale stable et des

examens biologiques satisfaisants.

- Sur le plan hépatique : la fonction hépatique est bonne, toutefois elle a présenté des sténoses des voies biliaires du greffon hépatique avec une suspicion de récurrence de la maladie de base, nécessitant la mise en place de stents, et un suivi plus attentif de cette situation est nécessaire en raison du risque de récurrence et donc de perte du greffon.
- Sur le plan somatique général, j'ai été amenée à voir cette patiente a (sic) de multiples reprises en dehors des contrôles de routine, en raison d'une somatisation multiple, dans un contexte d'état de stress et d'angoisse, liés au travail, à son état de santé et à ses antécédents psychiques. Elle a des difficultés d'adaptation au stress, ce qui a pour conséquence des symptômes somatiques divers, qui influencent sur sa capacité de travail avec des absences possibles. Elle s'est toujours arrangée afin de venir en consultation en dehors des heures de travail, avec donc un délai entre l'apparition des symptômes et ma consultation, rendant la prise en charge de ceux-ci plus longs.

Cet état de stress nécessite une prise en charge régulière sur le plan médical, en effet, la somatisation répétée entraîne (sic) des symptômes qui nécessitent des bilans cliniques et biologiques complémentaires afin de s'assurer de l'absence d'atteinte au niveau des 2 organes transplantés. En effet, quand Mademoiselle S._____ présente des états d'angoisse et de stress, cela a des répercussions sur son état physique (chute de tension artérielle, oubli de certains médicaments, alimentation désordonnée) ce qui a un impact sur les greffons avec un risque de rejet au long court par un risque de sous immunosuppression. A cet égard, on a observé l'apparition d'Anticorps dirigés contre le greffon rénal, attribués à des périodes de sous immunosuppression et de complications infectieuses intercurrentes.

Cet état de fait nécessite que Melle S._____ puisse avoir une adaptation de son temps de travail, avec un maximum de 50%, ce qui lui permettrait de gérer au mieux le stress et donc de limiter les impacts somatiques potentiellement délétères pour les greffons.

- Elle a conscience de ses limites et des difficultés rencontrées, et l'ayant connue depuis le jour de sa greffe, il est à noter l'incroyable parcours de cette jeune femme qui s'est donné les moyens d'obtenir un diplôme et un travail afin de s'autonomiser. » ;
- une attestation médicale du 19 septembre 2016 de la Dresse R._____ dont il résulte ce qui suit :
« Je, soussignée, atteste suivre en psychothérapie Madame S._____ depuis août 2002, date à laquelle, toute jeune, elle

fait un bilan en vue d'une double transplantation foie rein. Confrontée à des facteurs de stress qui l'ont fortement déstabilisée, son adaptation a été difficile et a nécessité un soutien psychothérapeutique pour prendre en charge un trouble anxio-dépressif.

Elle a été greffée en février 2006 et s'est adaptée progressivement aux contraintes qu'implique la greffe. Elle a dû également faire face à deux épisodes aigus dont un, en septembre 2006, qui s'est accompagné d'une dépression sévère et a indiqué une hospitalisation en milieu spécialisé.

Sur le plan socio professionnel, elle s'est autonomisée, a fait une formation par le biais de l'AI et travaille désormais comme documentaliste.

Lors de sa formation qu'elle a faite à un moment donné à 60 et 70% (en 2012-2013), j'ai observé que ses capacités à faire face étaient débordées et qu'elle manifestait de nouvelles crises d'anxiété qu'elle ne présentait pas lorsqu'elle travaillait à 50%.

Malgré tous les progrès qu'a faits Madame S._____ et ce dont elle peut être fière, il est, d'un point de vue psychiatrique, contre indiqué qu'elle travaille à un taux supérieur à 50% sous peine de faire une rechute dépressive. D'un point de vue psychiatrique un travail à 50% est le compromis qui peut lui permettre de garder un bon équilibre. »;

- un certificat médical du 18 octobre 2016 de la Dresse H._____ rédigé comme il suit :

« La personne susnommée a bénéficié d'une transplantation rénale et hépatique le 4 février 2006 pour une insuffisance rénale kystique congénitale et une cirrhose sur malformation diffuse de l'arbre biliaire également congénitale. Par ailleurs, Mme S._____ présente un syndrome multimalformatif (microdactylie, dystrophie maxillaire), a nécessité la correction d'une fente palatine dans l'enfance et est connue pour une rectocolite ulcéra-hémorragique .

Malgré des opérations qui se sont déroulées de manière techniquement bonne et sans complications, elle a, depuis, fait de nombreuses infections bactériennes et virales, des poussées de recto-colites ulcéro-hémorragiques, et une récurrence de sa cholangite sclérosante primitive ayant nécessité la mise en place de drain biliaire sous anesthésie générale. Par ailleurs, elle a développé des anticorps anti-donneur, la mettant à risque de rejet humoral aigu et nécessitant un renforcement de son immunosuppression.

Mme S._____ a toujours présenté une compliance optimale face à ses rendez-vous ainsi qu'à sa prise médicamenteuse et toutes ces situations médico-chirurgicales l'ont fortement déstabilisée. Elle a toutefois toujours été positive demandant quand c'était nécessaire un soutien psychothérapeutique pour

troubles anxio-dépressifs qui l'ont menée à une hospitalisation en milieu spécialisé. Sur le plan socio-professionnel, elle a suivi parallèlement une formation de documentaliste par le biais de l'AI. Ce travail bien qu'angoissant pour elle, lui a permis de se positionner dans une vie active et indépendante.

Au vu de ses comorbidités majeures et chroniques, et malgré tous les progrès entrepris par Mme S._____ et le parcours exemplaire qu'elle a eu depuis février 2006, elle ne peut, tant du point de vue physique que psychique, travailler à un pourcentage supérieur de (sic) 50% sous peine de perdre tout le bénéfice d'un tel équilibre. »

Par réponse du 13 décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours en déclarant se distancer des conclusions de l'avis du SMR produit en annexe. Il soutient notamment que les dernières pièces apportées par la recourante s'apparentent à une évaluation subjective de son état de santé et de ses capacités par ses médecins traitants étant donné qu'aucun élément objectif n'est avancé pour justifier d'une rechute de son état de santé. Il allègue que les considérations, purement morales de la recourante ne devraient pas être prises en charge par l'AI, le SMR relevant dans son avis du 12 avril 2016, que l'octroi d'une rente pour l'aider à préserver son équilibre n'avait pas de justification de remplacer un traitement psychiatrique qui n'est effectué qu'à la demande. Il ajoute avoir reconnu à l'intéressée, sur la base des avis médicaux, une capacité de travail totale dès lors que selon le rapport médical des Hôpitaux C._____, une reprise du travail à 100% dès le 29 septembre 2014 était possible et qu'il n'y avait pas d'éléments remettant en question cette capacité, ni d'investigation à faire en l'état du dossier.

Il résulte notamment ce qui suit de l'avis du 7 novembre 2016 du Dr B._____ précité :

« Nous considérons l'avis partagé des médecins traitants sur le fait qu'une CT de plus de 50 % ne peut être dépassée :

- Le diagnostic de phobie sociale était rappelé dans le RM des Hôpitaux C._____ du 11.10.2007 (rappel de date de greffe : 2006) une formation pouvant être envisagée une fois la situation stabilisée par un traitement de TCC de longue durée. Celui de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) avec trouble de la personnalité dépendante apparaissant au RM du 12.8.2008 de la psychiatrie des Hôpitaux C._____. Le RM du 23.3.2016 de la psychiatrie de liaison du 23.3.2016 met en relation une augmentation des crises d'angoisses secondaires d'une part au refus de prestation de l'AI, d'autre part lors d'un taux d'activité

qui dépassait ses capacités. Le diagnostic de trouble de la personnalité disparaît au profit de traits de personnalité anankastiques et anxieux. Le traitement psychopharmacologique était de 5 mg/ j un jour sur deux et de psychothérapie à la demande.

Un examen neuropsychologique du 13.2.2007 concluait à une « *efficacité intellectuelle normale* », et « *aucun élément cognitif à même de limiter le champs (sic) des possibles* ».

Dans la lettre du psychiatre traitant, sont rappelés les facteurs de stress qui l'ont fortement déstabilisée et le soutien psychothérapeutique consécutif. Si l'assurée, durant sa formation, a pu travailler à 60-70%, « *ses capacités à faire face étaient alors débordées et elle manifestait de nouvelles crises d'angoisse qu'elle ne présentait pas lorsqu'elle travaillait à 50 %* ». Une rechute dépressive serait probable si un taux supérieur à 50 % était exigé.

- Au plan somatique,
 - la lettre du 24.12.2014 du Dr. M. _____, néphrologie prend position sur un problème gastroentérologique (changement des stents hépatiques), attestant une probable influence sur la capacité de travail de l'assurée. La lettre de La Drss. H. _____, du même service, va dans le même sens. Ces médecins néphrologues se prononcent dans un domaine en dehors de leur spécialité et n'apportent pas d'élément concernant une problématique rénale, une greffe rénale permettant une CT de 100%
 - La lettre de sortie du département de chirurgie viscérale du 29.9.2014 (séjour du 25-26.9.2014 pour changement de stent biliaire) signale une reprise du travail à 100 % depuis le 29.9.2014. Celle du Dr. K. _____ du même service de transplantation du 17.3.2016 s'écarte de cette évaluation et reconnaît une CI de 50% au maximum, en raison « *des suites et des complications* », sans en détailler les limitations fonctionnelles.

L'impression qui nous est donnée sur le plan psychiatrique est un trouble anxieux, certes connu avant sa formation sous l'étiquette de phobie sociale, dont l'aggravation pourrait être en relation avec le refus de prestation de l'office d'une part, mais également secondaires (sic) aux complications induites par sa pathologie somatique. Cependant, tant le traitement prescrit que la prise en charge psychothérapeutique « *à la demande* » ne correspondent pas à un traitement optimal. De plus, le diagnostic de trouble de la personnalité n'est plus d'actualité, remplacé par des traits de personnalités qui par définition ne sont pas incapacitants. L'appel à une « *invalidité imminente* » en cas de travail supérieur à 50% aurait pu être cerné de manière plus précise, éventuellement défini dans le temps et accompagné de mesures médicales plus conséquentes.

Sur le plan somatique, les néphrologues ne produisent pas d'évidence de complication dans le domaine de leur spécialité, le discours employé témoignant d'une empathie certaine que nous

saluons. Quant aux chirurgiens, l'opinion du Dr. T. _____ et du Dr. K. _____ sont contradictoires, le premier validant une CT de 100%, le second de 50 % sans apporter autre limitations fonctionnelles qu'en évoquant « *les suites et les complications post-greffes* », déjà connues du Dr. T. _____.

En conséquence, afin de disposer de diagnostics plus précis, d'apprécier les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, et de fixer éventuellement des mesures médicales exigibles en cas de CT inférieure à 100%, il est justifié d'organiser chez cette jeune assurée

Une expertise MED@P avec volets psychiatrique, gastroentérologique, néphrologique et de médecine interne. »

Par réplique du 31 janvier 2017, complétée le 3 février 2017, la recourante a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle soutient que les rapports de ses médecins-traitants ont révélé que son état s'est aggravé postérieurement à la décision du 2 avril 2014 autant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, plus précisément que des complications liées aux greffes subies antérieurement ont nécessité un traitement lourd et des hospitalisations récurrentes, tandis que, parallèlement, les psychiatries constataient une aggravation de l'état de santé compte tenu de l'épuisement des ressources de la recourante consécutivement aux nouveaux problèmes somatiques. Elle allègue que les médecins traitants s'accordent sur le fait que la capacité de travail résiduelle ne saurait dépasser 50% et que même le SMR a fini par reconnaître une probable modification significative de l'état de santé et, en conséquence, la nécessité de soumettre la recourante à une expertise médicale pluridisciplinaire. Enfin elle estime qu'il y a tout lieu d'attendre que le taux d'incapacité durable de travail soit confirmé à 50% par l'expertise, et qu'afin de déterminer le taux d'invalidité, il conviendra d'appliquer la méthode de la comparaison des revenus avec et sans invalidité. A cet égard, elle relève travailler actuellement à 48% seulement et ce pour un revenu horaire brut ne dépassant pas 27 fr. ce qui correspond à son revenu maximum d'invalidé si l'on tient compte non seulement du taux d'incapacité de travail à 50%, mais également de l'abattement auquel il faudrait procéder sur un revenu

théorique dans un hypothétique poste à 50%, compte tenu des limitations qui nuisent à l'employabilité de la recourante. Elle prétend que si l'on compare ce salaire au revenu que toucherait, sans invalidité, une personne disposant, d'une formation secondaire de type CFC, le taux d'invalidité, a priori supérieur à 70%, fonde l'octroi d'une rente entière de l'assurance invalidité.

Par duplique du 20 février 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions en rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA) devant l'autorité compétente, le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse, en l'occurrence, la question du droit à la rente de la recourante.

3. L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). 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 (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, en l'espèce la décision du 2 avril 2014 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; cf. TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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 s'il est invalide à 70%.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C_584/2011 du 12 mars

2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée).

5. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision du 2 avril 2014.

a) Lors de cette décision, le Dr Z._____ a estimé le 16 juillet 2008 que l'état de santé de la recourante était stable et que sa capacité de travail était de 50% avec un rendement réduit. Le 12 août 2008, la Dresse R._____ avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, les symptômes étant une thymie subdépressive avec asthénie et une tendance au repli, la recourante n'ayant plus de crises de panique. Elle suivait une psychothérapie à raison d'un rendez-vous une fois par semaine. La Dresse R._____ indiquait une fatigabilité excluant pour l'instant une occupation à temps plein. Le 28 août 2008, le Dr X._____ avait retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité dès juillet 2008. Sur le plan somatique, il notait une très bonne évolution, la recourante pouvant reprendre une activité adaptée ou une formation. Il relevait que l'aspect psychiatrique avait été discuté avec un psychiatre du SMR qui estimait qu'en raison du trouble anxieux, une activité adaptée (ou formation) ne pouvait pas être exercée à plein temps mais que la situation pourrait cependant s'améliorer et devrait être réévaluée selon l'évolution en REA. Le 29 août 2013, le Dr X._____ a relevé que durant son apprentissage, la recourante avait travaillé à 70%, que son état de santé semblait s'être bien stabilisé sur le plan psychiatrique depuis 2008 et qu'il n'y avait pas eu non plus d'alerte sur le plan somatique. Il a validé une capacité de travail de 70% sans baisse de rendement dans l'activité d'assistante en information documentaire depuis juillet 2013.

C'est la raison pour laquelle dans sa décision du 2 avril 2014, l'OAI a considéré qu'à la fin de sa formation professionnelle, la recourante présentait une diminution de sa capacité de travail dans la profession apprise de 30%, soit un degré d'invalidité de même taux, la rente étant dès lors supprimée.

b) Le 24 décembre 2014, la Dresse M. _____ a fait part d'un changement dans la situation médicale de la recourante avec la mise en évidence d'une récurrence de sténoses multifocales des canaux hépatiques de sa greffe hépatique, avec suspicion de récurrence de cholangite sclérosante qui a nécessité une hospitalisation du 3 au 28 août 2014 aux Hôpitaux C. _____ pour une prise en charge. Depuis lors, la recourante doit se rendre tous les trois mois dans le service de gastroentérologie des Hôpitaux C. _____ pour un changement des stents hépatiques, cette pathologie nouvelle influant sur la capacité de travail, selon la Dresse M. _____ qui estimera par la suite la capacité de travail de la recourante à 50%. Dans leur lettre de sortie du 28 août 2014, les Drs H. _____ et E. _____ ont posé le diagnostic principal de probable récurrence de cholangite sclérosante primitive et le diagnostic secondaire de prurit avec érythrodermie. Ils ont mentionné un arrêt de travail de 50% jusqu'au 22 septembre 2014. Une ERCP (cholangio-pancréatographie rétrograde) pour changement d'un stent biliaire sous anesthésie générale a été effectuée le 25 septembre 2014 et a nécessité une hospitalisation du 25 au 26 septembre 2014, la recourante ayant présenté des douleurs abdominales importantes à la suite de cette intervention. A sa sortie, les Drs F. _____ et T. _____ ont mentionné une capacité de travail de 100% dès le 29 septembre 2014 sans toutefois expliquer l'amélioration de la capacité de travail de la recourante passant ainsi de 70% à 100%. Au contraire, le Prof. K. _____ a estimé dans son rapport du 16 juillet 2015 que l'incapacité de travail de la recourante était totale, puis le 17 mai 2016 qu'elle était de 50% sans donner d'explication sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, ni préciser ses limitations fonctionnelles. Il en va de même des conclusions de la la Dresse H. _____. Cette praticienne a constaté que malgré des opérations qui s'étaient déroulées de manière techniquement bonne et sans complications, la recourante avait, depuis, fait de nombreuses infections bactériennes et virales, des poussées de recto-colites ulcéro-hémorragiques, et une récurrence de sa cholangite sclérosante primitive ayant nécessité la mise en place de drain biliaire sous anesthésie générale. Elle a ajouté que la recourante avait en outre développé des anticorps anti-donneur, la mettant à risque de rejet

humoral aigu et nécessitant un renforcement de son immunosuppression. Cette praticienne a toutefois estimé la capacité de travail à 50% non seulement du point de vue physique mais aussi psychique. Sur ce dernier plan, la Dresse R. _____ a notamment relevé que le trouble anxieux dépendait en grande partie des facteurs de stress auxquels la recourante devait faire face.

Quant au Dr B. _____, il a notamment relevé sur le plan psychiatrique que l'aggravation pouvait être en relation avec le refus de prestation de l'office d'une part, mais également secondaire aux complications induites par la pathologie somatique, tout en ajoutant que tant le traitement prescrit que la prise en charge psychothérapeutique à la demande ne correspondaient pas à un traitement optimal.

Compte tenu des avis contradictoires des médecins spécialistes sur le plan somatique, du manque de précision sur l'évolution de l'état de santé de la recourante tant sur le plan psychique que somatique et de ses limitations fonctionnelles ainsi que de l'absence de synthèse entre ses différentes affections, force est de constater, avec le Dr B. _____, qu'il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_16212007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme

il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, au plan médical, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'évolution de l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier la situation de la recourante, notamment par la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant en particulier les volets mentionnés par le Dr B._____ à savoir psychiatrique, gastroentérologique, néphrologique et de médecine interne (cf. art. 44 LPGA).

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par la recourante.

7. a) En conséquence, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1).

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 19 juillet 2016 est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, par 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 S._____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- S._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :