

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 septembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique à Bienne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19 [...], divorcée, mère d'un enfant né en 1993, travaillait en tant que laborantine auprès des laboratoires Q. _____ (ci-après : l'employeur). En incapacité totale de travailler depuis 2003, puis à un taux de 80% depuis le 13 janvier 2004, elle a dû cesser son activité. Elle a cependant donné, depuis lors, des cours d'anglais au sein de cette entreprise à raison de deux demi-journées par semaine.

En mai 2006, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une polykystose rénale.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, le Service de néphrologie du Centre L. _____ a indiqué à l'OAI que l'assurée souffrait des atteintes incapacitantes suivantes : insuffisance rénale terminale nécessitant une hémodialyse trois fois par semaine, obésité morbide et syndrome d'apnée du sommeil sévère appareillé (cf. rapport du 17 août 2006). Il a fixé le taux d'incapacité de travail de l'intéressée à 80%, précisant que la capacité de travail pourrait être augmentée si l'assurée était greffée du rein.

Se basant sur ces éléments, l'OAI a, par décision du 8 janvier 2007, octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2005, fondée sur un taux d'invalidité de 80%.

b) Dans un rapport du 31 mars 2008, les médecins du Centre L. _____ ont confirmé les diagnostics incapacitants d'insuffisance rénale et d'obésité morbide ; ils ont précisé que l'assurée avait subi un « banding gastrique » en 2006, ce qui lui avait permis de perdre du poids, soulignant qu'en cas de perte ultérieure, soit un IMC (indice de masse corporelle) de

35 au moins, elle pourrait potentiellement augmenter sa capacité de travail.

Considérant l'état de l'assurée stationnaire, l'OAI a confirmé le versement de la rente entière d'invalidité par communication du 17 juillet 2008.

c) En janvier 2009, l'assurée a subi une greffe rénale, à la suite de laquelle elle a pu augmenter son taux d'activité d'abord à 40% puis à 50% à partir du 1^{er} septembre 2009. Dans ce cadre, son employeur lui a trouvé un poste de coordinatrice administrative en ressources humaines (RH) (cf. rapport employeur du 27 juillet 2010).

Dans un rapport du rapport du 30 juillet 2010 à l'OAI, le Dr N._____, du Service [...] du Centre L._____, a attesté une incapacité de travail de 100% de janvier à mai 2009, de 80% de mai à octobre 2009 et de 50% depuis octobre 2009. Il a ajouté que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Depuis sa transplantation, l'assurée suivait un traitement immunosuppresseur impliquant une fatigabilité accrue au travail, lui permettant toutefois l'exercice d'une activité uniquement en position assise ou dans différentes positions.

Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 5 octobre 2010, les Drs R._____ et Z._____, médecins praticiens, ont constaté une amélioration de l'état de santé et un changement de limitations fonctionnelles, citant la fatigabilité. Ils ont en outre écrit ce qui suit :

« Remarques

Assurée de 47 ans, laborantine, 100% active.

Bénéficie d'une rente entière depuis 01.05.2005.

L'instruction avait été faite sans intervention du SMR, la première révision de 2008 non plus, sauf pour un avis CEP qui a demandé un rapport au Centre L._____ mais après n'a pas de position SMR, la cause était une insuffisance rénale terminale hémodialysée.

Actuellement le diagnostic n'est plus d'actualité, l'assurée a eu une greffe de rein en janvier 2009.

Elle est sous immuno[sup]presseur et persiste une fatigabilité.

La capacité de travail pour toute activité est de 50% depuis le 01.09.2009. L'activité qu'elle fait auprès des laboratoires Q._____ (Coordination administrative RH) est adéquate. Nous pensons que cette capacité s'améliorera, et nous préconisons une révision dans 1 an ».

Par décision du 13 décembre 2010, intervenant dans le contexte de la révision d'office de la rente, l'OAI, se basant sur l'avis médical précité, a procédé à une réduction de la rente d'invalidité de l'assurée à une demi-rente dès le 1^{er} février 2011 basé sur un taux d'invalidité de 50%, considérant que l'activité actuelle de coordinatrice administrative était adaptée à son état de santé sans diminution de rendement. Cette décision est entrée en force en l'absence de recours de l'assurée.

d) Dans le cadre de la troisième révision d'office de la rente de l'assurée initiée en 2011 par l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en néphrologie, a indiqué que du point de vue néphrologique et de la transplantation, il n'avait pas de restriction physique, mentale ou psychique, les éventuelles restrictions étant essentiellement liées à l'obésité de la patiente. Dans son rapport du 21 septembre 2012, il a précisé que la fonction rénale ne semblait pas être un facteur limitant pour exercer une activité professionnelle à 100%. Il a en outre mentionné que l'activité exercée était encore exigible à 50% sans diminution de rendement et que la situation médicale était inchangée depuis la greffe de 2009.

Était annexé à ce document un rapport du 9 février 2012 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie, relevant l'évolution remarquable de la situation de l'assurée suite à son bypass compte tenu de la complexité du cas eu égard à la greffe rénale et au traitement immunosuppresseur.

Dans le cadre d'un rapport médical du 23 novembre à l'OAI, le Dr H._____ n'a pas attesté d'incapacité de travail liée à l'obésité.

Dans un rapport à l'OAI du 5 février 2013, le Dr H._____ a écrit ce qui suit :

« [...] La patiente n'a pas à ce jour et après son intervention de décembre 2006 la moindre complication liée à sa chirurgie de l'obésité. Sa super obésité est quant à elle traitée comme cela est habituellement observé avec un résultat habituel dans ce contexte et donc indifférent d'autres patients dans la même situation qu'elle.

Dès lors je n'ai pas d'argument précis pour justifier une invalidité somatique à ce jour et à ma connaissance ».

Dans un avis médical du 19 juin 2013, le Dr K._____, du SMR a considéré être suffisamment renseigné sur le plan médical et pouvoir admettre, au vu du traitement immunosuppresseur que la capacité de travail dans l'activité habituelle de laborantine était toujours de 50%, celle-ci étant totale dans une activité adaptée. Il a retenu que les divers rapports médicaux attestaient une amélioration de l'état de santé, qui intervenait au moins à la date de révision actuelle.

Se fondant sur un avis juriste établi le 16 juillet 2013, l'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans l'activité de coordinatrice administrative qu'elle exerçait actuellement à 50%, seule une augmentation de son taux de travail dans cette activité étant nécessaire.

Dans le but de déterminer si l'activité de coordinatrice administrative exercée à 50% par l'assurée était adaptée, son cas a été transmis au spécialiste en réadaptation de l'OAI et une orientation professionnelle a été décidée (cf. communication du 9 août 2013).

Il ressort d'un rapport initial MNR (mesures de nouvelle réadaptation) du 9 octobre 2013 que l'activité actuelle convenait parfaitement à l'assurée, mais que son état de fatigue persistant - lequel pourrait s'expliquer en raison des dialyses suivies durant six ans - et ses douleurs continues au dos l'empêchaient d'augmenter sa capacité de travail. La spécialiste en réadaptation de l'OAI a également relevé que l'assurée ne s'imaginait pas pouvoir travailler à plus de 50%.

Dans un rapport du 23 avril 2014, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé le diagnostic de

lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques avec hypercyphose dorsale et diminution de la lordose lombaire, discopathies étagées et déconditionnement physique avec obésité. Il a également précisé que du seul point de vue rhumatologique, en ne prenant en compte que la problématique rachidienne, l'assurée avait des limitations dans sa capacité de porter et soulever des charges de plus de 5 kg, notamment en porte-à-faux, des limitations dans sa capacité de rester en position statique assise et debout, pas d'activité en antéflexion du tronc, avec la nécessité d'alterner régulièrement les positions assise et debout toutes les vingt minutes.

Le 16 juillet 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à des mesures professionnelles sous la forme d'un bilan d'aptitudes auprès de Madame G._____, psychologue à S._____, laquelle relève dans son rapport de synthèse du 24 juillet 2014, dont l'objectif était de déterminer le niveau d'acquisition scolaire en vue d'une future formation, ce qui suit :

« L'un dans l'autre, Mme X._____ a une intelligence vive, des aptitudes conservées et de bonnes capacités d'apprentissage, de concentration et de mémoire, lui permettant d'acquérir toute formation utile moyennant un investissement suffisant. La seule réserve - mais d'importance - est sa résistance psychique, très diminuée actuellement ainsi qu'un état général apparemment abaissé qui pourrait rendre son intégration (et son acceptation) dans un nouvel lieu professionnel difficile ».

Le 11 novembre 2014, l'OAI a réceptionné un rapport médical daté du 24 septembre 2014 signé par la Dresse V._____, du Centre de psychiatrie et psychothérapie B._____ à S._____, où l'assurée était suivie depuis le mois d'août 2014. Cette praticienne a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère avec symptômes somatiques (F33.11), estimé la capacité de travail dans toute activité à 50% et cité, au nombre des limitations fonctionnelles psychiques, un manque de concentration, une apathie, une fatigabilité accrue, une tendance à l'isolement, une baisse de l'humeur et des pleurs fréquents, précisant qu'en cas de surcharge de travail, il existait un risque de recrudescence

de la symptomatologie anxio-dépressive (angoisses, fatigues, douleurs physiques) péjorant l'épisode dépressif.

Dans un rapport du 11 juillet 2016, le Dr F._____, néphrologue, a estimé que l'activité pratiquée par l'assurée était adaptée à sa situation et son état de santé et que sa capacité de travail était de 50% en raison des difficultés à la concentration, de la fatigue liée au traitement immunosuppresseur et des troubles dégénératifs de la colonne dorsale nécessitant des changements de position à répétition.

L'assurée a, sur mandat de l'OAI, fait l'objet d'une expertise psychiatrique conduite par le Dr T._____, dont le rapport du 16 août 2016 contient notamment ce qui suit (sic) :

« **Diagnostics psychiatriques :**

[...]

Diagnostic en lien avec la capacité de travail :

F 33.11 Trouble dépressif, épisode actuel léger à moyen, avec syndrome somatique, en rémission complète (sur le plan psychique et psychiatrique).

Discussion

Le diagnostic psychiatrique principal retenu est d'un trouble dépressif épisode actuel moyen avec syndrome somatique, **en rémission complète** depuis le 18.07.2016, date du rapport médical de la Doctoresse V._____ confirmant la rémission complète de l'état dépressif.

Cette rémission complète est également confirmée par mon observation clinique au cours de cette expertise psychiatrique qui ne met en évidence aucun élément d'une symptomatologie psychiatrique aiguë.

Il n'existe pas d'antécédents psychiatriques avant 2014.

De manière générale, les épisodes dépressifs sont déclenchés par des événements stressants. En 2014, pour Madame X._____ le facteur déclenchant pourrait peut-être, être lié à la peur de perdre son poste de travail actuel de 50% dans le cadre des échanges avec l'AI et le taux de capacité de travail qui doit être déterminé. A l'avenir, ce lien ne peut pas être écarté totalement.

[...]

Il est très important de constater que lors du rapport médical demandé pour cette expertise psychiatrique, de la Doctoresse V._____ du 18.07.2016, la psychiatre de Madame X._____ indique que l'épisode dépressif en rémission complète.

A préciser encore qu'en juillet 2016, Madame X._____ et la Doctoresse V._____ au vu de la bonne évolution psychique, ont décidé de diminuer progressivement la dose de Cipralex dans le but de l'arrêter à terme (information obtenue pour cette expertise psychiatrique lors du dernier entretien le 11.08.2016).

En ce qui concerne les liens entre le diagnostic de trouble dépressif avec syndrome somatique et les diagnostics somatiques de Madame X._____, ils existent comme facteur de contexte du processus de détermination de rente AI. Même s'il ne peut pas être établi un lien direct. Toutefois, il existe beaucoup de comorbidités somatiques que je ne peux pas sous-estimer ni déterminer l'impact somatique étant donné que ce n'est pas mon domaine de compétence.

La réadaptation professionnelle pour des raisons psychiatriques n'est pas d'actualité étant donné que sur le plan strictement psychiatrique le trouble dépressif est en rémission complète.

Cohérence : Il est clair, à mes yeux, de l'existence d'une fragilité psychique qui s'est révélée pour Madame X._____ en 2014 ayant comme facteur déclenchant l'éventualité d'une réadaptation professionnelle et l'éventuelle perte de son poste de travail.

Madame X._____ a dès lors cherché de l'aide et elle est suivie en psychiatrique par la Doctoresse V._____ au Centre B._____ à S._____. Ce suivi associé à un traitement psychotrope adéquat (de Cipralex 15 mg/jour) a permis entre autres une amélioration du tableau clinique psychiatrique. L'évolution clinique permettant même une rémission complète du trouble dépressif constatée par la Doctoresse V._____ le 18.07.2016 et constatée également au cours de tout le processus de cette expertise psychiatrique.

Sur le plan strictement psychiatrique, il n'existe pas à l'heure actuelle et depuis le 18.07.2016 d'incapacité de travail.

Analyse des moyens thérapeutiques existants : Madame X._____ est encore sous traitement antidépresseur et l'assurée bénéficie d'un suivi psychiatrique par la Doctoresse V._____ au Centre B._____ à S._____.

Capacité de travail

Les différentes informations et données en ma possession par le biais du dossier AI ainsi que mon appréciation suite aux trois entretiens directs avec Madame X._____ m'amènent à estimer **une capacité ou incapacité de travail :**

La capacité de travail est de 100%, sur le plan strictement psychiatrique, dans une activité adaptée ou habituelle jusqu'à son

reclassement survenu en 2013, telle que Madame X._____ exerce jusqu'ici dans les ressources humaines dans son employeur actuel. Cette capacité de travail de 100% sur le plan psychiatrique existe à partir du **18.07.2016, date du rapport médical de la Doctoresse V._____ , psychiatre de l'assurée indiquant une rémission complète du trouble psychiatrique et je suis d'accord avec le constat clinique actuel de rémission complète du trouble dépressif.**

A noter qu'avant 2014, il n'existe aucun élément médical indiquant un trouble psychiatrique et que Madame X._____ travaillait déjà à une capacité de travail de 50% mais pour des raisons somatiques pour lesquelles je ne suis pas compétent pour me prononcer [...].

Par projet de décision du 24 novembre 2016, l'OAI a fait part à l'assurée de ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Vous êtes actuellement au bénéfice d'une demi-rente (invalidité 50%) versée depuis le 1^{er} février 2011.

Dans le cadre de la révision de ce droit à la rente, les renseignements médicaux obtenus, il s'avère que vous avez présenté une amélioration de votre état de santé constatée en janvier 2012.

Par la suite, vous avez présenté une aggravation de votre état de santé temporaire, avec une incapacité de travail totale durant la période du 1^{er} novembre 2014 au 18 juillet 2016. Dès cette date, votre capacité de travail est estimée complète depuis le 18 juillet 2016. Cette capacité de travail exigible est confirmée par l'expertise psychiatrique du 16 août 2016.

Votre dossier a été présenté à notre Service de Réadaptation, lequel a mis en place un bilan d'aptitudes auprès de Mme G._____ en juillet 2014, lequel fut positif.

Un nouvel entretien avec notre spécialiste en réadaptation le 22 novembre 2016 a permis de vous expliquer le positionnement du Service Médical Régional suite à l'expertise réalisée. Lors de cet entretien, vous avez maintenu vos déclarations faites à l'époque quant à votre impossibilité de travailler au-delà de 50% et par conséquent, que vous ne souhaitiez pas bénéficier de quelque mesure professionnelle.

Nous avons également pris note que vous ne souhaitiez pas quitter votre employeur actuel, auprès duquel vous travaillez actuellement dans le département Administration au sein de service « Environnement-Santé-Sécurité », les RH ayant été déplacés en [...] et votre poste d'assistante ayant été supprimé.

En application de l'article 88bis, al. 2 LAI, le passage à la rente entière peut intervenir au plus tôt dès le 1^{er} février 2015, soit après trois mois d'aggravation, jusqu'au 31 octobre 2016, soit après trois mois d'amélioration.

Etant donné qu'à partir de juillet 2016, votre capacité de travail exigible est estimée entière dans une activité adaptée (employée d'administration), le droit à la rente s'éteint ».

L'assurée a contesté ce projet le 7 décembre 2016, contestant notamment la capacité de travail retenue par l'OAI, soutenant que son taux d'activité a été nul de mars à décembre 2003, de 20% de janvier 2004 à juillet 2009 et de 50% depuis juillet 2009. Elle a joint un rapport du Dr F. _____ daté du 6 décembre 2016, relevant que si sur le plan rénal, il n'y pas de limitation de la capacité de travail, sa patiente devrait en revanche bénéficier d'une rente à 50% au vu des lésions dégénératives de l'arthrose touchant sa colonne vertébrale et ses genoux, lesquelles se seraient aggravées depuis 2012, ce qui justifierait la tenue d'une expertise pluridisciplinaire. Le Dr F. _____ a estimé la capacité de travail de 50% et ajouté que le traitement immunosuppresseur entraînait des difficultés à la concentration et de la fatigue.

Par décision du 17 février 2017, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 24 novembre 2016, octroyant ainsi à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2015 au 31 octobre 2016, puis supprimant tout droit la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

B. Par acte du 20 mars 2017, X. _____, représentée par Procap Suisse, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision. Si elle ne conteste pas la décision sur le plan psychiatrique, soulignant la valeur probante de l'expertise psychiatrique, elle conteste en revanche la valeur probante des avis médicaux du SMR sur le plan somatique, en particulier celui du 5 janvier 2017. La recourante reproche au SMR de ne pas se prononcer sur la fatigue liée à son traitement immunosuppresseur dont l'effet sur la capacité de travail est confirmé par le Dr F. _____ dans son rapport du 6 décembre 2016. Elle

reproche en outre à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des troubles dégénératifs mis en évidence par le Dr C._____.

Dans sa réponse du 13 juin 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Se basant sur les avis des Dr M._____ du 21 septembre 2012 et H._____ du 5 février 2013, il retient en substance qu'il n'existe aucun élément justifiant une invalidité somatique. Il joint à son écriture un avis du SMR du 1^{er} juin 2017, mettant en évidence l'absence d'incapacité de travail sur les plans néphrologique et rhumatologique, rappelant que les douleurs ressenties par l'intéressée interviennent dans un contexte de déconditionnement physique et d'obésité.

Répliquant le 18 septembre 2017, la recourante confirme ses conclusions. Elle produit un rapport du Dr F._____ du 1^{er} septembre 2017 qui estime que la douleur lombaire chronique et la douleur aux genoux ont certainement une répercussion sur la capacité de travail, à hauteur de 50% dans l'activité habituelle, étant précisé que cette activité est adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle fait également valoir que le traitement immunosuppresseur suivi crée une tendance à une difficulté à la concentration et une fatigue chronique aggravant la situation.

Dans sa duplique du 10 octobre 2017, l'intimé persiste dans ses conclusions et relève que le rapport du 1^{er} septembre 2017 n'est pas à même de modifier sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la

contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

c) Le litige porte en l'espèce sur le taux d'invalidité présenté par la recourante dès le mois de juillet 2016, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle dès cette date. Il appartient plus particulièrement de déterminer si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre les décisions du 13 décembre 2010 lui ayant reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2011 - à savoir la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. 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 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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 divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

5. En l'espèce, dans le cadre d'une procédure de révision d'office, l'OAI a constaté d'une part, que l'incapacité de travail de la recourante était totale du 1^{er} novembre 2014 au 18 juillet 2016 sur le plan psychiatrique, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} février 2015 au 31 octobre 2016 et, d'autre part, que sa capacité de travail dans une activité adaptée était totale à compter du 18 juillet 2016 et a, de ce fait, supprimé la demi-rente allouée depuis le 1^{er} février 2011. Il convient ainsi d'examiner si le degré d'invalidité subie par

l'assurée a subi une modification significative entre la décision du 13 décembre 2010, lui reconnaissant le droit à une demi-rente, et la décision litigieuse du 17 février 2017.

a) Pour rendre la décision du 13 décembre 2010, l'OAI s'était fondé sur l'avis des néphrologues du Centre L. _____ et sur l'avis médical du SMR du 5 octobre 2010. Il convient de rappeler à ce stade que la décision du 13 décembre 2010 a été rendue dans le cadre d'une procédure de révision d'office, la recourante étant préalablement au bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2005 en raison de ses problèmes rénaux. En effet, dans sa décision initiale octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité dès 2005, l'OAI avait considéré que l'intéressée était capable de travailler uniquement à 20 % en raison de son insuffisance rénale.

Lors de la procédure de révision d'office de la rente entamée en 2010, il est apparu que suite à la greffe de rein subie en janvier 2009, l'assurée avait pu augmenter son taux de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans une activité uniquement en position assise ou permettant l'alternance des positions. Les médecins du SMR ont relevé, dans leur avis du 5 octobre 2010, que l'état de santé de l'intéressée s'était améliorée consécutivement à la greffe de rein, mais qu'il subsistait en revanche une grande fatigabilité, citée au nombre des limitations fonctionnelles, liée à la prise du traitement immunosuppresseur, qui fondait une incapacité de travail à 50%. Ces praticiens ont précisé que cette capacité de travail à 50% valait pour toute activité. C'est donc en raison des atteintes néphrologiques présentées par la recourante, et plus particulièrement de la fatigabilité liée au traitement immunosuppresseur, qu'une demi-rente d'invalidité a été octroyée. Il importe au demeurant de souligner que l'incapacité de la recourante d'exercer son activité habituelle de laborantine est admise par l'OAI, de sorte que seule la question de la capacité de travail dans une activité adaptée demeure litigieuse.

b) Au cours de la procédure de révision initiée par l'OAI à la fin 2011, l'intéressée a été examinée par divers spécialistes dans les domaines psychique et somatique.

aa) Sur le plan psychique, la recourante a tout d'abord été examinée par la Dresse V._____, qui avait posé le diagnostic de trouble dépressif, puis par le Dr T._____ dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 16 août 2016, ce spécialiste a retenu le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel léger à moyen, avec syndrome somatique, en rémission complète. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était nulle jusqu'au 18 juillet 2016, l'intéressée ayant en revanche recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de cette date. L'expert retient également qu'avant 2014, il n'existait aucun antécédent psychiatrique chez la recourante.

Il ressort de cette expertise, dont le caractère probant doit être admis – lequel n'est au demeurant pas contesté – qu'au mois de juillet 2016, l'état de santé psychique de l'assurée s'est amélioré. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a retenu une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique du 1^{er} novembre 2014 au 18 juillet 2016, justifiant une augmentation momentanée de la rente d'invalidité, respectivement l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondé sur les problèmes psychiatriques de l'intéressée du 1^{er} février 2015 – soit après trois mois d'aggravation – jusqu'au 31 octobre 2016 – soit après trois mois d'amélioration. Il est toutefois précisé que la rente a été supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 17 février 2017, soit dès le 1^{er} avril 2017.

Il reste encore à déterminer si l'assurée, à la suite de l'amélioration de son état de santé psychique, présente encore une incapacité de travail pour des raisons somatiques, respectivement si son état de santé sur le plan somatique s'est modifié depuis la décision du 13 décembre 2010 par laquelle l'OAI avait maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité.

bb) S'agissant des atteintes somatiques dont se prévaut la recourante, il n'existe aucune restriction physique liée à sa chirurgie de l'obésité, ainsi que l'a relevé le Dr H. _____ dans ses rapports du 9 février 2012 et du 5 février 2013.

La recourante souffre également de lombalgies chroniques et de gonalgies dues essentiellement à une surcharge pondérale et à un déconditionnement musculaire. S'il paraît évident que le surpoids de l'assurée rend plus difficile son quotidien et entraîne une fatigue sur le plan physique, il reste que le Dr C. _____ a relevé l'absence de signes inflammatoires, ainsi que de déficits moteurs ou sensitifs.

La recourante relève que ses douleurs dorsales et aux genoux se sont intensifiées depuis 2012. Or, force est de constater qu'une telle aggravation n'est aucunement documentée sur le plan médical. En effet, il figure au dossier uniquement le rapport du Dr C. _____, rhumatologue, datant de 2014. Il semblerait en revanche que la recourante n'ait pas fait l'objet d'un suivi par un spécialiste en la matière. Le fait que le Dr F. _____ souligne une péjoration de l'état de sa patiente sur le plan rhumatologique ne suffit pas, ce praticien étant spécialisé en néphrologie.

En tout état de cause, l'activité qualifiée d'adaptée par l'OAI – soit une activité dans le domaine tertiaire – reste compatible avec les limitations fonctionnelles attestées par le Dr C. _____, soit des limitations dans sa capacité de porter et soulever des charges de plus de 5kg, de rester en position statique assise et debout et nécessitant l'alternance des positions.

cc) Sur le plan néphrologique, le Dr M. _____, dans son rapport du 21 septembre 2012, a indiqué qu'il n'existait plus de restriction physique en lien avec la transplantation. Cette amélioration de l'état de santé sur le plan néphrologique a été confirmée par le Dr F. _____ dans son rapport du 6 décembre 2016. L'absence de conséquences négatives liées à la greffe – et par conséquent à l'insuffisance rénale dont souffrait

l'assurée - a d'ailleurs déjà été retenue par l'OAI dans sa décision du 13 décembre 2010, laquelle n'a pas été contestée par l'assurée.

Il reste par conséquent à déterminer si, depuis la décision du 13 décembre 2010 réduisant la rente d'invalidité de l'intéressée à une demi-rente dès le 1^{er} février 2011, l'assurée a présenté une amélioration de son état de santé, comme le retient l'intimé, sur le plan de la fatigabilité induite par son traitement immunosuppresseur. L'OAI s'est en effet rallié à l'avis du 19 juin 2013 du Dr K. _____ du SMR pour retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante sur ce plan. A cet égard, le Dr M. _____ a retenu en septembre 2012 que la situation médicale de l'intéressée demeurait inchangée depuis l'opération de 2009. De son côté, le Dr F. _____ a estimé, dans ses rapport du 11 juillet et 6 décembre 2016, la capacité de travail de l'intéressée à 50% en raison notamment de la fatigue liée au traitement immunosuppresseur.

c) Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les constatations des médecins du SMR, en particulier le Dr K. _____, sur lesquelles l'intimé fonde sa décision de révision de rente, ne portent pas sur des faits nouveaux sur le plan néphrologique, à savoir une amélioration de l'état de santé ou de la capacité de travail, mais ne traduisent qu'une différence d'appréciation des répercussions du traitement immunosuppresseur, soit la fatigabilité, sur la capacité de travail de la recourante, par rapport à celle posée par les Drs Z. _____ et R. _____ du SMR dans leur avis médical du 5 octobre 2010. Dans ce contexte, il ne s'agit pas de procéder à une comparaison du bien-fondé de chacune de ses appréciations médicales, ni de déterminer laquelle doit être suivie. La décision du 13 octobre 2010, octroyant à l'assurée une demi-rente d'invalidité, a été rendue sur la base des pièces médicales au dossier à l'époque, soit près de deux ans après la greffe rénale, décision que l'intimé ne soutient pas qu'elle serait manifestement erronée. Il convient donc de s'y tenir en l'absence de modification notable des circonstances depuis lors. En d'autres termes, c'est à tort que l'OAI a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré sur le plan somatique entre la décision du 13 décembre 2010 et la décision litigieuse,

cet état étant, en réalité, demeuré inchangé eu égard au maintien du traitement immunosuppresseur et des conséquences qu'il engendre. La recourante doit dès lors être suivie lorsqu'elle indique ne pas pouvoir travailler à un taux supérieur à 50%.

d) En définitive, l'intimé n'était pas fondé à supprimer le versement d'une rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois à compter de la notification de la décision du 17 février 2017, soit le 1^{er} avril 2017, selon l'art. 88^{bis} al. 2 LAI.

6. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} avril 2017.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 17 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} avril 2017.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de dépens de 2'500 francs (deux mille cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour X. _____),
- 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 :