

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Röthenbacher et Dessaux
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X._____, à Sainte-Croix, recourante, représentée par Me Paul-Arthur
Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

**Art. 16, 17 al. 1 et 31 al. 1 LPGA, 28 al. 2 LAI, 88bis al. 2 let. b
et 77 RAI**

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1962, célibataire et mère d'un enfant majeur, a travaillé comme monitrice d'auto-école indépendante de 1988 à 1994. Elle a déposé, le 20 mars 1995, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'une dépression.

A cette époque, l'assurée était suivie par la Dresse J._____, spécialiste en médecine interne. Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), ce médecin a indiqué, dans un rapport du 11 décembre 1995, que sa patiente avait dû cesser son activité au printemps 1994 à cause d'un état anxio-dépressif grave, majoré par des problèmes financiers et par l'impossibilité de gérer son temps tout en s'occupant de son enfant, alors âgé de cinq ans. Les diagnostics retenus étaient un état anxio-dépressif avec poussées délirantes chez une personnalité avec traits psychotiques, des sciatalgies, lombalgies et dorsalgies chroniques, un status après entorse cervicale C5-C6 sur coup du lapin en 1991, un status après patellectomie et rupture du tendon du quadriceps en 1987, de même qu'un status après fracture non déplacée de la tête radiale droite et rupture du ligament collatéral cubital en 1988. L'incapacité de travail était fixée à 100% dans la profession habituelle depuis le 15 mars 1995 (recte: 1994), pour une période indéterminée.

La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique a été confiée par l'OAI au Centre [...]. Dans leur rapport du 25 juillet 1997, les Drs P._____, médecin-adjoint, et [...], médecin-assistante, ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère associé à des troubles anxieux chez une personnalité de structure psychotique. Ils relevaient que l'assurée avait fonctionné sur le plan psychologique jusqu'au moment où elle avait rencontré des difficultés à assurer le maintien de son activité de monitrice d'auto-école et dû solliciter une aide financière des services sociaux. L'évolution, dépressive et régressive, était alors rapidement

devenue sévère, sans amélioration notable sous médication anti-dépressive, malgré une collaboration au traitement. Les experts étaient ainsi d'avis que l'incapacité de travail était totale sur le plan psychiatrique, une réadaptation professionnelle n'étant pas envisageable tant le psychisme de l'expertisée était fragile.

Par décision du 22 décembre 1997, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 1995, basée sur un degré d'invalidité de 100 pour cent.

B. Dans le cadre d'une première révision d'office du droit à la rente, l'assurée a précisé, le 21 décembre 1999, que son état de santé était inchangé, qu'elle n'avait pas repris d'activité lucrative et qu'elle aurait continué à travailler à plein temps en qualité de monitrice d'auto-école si elle était restée en bonne santé.

Sur demande de l'OAI, la Dresse J._____ a posé, dans un rapport intermédiaire du 20 juin 2000, les diagnostics d'état dépressif chez une personnalité à structure psychotique, de gonalgie sévère, status après plasties rotuliennes droite et gauche en 1983, patellectomie du genou droit et rupture postopératoire, gonalgie gauche sur chondromalacie et désaxation rotulienne, d'anorexie et de migraines simples. Le médecin traitant exposait que l'état psychique de sa patiente s'était légèrement amélioré, sans récurrence de bouffées psychotiques, mais que l'état physique s'était en revanche dégradé sous forme de troubles digestifs avec anorexie et, surtout, un problème orthopédique aux genoux, pour lequel un traitement analgésique avait été prescrit. A ce stade, une nouvelle intervention chirurgicale était envisagée, tandis que l'incapacité de travail se poursuivait.

Le 27 février 2001, la Dresse J._____ a constaté une amélioration de l'état du genou gauche grâce à une intervention chirurgicale pratiquée au mois d'octobre 2000, qui avait permis de réduire les douleurs. Dans la mesure où une telle intervention sur le genou droit, toujours très instable, était en discussion et où l'état psychique de

l'assurée était resté stationnaire, une reprise du travail n'était toutefois pas encore envisageable.

Au vu de ces indications, l'OAI a signifié à l'assurée, le 20 juillet 2001, que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, lequel était donc maintenu sans modification.

C. Une deuxième procédure de révision a été engagée d'office par l'OAI en juillet 2002. A cette occasion, l'assurée a une nouvelle fois indiqué, le 26 août 2002, que son état de santé restait inchangé, qu'elle était toujours sans activité lucrative et qu'elle aurait continué à travailler à plein temps sans atteinte à sa santé.

La Dresse J._____ a posé, dans un rapport du 3 juin 2003 destiné à l'OAI, les diagnostics principaux d'état dépressif et troubles anxieux chez une personnalité de structure psychotique, et d'instabilité sévère du genou droit, status après patellectomie et rupture du tendon du genou droit, plastie secondaire. Le médecin traitant ajoutait que l'intéressée demeurait fragile sur le plan psychique et déprimée par ses limitations physiques, en particulier l'état de sa jambe droite dont les muscles s'atrophiaient de plus en plus chaque année. L'incapacité de travail était toujours fixée à 100%, une intervention étant prévue en automne avec la création d'une nouvelle rotule et la greffe de tendon.

Par communication du 28 août 2003, l'OAI a informé l'assurée qu'après examen de son degré d'invalidité, elle continuerait à bénéficier d'une rente identique. L'attention de l'intéressée était attirée sur le fait que toute modification de sa situation personnelle ou économique susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations devait être immédiatement annoncée à l'office, par exemple le début d'une activité lucrative, et qu'un non-respect de cette obligation pouvait entraîner la restitution des prestations.

D. Lors d'une troisième révision d'office du droit à la rente, l'assurée a maintenu, dans un questionnaire de l'OAI daté du 20 février 2005, que son état de santé n'avait pas évolué et qu'elle n'exerçait toujours pas d'activité lucrative. Elle a confirmé, le 14 mars suivant, qu'elle aurait continué à travailler comme monitrice d'auto-école à temps complet si elle était restée en bonne santé.

Interpellée par l'OAI, la Dresse J._____ a constaté, les 15 et 20 avril 2005, que l'état de santé de sa patiente s'était amélioré, avec la disparition de l'état dépressif et des angoisses grâce à l'intervention au niveau du genou droit, lequel avait récupéré une fonction normale. Le médecin traitant relevait qu'il persistait néanmoins des douleurs à la marche et au repos, nécessitant encore une médication antalgique et une dernière intervention éventuelle, et retenait les diagnostics de personnalité de structure psychotique et de status après plastie secondaire suite à un status après patellectomie et rupture du tendon du genou droit entraînant une instabilité sévère du genou droit. Selon la Dresse J._____, la capacité de travail restait nulle dans la profession habituelle de monitrice d'auto-école, en raison d'un accident de voiture survenu en 1991 qui avait fortement ébranlé l'intéressée. Toutefois, une capacité de travail de 50% semblait exigible dans une activité adaptée dès la fin de l'été, soit après l'intervention envisagée sur le genou droit, ce taux étant probablement susceptible d'augmenter par la suite.

Dans un rapport du 14 juin 2005 adressé à l'OAI, le Dr L._____, chirurgien orthopédique, a diagnostiqué un status après transposition de tubérosité tibiale du genou gauche en 1983, un status après reprise chirurgicale de la tubérosité tibiale en octobre 2000, un status après transposition de la tubérosité antérieure du tibia en 1985, une patellectomie du genou droit en 1987 et un status après transposition de l'appareil extenseur du genou droit, en 2004. Le chirurgien indiquait qu'en dépit des deux interventions qu'il avait pratiquées en 2000 et 2004, dont les résultats s'étaient révélés très satisfaisants, les genoux de l'assurée restaient fortement handicapés dans les activités physiques et les travaux lourds. Etaient en particulier contre-indiqués les positions à

genoux et accroupie, le fait de se baisser, le travail en hauteur ou sur une échelle, ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le Dr L._____ ajoutait qu'à sa connaissance, l'intéressée travaillait comme restauratrice, activité qu'il considérait comme relativement lourde et exigeante au niveau des genoux, soit ne pouvant être exercée à plus de 50 pour cent.

A réception de ces renseignements, l'OAI a invité l'assurée, le 23 juin 2005, à lui communiquer les nom et adresse de son employeur, ses fiches de salaire des six derniers mois et son contrat de travail. Il lui rappelait son obligation de renseigner, telle que décrite le 28 août 2003, et attirait une nouvelle fois son attention sur le fait qu'en cas de non-respect, la restitution des prestations pouvait être exigée.

Par courrier du 29 juin 2005, l'assurée a répondu à l'OAI qu'elle n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis 1993 ou 1994, mais qu'elle avait suivi des cours de cafetier-restaurateur dès la fin de l'année 2003, dans le but d'organiser petit à petit sa réinsertion professionnelle. Elle l'informait qu'elle prévoyait d'ouvrir un bar avec salon de jeux aux alentours du 1^{er} août, avec l'aide de sa famille, et d'y travailler environ deux heures par jour dans un premier temps, afin de ménager ses genoux.

L'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise médicale au Dr C._____, rhumatologue, lequel a déposé son rapport en date du 31 mai 2006. Au terme de ses examens, ce médecin retenait les diagnostics de status après multiples interventions orthopédiques des deux genoux, les dernières sous forme d'un Deselmslie du genou gauche en 2000 et d'une reconstruction de l'appareil extenseur de genou droit par greffe autologue prélevée sur le genou gauche en avril 2004, d'instabilité par insuffisance de l'appareil extenseur du genou droit et d'état anxio-dépressif chez une patiente présentant une personnalité de structure psychotique. Il observait que l'amélioration de l'état de santé de l'expertisée avait été de très courte durée, puisque cette dernière n'avait pas pu assurer le service dans son établissement (douleurs à la marche, chutes fréquentes) pendant plus de deux à trois heures journalières avant

de retomber, fin février 2006, en incapacité de travail totale, de sorte qu'elle avait décidé de remettre son entreprise pour la fin de l'été 2006. Selon l'expert, il n'était pas possible d'exiger de l'intéressée une capacité de travail significative dans une fonction telle que serveuse, activité qui impliquait marche, changements de directions et accroupissements, soit une gestuelle peu réalisable compte tenu de l'instabilité du genou droit. De même, une reprise d'activité en qualité de monitrice d'auto-école n'était plus envisageable notamment en raison de la faiblesse de la jambe droite. En revanche, le Dr C. _____ était d'avis que, d'un point de vue rhumatologique et théorique, un travail en position assise permettant le changement de posture des genoux et ne nécessitant pas de déplacements précipités et répétés ou de ports de charges réguliers, telle une activité de type gestion administrative par exemple en hôtellerie, serait envisageable à un taux de 50%, voire même de 70 à 80% par la suite. Il notait toutefois que l'assurée avait été longtemps éloignée de la vie active et qu'elle devrait dès lors bénéficier d'un reclassement professionnel pour qu'une telle fonction soit exigible. Il relevait en outre que le médecin traitant avait attesté un arrêt de travail complet depuis le mois de mars 2006, en raison d'une récurrence de l'état dépressif liée à des difficultés sociofamiliales, et considérait que la capacité de travail réelle dépendrait donc essentiellement d'une évaluation psychiatrique.

Aussi l'OAI s'est-il enquis de l'état psychique de l'assurée auprès de la Dresse J. _____, laquelle a diagnostiqué, le 22 décembre 2006, un état anxio-dépressif de degré sévère depuis mars 2006, une personnalité de structure psychotique et une instabilité du genou droit, avec échec de la plastie du tendon. Le médecin traitant attestait une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sous la forme d'un état dépressif sévère (avec pleurs, ruminations sur des événements anciens, troubles du sommeil, difficulté à s'investir dans son travail, peur de rencontrer des gens, impression d'être jugée, forte inhibition) déclenché par un conflit avec le père de son fils et son épouse. S'en était suivie une incapacité de travail de 100% du 6 mars au 31 octobre 2006, puis de 90% depuis le 1^{er} novembre 2006. La Dresse J. _____ précisait toutefois que cette capacité de travail pouvait être améliorée par une prise en charge

psychothérapeutique, d'ores et déjà mise en place auprès de la Dresse G._____, psychiatre et psychothérapeute, depuis le mois de septembre 2006.

Interpellée par l'OAI, la Dresse G._____ a posé, dans un rapport du 9 septembre 2007, le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère, existant depuis février 2005. Selon ce médecin, l'évolution avait été discrètement favorable dans un premier temps, avec une amélioration des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit et de l'anxiété. L'assurée avait cependant rencontré par la suite des difficultés de contact avec sa clientèle, puis une aggravation de la symptomatologie à l'évocation d'une opération des ligaments des coudes. La Dresse G._____ avait elle-même demandé à mettre un terme au suivi psychothérapeutique au 12 février 2007, au profit d'un dosage antidépresseur, car elle s'étonnait du manque d'évolution et soupçonnait une non compliance médicamenteuse. Au niveau professionnel, la psychiatre indiquait que sa patiente avait œuvré comme comptable dans le restaurant d'un ami avant d'ouvrir son propre bar en juillet 2005 et qu'elle avait pu reprendre son activité de restauratrice à 20% à compter du 1^{er} décembre 2006. Elle était d'avis que cette capacité de travail ne pouvait pas être améliorée sur le plan psychiatrique et qu'aucune autre activité n'était exigible.

Le 27 janvier 2009, la Dresse J._____ a posé les diagnostics principaux d'état anxio-dépressif depuis 2006, de personnalité de structure psychotique depuis 1995 et d'instabilité du genou droit, avec échec de la plastie du tendon en 2006. Elle constatait que la tentative de réinsertion professionnelle de sa patiente s'était soldée par un échec, avec la fermeture de son établissement au 31 juillet 2007, cette activité étant trop lourde sur le plan physique (fréquentes chutes sur lâchage du genou droit, douleurs sur luxation cubitale). Elle observait un état dépressif persistant avec une phobie sociale, sans amélioration en vue, malgré la poursuite du traitement antidépresseur. Le médecin traitant attestait une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} novembre 2006, pour une durée indéterminée.

L'OAI s'est procuré un extrait du compte individuel de l'assurée en octobre 2009, lequel faisait mention d'une personne sans activité lucrative de 1996 à 2004, puis d'une personne de condition indépendante entre 2005 et 2006, pour un revenu annuel de respectivement 8'307 fr. et 21'000 francs. Cet extrait indiquait également une activité auprès de Z._____ SA dès juillet 2008, pour un salaire annuel de 7'223 francs.

Le 4 décembre 2009, l'assurée a fait parvenir à l'OAI, à sa demande, le contrat de travail conclu le 1^{er} juillet 2008 avec Z._____ SA, par lequel elle avait été engagée en qualité de vendeuse à raison de quatorze heures de travail minimum par semaine depuis le 10 juillet 2008, pour un tarif horaire brut de 18 fr. 60. Le 14 décembre 2009, elle a encore adressé à l'office ses fiches de salaire pour les mois de juillet 2008 à novembre 2009, dont le montant net variait entre 628 fr. 05 et 2'499 fr. 45, pour une moyenne mensuelle de 1'669 fr. 35.

Une nouvelle expertise médicale a été mise en œuvre auprès de la Clinique Y._____, dans laquelle l'assurée a séjourné du 9 au 11 novembre 2009. Dans leur rapport du 21 décembre 2009, les Drs U._____, interniste et rhumatologue, M._____, chirurgien orthopédique, et H._____, psychiatre et psychothérapeute, ont retenu les diagnostics principaux d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, de personnalité anxieuse (évitante), d'agoraphobie et de status après syndrome rotulien bilatéral sur décentrage avec multiples interventions des deux côtés, notamment patellectomie droite, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de pieds creux-ronds avec hallux valgus bilatéral et de suspicion de neuropathie médiane des deux côtés. Ils relevaient en outre ce qui suit:

" Dans le **domaine orthopédique**, la situation actuelle de Mme X._____ peut être résumée ainsi:

Au niveau du genou droit, l'assurée est à peu près asymptomatique en ce qui concerne les douleurs. Pour le reste, le "prix à payer", pour reprendre les propres termes de l'assurée, a été lourd, puisqu'il existe une atrophie sévère du quadriceps, dont l'insuffisance se traduit par une faiblesse, des lâchages et une impossibilité d'accroupissement.

Au niveau du genou gauche, il subsiste des douleurs et un syndrome rotulien notable attesté par une crépitation rotulienne et un rabet hyperalgique.

Mme X. _____ présente aussi des troubles statiques des pieds, avec avant-pieds creux-ronds, ayant conduit de façon classique à un hallux valgus et à des métatarsalgies.

Dans le **domaine rhumatologique**, les constatations et les conclusions du Dr U. _____ recouvrent les miennes, ce confrère écrivant: *“Mme X. _____ présente donc un très lourd passé d'interventions multiples au niveau de ses deux genoux pour un syndrome rotulien bilatéral. Cinq ans après la dernière intervention (reconstruction en 2004 de l'appareil extenseur du genou droit par greffe autologue prélevée sur le genou contro-latéral), la situation paraît maintenant stable. Mme X. _____ se plaint de gonalgies gauches tolérables et d'un sentiment d'instabilité du genou droit ayant provoqué plusieurs chutes. Elle peut conduire son ménage sans grande limitation, s'occuper de ses animaux domestiques, promener son chien durant une heure, conduire un véhicule sans grande difficulté. Le retentissement fonctionnel doit donc être minimisé dans la perspective d'une activité professionnelle sédentaire, de type administratif par exemple. Dans la vente ou comme réceptionniste, comme le suggère l'assurée elle-même, soit dans une activité adaptée, l'exigibilité pourrait être totale.*

A côtoyer l'assurée pendant l'investigation clinique, on comprend rapidement que ce sont des facteurs non lésionnels, essentiellement psychiatriques, qui créent obstacle à tout investissement professionnel. Mme X. _____ fait en effet rapidement part de son sentiment de ruine, d'anhédonie, pleurant lorsqu'elle doit décrire son milieu de vie qui s'est, avec le temps, rétréci. Elle ne fait du reste aucun mystère sur la responsabilité principale des symptômes psychiques dans son incapacité de travail.

En conclusion, je ne puis qu'entériner votre estimation et admettre avec vous que la capacité de travail est théoriquement complète dans une activité adaptée; dans une telle situation, c'est évidemment l'appréciation par le psychiatre qui est déterminante pour la capacité exigible.”

Dans le **domaine psychiatrique** le Dr H. _____ reconnaît diverses psychopathies, écrivant: *“Nous avons donc devant nous une assurée qui présente dès l'enfance un trouble anxieux (terreurs nocturnes) et une tendance à l'isolement social. Elle évoque une enfance et une adolescence plutôt solitaires et les rares tentatives qu'elle ait faites pour s'inscrire en milieu associatif (bénévole dans une bibliothèque à Yverdon par exemple) ont été un échec. Le deuil du père semble avoir été incomplet et, bien qu'elle dise intellectuellement avoir accepté la situation, elle signale une réaction affective peu contrastée.*

Les tentatives de s'insérer dans le populeux monde universitaire ont échoué et elle s'est rabattue sur une activité professionnelle moins exigeante au plan social puisque limitée à la relation singulière avec les élèves de l'auto-école. Sa vie sentimentale est également marquée au sceau du retrait puisqu'elle a pu vivre une relation amoureuse, engendrer un enfant, à l'insu de la famille de son ami durant plus de 25 ans. Sa vie sociale est faible et elle ne sort, hormis les promenades avec son chien, qu'accompagnée. Le regard de l'autre, de manière caractéristique, est vécu comme intrusif, voire menaçant. On s'étonne dès lors qu'elle ait pu penser à ouvrir un bar, activité relationnelle s'il en est (on peut cependant penser à une tentative contra-phobique de surmonter ses peurs). Sa brève période de bistrotière est décrite comme très éprouvante et elle a cessé dès qu'elle a pu.

Les éléments anxieux sont signalés dans les divers rapports et expertises que nous avons pu consulter. Je note une grande constance de l'anxiété et des troubles du comportement associés dès l'enfance de l'assurée. De mon point de vue, ces signes sont révélateurs d'un trouble de la personnalité, de par leur amplitude et leur inscription dans la durée. Au sens de l'ICD10, il s'agit d'une personnalité anxieuse (évitante). Je rappelle que l'ICD, comme le DSM4, sont des grilles purement phénoménologiques qui ne se prononcent pas en général sur une étiopathogénie.

Chez Mme X. _____, les éléments à ma disposition (dossier, mon observation), laissent à penser qu'il y a effectivement sous le vernis anxieux un probable soubassement psychotique qui se traduit notamment par une coloration particulière de la relation (vécue comme intrusive voire persécutoire) et une pensée par moments désorganisée et confusogène. Dans le même ordre d'idées, elle décrit, lorsqu'elle prend des antidépresseurs, un sentiment de dépersonnalisation très marquée qui augmente l'anxiété. Le trouble agoraphobique est connexe à la personnalité anxieuse.

Depuis le début de la décennie 1990, une dépression s'est installée, structurée et pérennisée, comme on le voit souvent, par un mécanisme d'épuisement, chez l'anxieux chronique. L'amplitude de l'humeur dépressive est variable mais pointe, au mieux, du côté de la dysthymie. Actuellement, elle présente un épisode dépressif sévère.

Force est de constater que Mme X. _____ n'a plus travaillé depuis quinze ans si on excepte le bref et catastrophique passage comme tenancière de bistrot. On peut cependant regretter qu'elle n'ait jamais été réellement traitée au plan psychiatrique malgré la tentative chez la Dresse G. _____ (sur injonction, il faut le préciser, d'une assurance perte de gain). Ce refus de soins ne m'apparaît pas relever de la mauvaise volonté de l'assurée mais me semble plutôt constituer un symptôme de son trouble de la personnalité dans le sens où même la figure du psychiatre peut être perçue comme intrusive et peu bienveillante. Je lui ai néanmoins vivement conseillé d'y réfléchir et de faire une nouvelle tentative chez un psychiatre de sa région, au besoin avec l'aide de son nouveau médecin traitant (puisque la Dresse J. _____ prend sa retraite).

En outre, le trouble de la personnalité se traduit par une anxiété, par moments de registre panique, lorsqu'elle sort d'un cercle très restreint de proches parents. Ceci limite très singulièrement toute activité professionnelle exigeant un niveau relationnel même bas. Un trouble de la personnalité étant par définition durable, je pense que cette situation est appelée à durer. Je conclus donc, au plan purement psychiatrique, à une incapacité de travail totale et durable."

L'évaluation en ateliers professionnels a confirmé que les limitations ne se situaient pas au niveau somatique, la conclusion étant: "Il faut préciser qu'au cours d'une telle évaluation, le sujet n'est pas constamment observé et qu'une certaine autonomie lui est laissée. Ces conditions lui permettent généralement de mieux moduler son comportement et favorisent son implication dans la mesure.

Finalement, l'évaluation en ateliers professionnels permet principalement d'observer que ce ne sont pas des facteurs lésionnels qui hypothèquent l'espoir d'une reprise professionnelle."

Sur le **plan thérapeutique**, dans le domaine **somatique**, je pense qu'il faut abonder dans le sens de l'assurée, et s'abstenir pour l'instant de tout nouveau geste chirurgical. Mme X._____ considère que même s'il est douloureux, la situation de son genou gauche est plus satisfaisante que celle du genou droit, celui-ci présentant une faiblesse majeure liée à l'insuffisance du quadriceps. Elle s'imagine mal sans sa rotule gauche, craignant de ne plus pouvoir marcher sans canne.

La situation des pieds n'est pas décompensée, au point qu'elle nécessite le recours à une intervention chirurgicale. Par contre des supports plantaires avec appui rétro-capital pourraient être conseillés dans cette situation et ils auraient certainement un effet favorable sur les métatarsalgies et le ralentissement de la progression des déformations.

Sur le plan **psychiatrique**, le Dr H._____ conseille une prise en charge.

Le **pronostic** est réservé dans le domaine somatique, mais depuis les dernières interventions chirurgicales, on peut dire que la situation des genoux est plus ou moins stabilisée.

Dans le domaine psychiatrique, le Dr H._____ considère que la situation est figée de façon durable.

En ce qui concerne l'**exigibilité professionnelle** nous distinguons le domaine somatique du domaine psychiatrique.

Sur le plan **somatique**,

- Les dernières activités habituelles exercées, à savoir celles de monitrice d'auto-école ne sont plus exigibles. La position assise continue n'est pas compatible avec l'état des genoux de cette assurée.

- Dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans long déplacement et sans port de charges, une capacité de travail entière est médicalement exigible.

Sur le plan **psychiatrique**, le Dr H._____ écrit: "*En ce qui concerne sa capacité de travail, je l'estime actuellement nulle. La dépression produit une restriction de l'énergie chez une assurée très fatiguée et fatigable ainsi qu'une diminution de la volition et des capacités de concentration. Ces restrictions sont suffisamment marquées pour se manifester même dans un emploi peu exigeant au plan intellectuel.*"

Toutes pathologies confondues, c'est donc une **incapacité de travail totale** que nous reconnaissons pour toute activité".

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional AI (ci-après: SMR) pour appréciation. Dans un avis médical du 25 février 2010, la Dresse S._____ a émis plusieurs critiques à l'endroit du rapport d'expertise de la Clinique Y._____. Elle a d'abord observé que les critères permettant de retenir les diagnostics psychiatriques d'agoraphobie et d'épisode dépressif sévère ne ressortaient pas clairement du rapport, en particulier de l'anamnèse, et qu'il n'y avait pas

d'indication sur la fréquence des troubles, si bien qu'il n'était pas possible d'apprécier leur degré de sévérité. Elle constatait ensuite qu'il n'était nulle part fait mention de l'activité de vendeuse que l'assurée avait exercée pendant plus d'un an au moment de l'expertise, activité qui présupposait des compétences relationnelles et une absence de crainte au contact de la clientèle, ainsi qu'un certain nombre de ressources psychiques telles une capacité d'adaptation et de concentration, de la motivation, de la volonté et de l'énergie, autant d'éléments qui allaient à l'encontre des limitations fonctionnelles retenues par l'expert psychiatre. Le médecin du SMR en concluait que l'intéressée avait manifestement induit les experts en erreur. A ses yeux, le fait d'obtenir une licence de restauratrice, d'ouvrir son propre établissement puis de travailler comme vendeuse, même à un faible taux d'activité, sans aucune médication anxiolytique ou anti-dépressive, remettait sérieusement en doute les déclarations de l'assurée et, partant, l'appréciation des experts selon laquelle une incapacité de travail totale et durable serait justifiée dans toute activité pour des motifs psychiques.

Par décision du 16 mars 2010, l'OAI a suspendu le droit à la rente de l'assurée à partir du 31 mars 2010, considérant que cette dernière avait violé son obligation de renseigner l'office en omettant de lui signaler sa reprise d'activité lucrative.

Le 17 mars 2010, l'assurée a adressé à l'OAI ses dernières fiches de salaire pour les mois de décembre 2009, janvier et février 2010, mentionnant un revenu net respectif de 1'880 fr. 85, 1'829 fr. 65 et 1'779 fr. 05.

Sur demande de l'OAI, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après: CCVD) lui a remis, le 23 mars 2010, l'entier du dossier de l'assurée en sa possession. Il en résultait notamment que cette dernière avait été mise au bénéfice de prestations complémentaires depuis le 1^{er} mars 1995, prestations qui avaient pris fin au 31 mars 2010 au même titre que la rente d'invalidité, par décision de la CCVD du 22 mars 2010.

Les 29 mars, 30 août et 1^{er} septembre 2010, Z. _____ SA a remis à l'OAI, à sa requête, les décomptes des heures payées à l'assurée entre juillet 2008 et août 2010, tout en précisant que l'horaire de travail pour une vendeuse à plein temps s'élevait à 42 heures hebdomadaires. Il ressortait de ces différents documents que l'intéressée avait travaillé entre 19 et 135 heures par mois pendant cette période.

L'OAI s'est procuré un nouvel extrait du compte individuel de l'assurée au 11 mai 2010, lequel faisait état d'un salaire annuel de 25'681 fr. pour l'année 2009 chez Z. _____ SA.

Par courrier du 15 novembre 2010, l'OAI a avisé le Dr M. _____ que le rapport d'expertise du 21 décembre 2009 était incomplet, dans la mesure où il ne tenait pas compte de la reprise d'activité professionnelle de l'assurée au 10 juillet 2008. Il l'informait des conditions contractuelles convenues avec Z. _____ SA et du nombre d'heures de travail effectuées par l'intéressée jusqu'au terme de son emploi, fin août 2010, représentant un taux d'activité annuel moyen de 56% durant la période de septembre 2008 à août 2009. Il le priait de compléter son rapport en conséquence et de lui faire part de ses nouvelles conclusions, notamment quant à la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le 15 février 2011, le Dr M. _____ a fait parvenir à l'OAI les compléments d'expertises des Drs H. _____ et U. _____, datés respectivement des 11 et 14 février précédents, auxquels il déclarait se rallier. Le Dr H. _____ admettait qu'il n'avait pas eu connaissance de l'activité de vendeuse de l'expertisée au moment de son examen, sans pouvoir déterminer s'il s'agissait d'une omission de sa part ou d'une mauvaise compréhension avec l'intéressée, et que ses conclusions auraient été différentes s'il en avait été informé. Selon l'expert psychiatre, il existait néanmoins un faisceau d'informations suffisant, depuis 1995, pour attester la présence d'un trouble psychique chronique, soit d'un

trouble dépressif récurrent, corroborée par ses propres observations cliniques. Il confirmait dès lors le diagnostic de dépression sévère, qu'il qualifiait plutôt de trouble dépressif récurrent, épisode sévère. S'agissant de l'agoraphobie, il relevait que les éléments caractéristiques étaient davantage anamnestiques que cliniques et maintenait dès lors son point de vue. Pour le surplus, en particulier la question de savoir si l'activité de vendeuse dans un kiosque pouvait être compatible avec la phobie de l'assurée, le Dr H. _____ préconisait de soumettre l'appréciation du cas à un nouvel expert. De son côté, le Dr U. _____ considérait que l'expertise avait été réalisée correctement sur la base des éléments à disposition et que ses conclusions sur le plan somatique se vérifiaient puisque l'intéressée travaillait. Il adhérait néanmoins à la proposition de son collègue psychiatre de confier la détermination du taux d'incapacité psychique à un expert neutre.

Par lettre du 19 avril 2011, l'assurée a avisé l'OAI qu'elle avait été engagée depuis le 1^{er} avril précédent en qualité d'employée dans un kiosque à Montagny-sur-Yverdon, pour environ 10 heures mensuelles.

Conformément à la suggestion des experts de la Clinique Y. _____, approuvée par le SMR, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique au Dr B. _____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 26 août 2011, ce dernier a posé le diagnostic principal de personnalité anxieuse (évitante), présent depuis la fin de l'enfance, ainsi que celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, présent depuis 1993-1994. Le raisonnement de l'expert était le suivant:

"Trouble de la personnalité

Nous sommes en présence d'une personne de 49 ans, chez qui le développement psychoaffectif précoce n'a pas été marqué par des événements ou des conditions défavorables susceptibles d'entraver le processus normal de mise en place de la personnalité. Madame X. _____ n'a pas été une enfant battue, elle n'a pas été victime d'abus sexuels, on ne relève pas de séparations traumatiques (prématurité; placements loin du domicile familial pendant longtemps; hospitalisations longues ou répétées), ni de phénomènes de parentification (attribution de tâches, de rôles ou de responsabilités d'adulte à un âge trop précoce). L'entente au sein du couple parental est décrite comme

bonne. Le processus de socialisation s'est déroulé normalement, même si l'assurée dit avoir été une enfant plutôt renfermée. Il n'y a pas de notion de troubles du comportement et il n'y a pas eu de suivi psychologique. Il existe, néanmoins, la notion d'une possible angoisse de séparation dans l'enfance (difficultés rapportées par l'assurée à faire des choses loin de chez elle), et dans le contexte d'un bégaiement il aurait été procédé à la passation de tests projectifs. Toujours est-il qu'il n'y a pas d'éléments en faveur d'une psychose infantile (absence de notion de retrait autistique, d'incapacité à communiquer avec autrui de façon adaptée, de symptomatologie phobique aux contenus étranges, de symptomatologie obsessionnelle avec rituels divers, extensifs et très contraignants, absence de notion de troubles psychomoteurs).

Néanmoins, la mise en place de la personnalité s'est faite sur un mode pathologique. A possiblement contribué à cela, à l'âge de l'adolescence, période de bouleversements et de profonds remaniements psychiques, le décès subit du père auquel Madame X. _____ a assisté fortuitement.

Les critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité sont vérifiés. En effet, on relève des dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité ou dans le domaine interpersonnel depuis la fin de l'enfance, dysfonctionnements se manifestant dans des situations variées et qui ont été à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète par le fait que Madame X. _____ signale une souffrance psychique présente depuis l'enfance. Elle n'a pas été à même de faire une formation professionnelle correspondant à ses capacités (maturité commerciale) avec l'abandon d'un *cursus* à la faculté des lettres de l'université de Lausanne et l'abandon d'une formation à HEC en 1983. L'anamnèse dirigée de la biographie professionnelle montre que, s'il n'y a pas eu de dysfonctionnements dans le sens d'une quérulence ou d'une conflictualité, l'assurée rapporte le fait qu'elle s'est toujours isolée des autres. Il en a été ainsi lorsqu'elle s'est associée à des collègues quand elle était monitrice d'auto-école, personnes qu'elle dit avoir évité le plus possible, il en a été de même lorsqu'elle a ouvert le bar-salon de jour à Ste-Croix au mois de juillet 2005, mais encore avec les clients depuis qu'elle travaille dans un kiosque (juillet 2008). Les interactions avec autrui d'une manière générale, et au travail de manière plus particulière, sont décrites comme problématiques. Enfin, sur le plan sentimental, elle n'a pas été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme.

Plus spécifiquement, Madame X. _____ souffre d'une personnalité anxieuse [évitante], diagnostic retenu par le Docteur H. _____ dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 21 décembre 2009. En effet, Madame X. _____ fait état, depuis la fin de l'enfance, d'un sentiment envahissant et persistant d'anxiété, de tension et d'appréhension. Elle dit, de tout temps, s'être sentie socialement incompétente et inférieure aux autres. Dans les situations sociales, il ressort qu'elle a toujours été préoccupée de manière excessive par la crainte d'être rejetée ou critiquée. Cela a été à l'origine d'un rétrécissement de son mode de vie avec l'abandon d'activités sociales en dehors des membres de sa famille proche. Les critères 1, 2, 3, 5 et 6 de B. pour la présence d'une personnalité anxieuse [évitante] de la CIM-10 sont vérifiés.

Les limitations fonctionnelles en lien avec la personnalité pathologique consistent en un manque de confiance en soi, des difficultés relationnelles (tolérance réduite à l'interaction avec autrui) et un état d'anxiété permanent. Ces éléments sont à l'origine d'une incapacité de travail partielle (20%).

Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 25 juillet 1997, est mentionné le diagnostic de personnalité de structure psychotique. Il s'agit là d'une entité inconnue dans la nosographie psychiatrique actuelle (CIM, DSM). En outre, une structure de personnalité particulière n'est pas synonyme de dysfonctionnements et peut être compatible avec une adaptation sociale et professionnelle satisfaisante.

Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé les symptômes psychotiques mentionnés par la Doctoresse J._____ dans le rapport médical AI du 11 décembre 1995 (interprétation de phénomènes physiques; sensations de présience, rencontre et conversation avec des personnes décédées).

Phobie sociale

- Dans le rapport médical AI du 27 janvier 2009 de la Doctoresse J._____, a été mentionnée la présence d'une phobie sociale.

À l'anamnèse dirigée, il ressort que la crainte marquée des interactions avec autrui s'inscrit dans le cadre de la personnalité anxieuse [évitante] mais qu'il ne s'agit pas d'une phobie sociale *stricto sensu* (F40.1). En effet, Madame X._____ ne craint pas tant d'être exposée à l'éventuelle observation attentive d'autrui, mais d'être rejetée car elle se sent inférieure et socialement incompétente. Si elle fait état de palpitations et d'une moiteur des mains dans les situations sociales, il n'y a pas de tremblements et l'assurée ne rougit pas, elle n'a pas peur de vomir ni ne présente de besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle. Au vu de la non vérification des critères A. et B., le diagnostic de phobie sociale ne doit pas être retenu.

Trouble anxieux

- Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 25 juillet 2007 figure le diagnostic de trouble anxieux. Il n'est pas mentionné de code diagnostique et nous ne savons pas, plus précisément, ce à quoi il est fait allusion.

Nous estimons que Madame X._____ présente une anxiété, des préoccupations et un état de tension permanent qui sont inhérents à la personnalité morbide qu'elle présente. Le diagnostic séparé de trouble anxieux et notamment d'anxiété généralisée ne se justifie pas ici, raison pour laquelle nous nous distancions du document précité.

Trouble dépressif récurrent

- Si Madame X._____ dit avoir une impression de souffrir d'une dépression depuis le décès de son père, alors qu'elle était âgée de 16 ans, il ressort qu'une symptomatologie dépressive s'est pleinement manifestée à partir de 1993-1994 en raison d'atteintes somatiques (aux genoux), puis de la cessation de l'activité professionnelle. En effet, ce n'est qu'à partir de 1995 qu'un état anxio-dépressif a été mentionné par la Doctoresse J._____, confirmé par le Docteur P._____ dans le rapport d'expertise psychiatrique du 25 juillet 1997 (épisode dépressif d'intensité sévère). Le 15 avril 2005, la Doctoresse J._____ indiquait que Madame X._____ ne présentait plus d'état dépressif, avec une capacité de travail de 50% pour débiter, et probablement plus par la suite. Une rechute est mentionnée par ce même médecin dans le rapport médical AI du 22 décembre 2006 avec la mention d'un état anxio-dépressif sévère existant depuis le mois de mars 2006, état confirmé par la Doctoresse G._____ dans le rapport médical AI du 9 septembre 2007 (trouble dépressif récurrent sévère) entraînant une incapacité de travail totale depuis le 6 mars 2006. Ce dernier médecin mentionne une amélioration avec une incapacité de travail de 90% du 1^{er} octobre au 30 novembre 2006 et de 80% depuis le 1^{er} décembre 2006. Dans la partie psychiatrique du rapport d'expertise bidisciplinaire du 21 décembre 2009, le

Docteur H. _____ fait de nouveau état d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, entraînant une incapacité de travail totale.

Plusieurs antidépresseurs ont été prescrits (fluoxétine, Fluctine®; venlafaxine, Efexor®; sertraline, Zoloft®; citalopram; paroxétine; miansérine, Tolvon®) et un bref suivi psychiatrique a eu lieu entre le mois de mars 2006 et le mois de février 2007.

Ce qui précède signifie qu'il a existé au moins deux épisodes dépressifs distincts et que par conséquent le diagnostic de trouble dépressif récurrent doit être mentionné et non pas celui d'épisode dépressif.

Madame X. _____ estime que la dépression qu'elle présente s'est améliorée depuis qu'elle a appris comment son père était décédé, il y a de cela 4 ou 6 semaines.

Actuellement, l'humeur est moyennement déprimée avec une tristesse intermittente, la présence de pleurs lorsque le décès de son père est abordé, une légère diminution de l'élan vital, un discours négatif, mais l'absence d'abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il n'y a pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) en ce sens que la lecture, le sudoku, le fait d'aller promener son chien ou le fait de s'occuper de ses plantes constituent des activités sources de plaisir. Est présente une diminution de l'énergie, un manque de confiance en soi, une diminution de l'aptitude à penser ainsi que des troubles du sommeil (troubles de l'endormissement; réveils nocturnes). Les critères 1 et 3 de B. ainsi que les critères 1, 4 et 6 de C. pour la présence d'un épisode dépressif léger sont vérifiés. Le critère 1 de C. (perte de la confiance en soi) est discutable dans la mesure où il est également dû à la personnalité pathologique. Le critère 2 de C. (sentiments de culpabilité) n'a pas été retenu car les reproches que s'adresse Madame X. _____ n'ont pas de caractère excessif ou inapproprié. Il n'y a pas d'éléments suffisants pour la présence d'un syndrome somatique (absence d'anhédonie; absence de manque de réactivité émotionnelle; absence de réveil matinal précoce ni de pôle dépressif matinal; absence de ralentissement ou d'agitation psychomoteurs; absence de perte marquée d'appétit ni d'une perte d'au moins 5% du poids corporel au cours du dernier mois).

Parmi les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser, perte de la confiance en soi), il existe une diminution de l'énergie. Celle-ci est cependant réduite avec, à l'observation clinique directe, une baisse de l'élan vital qui n'est que légère. Cet aspect a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien, avec la présence de journées structurées et la persistance d'activités pendant la journée (sorties du chien trois fois par jour, soins corporels, activité professionnelle, tâches ménagères). Il n'y a pas d'aboulie (perte de la volonté) en ce sens que Madame X. _____, par exemple, a refait des remplacements au mois d'août 2010 parce que ses anciens collègues de travail étaient en difficulté et bien qu'elle n'aimait pas travailler à cet endroit. Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques), ni moteur. S'il n'y a pas, dans l'immédiat, de diminution de l'aptitude à penser dans le sens de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, il existe par contre une fatigabilité cognitive avec, après 1 heure 45 d'entretien, c'est-à-dire d'effort intellectuel soutenu, l'apparition d'hésitations ainsi que d'un temps de latence accru des réponses aux questions. Cet aspect est également consécutif à l'angoisse que présente l'assurée. Enfin, le manque de confiance en soi influence négativement la capacité de travail.

Ce qui précède signifie que l'intensité de certains éléments-clé de la dépression est insuffisamment prononcée pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail, même partielle.

Agoraphobie

- Dans le rapport d'expertise rhumatologie et psychiatrique du 21 décembre 2009, figure le diagnostic d'agoraphobie. L'agoraphobie est une crainte ou un évitement net des foules, des endroits publics, des déplacements sans être accompagnée ou des déplacements en dehors du domicile.

Madame X. _____ se déplace seule à l'extérieur et si parfois elle est accompagnée, cela est pour éviter de rencontrer des personnes qui viendraient discuter avec elle alors qu'elle n'en a pas envie. En outre, le kiosque dans lequel elle travaille se trouve à l'intérieur d'un centre commercial.

Au vu de ce qui précède, et plus particulièrement la non vérification du critère A., le diagnostic d'agoraphobie ne doit pas être retenu et nous nous écartons du document précité.

Pronostic, capacité de travail

- Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la présence d'une double pathologie, par l'aspect récurrent de la dépression (50% des sujets qui ont souffert d'un épisode rechuteront; 70% des personnes qui ont présenté deux épisodes en feront un troisième; 90% des personnes qui ont souffert de trois épisodes de dépression en feront un quatrième), ainsi que par l'absence de suivi psychiatrique. Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), par l'étayage familial relativement préservé ainsi que par l'évolution positive de la symptomatologie dépressive, quoique récente. Globalement, le pronostic doit être qualifié d'incertain.

Les limitations fonctionnelles sont constituées par le manque de confiance en soi (degré moyen), les difficultés relationnelles (tolérance réduite à l'interaction avec autrui) modérées, l'anxiété (degré moyen) ainsi que la fatigabilité cognitive (modérée). Ces limitations fonctionnelles sont à l'origine d'une incapacité de travail de 20%. En effet, il ressort qu'entre le mois de septembre 2008 et le mois d'août 2009, le taux d'activité a été de 56% comme vendeuse dans un kiosque. Si l'assurée dit avoir donné sa démission parce qu'elle se sentait mal psychologiquement, elle a néanmoins repris le même type de travail et pour lequel elle reste évasive quant au taux d'activité réel.

Nous estimons qu'une pleine capacité de travail est susceptible d'être récupérée si Madame X. _____ se soumet à un traitement *lege artis* (psychiatrique, psychothérapeutique, biologique psychotrope). Si elle choisissait un travail où elle serait moins livrée à l'interaction avec autrui et aux horaires réguliers (travail de classement, par exemple), la capacité de travail serait de 100% et cela depuis le 15 juillet 2011. Dans une activité adaptée toujours, l'aptitude au travail a été de 80% du mois de juillet 2008 à la mi-juillet 2011.

Pour la période passée, et plus particulièrement de la reprise d'une activité professionnelle au mois de juillet 2008 (kiosque), la Doctoresse J. _____ ne mentionne qu'un état anxio-dépressif, c'est-à-dire le deuxième épisode existant depuis 2006, cela sans le grader ni en décrire les signes et symptômes constitutifs. Par contre, le status psychiatrique qui figure dans la partie psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire du 21 décembre 2009 est compatible avec un épisode dépressif actuel de degré sévère. Un épisode dépressif sévère

n'est pas incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle, cela étant corroboré par le fait qu'à cette époque Madame X. _____ travaillait. Le fait que l'assurée mentionne une amélioration depuis 4 à 6 semaines sur le plan de la dépression, a tendance à confirmer ce que nous avons mentionné ci-dessus, à savoir la possibilité de la récupération d'une capacité de travail supplémentaire. Il est clair que Madame X. _____ possède des ressources. Ainsi, en 2003 alors que la capacité de travail attestée était déclarée nulle, elle a fait la patente de cafetier-restaurateur, ce qui suppose la présence de ressources psychiques non négligeables.

Une capacité de travail de 60% a existé entre le mois de juillet 2008 et la mi-juillet 2011. L'aptitude actuelle (capacité de travail de 80%) doit être datée depuis le 15 juillet 2011 en raison de l'amélioration de la dépression depuis cette date.

Conclusions

- Il s'agit d'une assurée qui souffre d'une personnalité anxieuse [évitante] qui est, dans l'immédiat, à l'origine d'une incapacité de travail de 20%. Le trouble dépressif récurrent est actuellement léger et non incapacitant. Les diagnostics d'agoraphobie et de phobie sociale ne doivent pas être retenus. Dans l'activité de vendeuse-gérante de kiosque, l'incapacité de travail a été de 40% du mois de juillet 2008 à la mi-juillet 2001 [recte: 2011] et de 20% depuis lors; elle est susceptible d'amélioration avec un suivi psychiatrique, psychothérapeutique et biologique psychotrope. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% dans l'immédiat, et cela depuis le 15 juillet 2011; du mois de juillet 2008 à la mi-juillet 2011, elle a été de 80%".

Appelés à se prononcer sur l'appréciation du Dr B. _____, les Drs S. _____ et T. _____ du SMR ont considéré, dans un avis médical du 5 septembre 2011, que le rapport d'expertise psychiatrique du 26 août 2011 était complet et convaincant, de sorte qu'il n'y avait pas matière à s'en écarter. Sur le plan somatique, les médecins du SMR estimaient que les conclusions de l'expertise de la Clinique Y. _____ de 2009 étaient toujours valables, si bien qu'il y avait lieu de retenir que l'assurée présentait une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses problèmes de genoux, sans long déplacement ni port de charges et permettant l'alternance des positions assise et debout.

Répondant à l'OAI, Z. _____ SA lui a indiqué, le 20 septembre 2011, que le salaire horaire de l'assurée était de 19 fr. 10 en 2009 et 2010, et qu'il aurait été augmenté à 19 fr. 30 dès le 1^{er} janvier 2011, indemnités de vacances en sus.

L'extrait du compte individuel de l'assurée que l'OAI s'est fait remettre en date du 22 septembre 2011 faisait état d'un revenu annuel total de 14'558 fr. pour l'année 2010.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a rendu, le 2 novembre 2011, un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité rétroactivement au 30 septembre 2008, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée. Dit projet était essentiellement motivé par le fait que l'intéressée n'avait pas tenu informé l'office de l'évolution de sa situation professionnelle et que sa capacité de travail exigible reconnue médicalement était de 80% depuis juillet 2008 dans sa profession habituelle de vendeuse-gérante, respectivement de 100% dès la mi-juillet 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que le degré d'invalidité permettant l'ouverture du droit à la rente, par 40%, n'était pas atteint.

L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier de son conseil du 5 décembre 2011. Elle remettait en cause le bien-fondé des deux rapports d'expertise des médecins de la Clinique Y._____ et du Dr B._____, considérant que le premier minimisait à l'excès ses problèmes de genoux et que le second était contradictoire, en ce sens qu'il concluait à une capacité de travail à peine diminuée malgré un pronostic incertain. Elle sollicitait en conséquence la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Après avoir réexaminé les rapports d'expertise en cause, les Drs [...] et T._____ du SMR ont estimé, dans un avis médical du 19 décembre 2011, que l'appréciation psychiatrique de l'expert B._____ l'emportait sur celle de la Clinique Y._____. Selon eux, le fait que le pronostic ait été qualifié d'incertain permettait de mieux comprendre qu'une rechute était possible chez une personne ayant déjà fait l'objet d'un épisode dépressif, mais ne constituait pas un facteur de diminution de la capacité de travail, ce d'autant moins que l'assurée avait pu, nonobstant un tel épisode jugé sévère par le Dr H._____ en 2009, travailler à 56% sur une année. Quant au grief relatif à la minimisation de la pathologie des genoux, les médecins du SMR l'écartaient dans la

mesure où les experts avaient admis les atteintes dégénératives et décrit des limitations fonctionnelles claires qui, ici encore, n'avaient pas empêché l'intéressée de travailler en position debout prolongée avec "piétinement" dans un kiosque au taux précité. Ils concluaient que l'assurée n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier leur position.

Par décision du 12 janvier 2012, l'OAI a confirmé intégralement son projet du 2 novembre 2011.

E. X._____ a recouru contre cette décision par acte de son conseil du 16 février 2012, en concluant à sa réforme en ce sens que le droit à la rente est maintenu. Elle attire l'attention du tribunal sur les conclusions diamétralement opposées des experts de la Clinique Y._____, qui retiennent une incapacité de travail totale pour raison psychique, et de l'expert B._____, qui reconnaît une pleine capacité de travail exigible à compter de la mi-juillet 2011. Elle fait grief à ce dernier d'avoir forgé son opinion sur la simple supposition que son état de santé s'améliorerait par le biais d'un traitement et d'entrer en contradiction avec les autres éléments au dossier. Elle considère que l'OAI aurait dû ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neutre, ce qu'elle requiert à titre de mesure d'instruction, et que la rétroactivité de la suppression de rente ne se justifie pas. Elle sollicite enfin le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 3 avril 2012, l'OAI conclut implicitement au rejet du recours. Il insiste sur le fait que le rapport d'expertise de la Clinique Y._____ a été établi sur la base d'une anamnèse tronquée, soit en méconnaissance de la reprise d'activité professionnelle de la recourante, raison pour laquelle il y a lieu de privilégier les conclusions de l'expertise du Dr B._____. Il rappelle que la proposition thérapeutique émise par ce dernier ne vise qu'à améliorer la capacité de travail dans la profession habituelle de vendeuse-gérante, mais non pas dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, pour laquelle une pleine capacité de travail exigible est de toute manière reconnue. Il considère en outre

que la suppression rétroactive est légitimée par la violation, par la recourante, de son obligation de renseigner l'office sur l'évolution de sa situation économique.

Dans ses déterminations du 29 mai 2012, la recourante maintient ses conclusions. Elle insiste sur l'utilité d'une nouvelle expertise, faisant valoir que, selon ses médecins traitants, elle ne serait pas en mesure de travailler à plus de 30 pour cent. Elle conteste avoir dissimulé à l'OAI sa reprise d'activité, qu'elle avait d'ailleurs annoncée à la CCVD.

Par décision du 6 mars 2012, le Juge instructeur de l'autorité de céans a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par ordonnance du 2 octobre 2013, ce même magistrat a rejeté la requête d'administration d'une expertise judiciaire de la recourante sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier, la cause paraissant suffisamment instruite.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

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

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 (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur la suppression, par la voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité rétroactivement au 30 septembre 2008. Singulièrement, il y a lieu d'examiner si la capacité de gain de l'intéressée a augmenté dans une mesure justifiant la suppression de cette prestation depuis la décision initiale du 22 décembre 1997 (les communications par lesquelles l'intimé a indiqué à l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de cette prestation n'étant pas pertinentes pour la base de comparaison déterminante dans le temps; cf. ATF 133 V 108).

3. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (respectivement l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), 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% au moins.

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

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.2).

b) Aux termes de 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

Selon l'art. 88bis al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), la diminution ou la suppression de la rente d'invalidité prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), voire rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

L'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation (art. 31 al. 1 LPGA). Cette obligation est rappelée à l'art. 77 RAI, lequel précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif;

d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (TF 9C_75/2011 du 22 août 2011 consid. 4 et l'arrêt cité).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1).

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 (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la

cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

4. a) Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse retient que la recourante présente une capacité de travail exigible de 80% dans la profession de vendeuse-gérante depuis le mois de juillet 2008 et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis la mi-juillet 2011. Cette décision se fonde essentiellement sur les deux rapports d'expertise de la Clinique Y._____ du 21 décembre 2009, complété en février 2011, et du Dr B._____ du 26 août 2011.

L'OAI considère que l'appréciation psychiatrique du Dr B._____ doit être préférée à celle des médecins de la Clinique Y._____, dans la mesure où ces derniers n'avaient pas connaissance à l'époque de l'activité lucrative exercée par la recourante. Il estime néanmoins que les conclusions des experts de la Clinique Y._____ conservent leur validité sur le plan somatique et retient ainsi que l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré au point de justifier une suppression de la rente d'invalidité servie depuis le 1^{er} mars 1995.

La recourante soutient au contraire que l'office intimé aurait dû ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et affirme ne pas être à même de travailler à plus de 30 pour cent.

b) Sur le plan psychiatrique, force est d'admettre, avec l'OAI, que la valeur probante de l'expertise de la Clinique Y._____ est compromise puisqu'il est apparu, au cours de l'instruction administrative, que les experts ignoraient, au moment de leur examen, que la recourante avait repris une activité de vendeuse dans un kiosque depuis le 10 juillet

2008, à un taux moyen de 56 pour cent. Cette problématique a été relevée à juste titre par le SMR dans son avis du 25 février 2010. Interpellé à cet égard, l'expert psychiatre H._____ a lui-même reconnu, dans son complément d'expertise du 11 février 2011, que ses conclusions auraient été différentes s'il avait su que sa patiente travaillait en réalité à mi-temps et préconisé de faire appel à un nouvel expert. Dans ces circonstances, il est indéniable que l'évaluation psychiatrique de la Clinique Y._____ n'a pas été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et qu'il s'agit là d'un élément objectivement vérifiable et suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions (cf. supra, consid. 3c).

Contrairement à ce que soutient la recourante, tel n'est pas le cas de l'expertise du Dr B._____, laquelle a été réalisée en toute connaissance de cause, sur la base d'une analyse soignée et complète de l'anamnèse professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique de l'intéressée, que cette dernière ne remet d'ailleurs pas en question. En outre, le rapport du 26 août 2011 relate de façon détaillée le passé médical de l'expertisée, sa médication actuelle et ses plaintes subjectives. L'expert psychiatre procède ensuite à une discussion approfondie du cas de l'assurée, dans laquelle il examine systématiquement les différents diagnostics soulevés précédemment avant d'émettre sa propre appréciation personnelle, qu'il motive de manière claire et pertinente. En particulier, l'expert expose de façon convaincante les raisons qui l'amènent à retenir la présence d'un trouble de la personnalité chez la recourante et un impact limité sur la capacité de travail dans la profession habituelle de vendeuse-gérante de kiosque. De même, il explique les motifs pour lesquels il écarte tout autre diagnostic invalidant et conclut à une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

Il est vain d'arguer, comme le fait la recourante, que cette appréciation serait contraire à l'ensemble des autres avis médicaux au dossier. Une capacité de travail avait en effet déjà été reconnue par les différents médecins consultés depuis 2005, à des degrés d'exigibilité variant entre 50 et 80 pour cent. Que la Dresse J._____ ait ensuite

attesté, en janvier 2009, une incapacité de travail totale dans toute activité est sans incidence, puisque l'assurée travaillait alors déjà à plus de 40% depuis plus de quatre mois. Ce même médecin avait d'ailleurs estimé, dans son rapport précédent, que la capacité de travail de sa patiente pouvait être améliorée par une prise en charge thérapeutique, ce qui s'est avéré pendant le court suivi chez la Dresse G._____. Au demeurant, la recourante ne produit aucune autre pièce médicale qui attesterait, comme elle l'affirme, que sa capacité de travail ne serait pas supérieure à 30 pour cent.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'éloigner des conclusions du rapport d'expertise du Dr B._____, qui revêt toutes les qualités requises par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3c). Toutefois, contrairement à ce que retient l'intimé dans sa décision litigieuse, la capacité de travail attestée par l'expert - au regard des seules atteintes à la santé psychique constatées - est de 60% dans l'activité habituelle de vendeuse-gérante, pour la période de juillet 2008 à la mi-juillet 2011, et de 80% depuis lors. Dans une activité adaptée, avec un horaire de travail régulier et n'impliquant que peu d'interaction avec autrui, la capacité de travail était de 80% de juillet 2008 à mi-juillet 2011, puis de 100 pour cent.

c) D'un point de vue somatique, l'OAI considère que les conclusions des médecins de la Clinique Y._____ conservent leur validité. Ce point de vue peut être confirmé dans la mesure où l'appréciation rhumatologique du Dr U._____ repose essentiellement sur les antécédents médicaux de la recourante, les examens cliniques effectués le 9 novembre 2009 par l'expert M._____ et les documents d'imagerie. Ces médecins ont donc tenu compte des multiples interventions chirurgicales subies par l'expertisée, pour en conclure que les séquelles pourraient être atténuées par l'exercice d'une activité sédentaire, de type administratif par exemple. Cette conclusion est corroborée par les observations faites en ateliers professionnels, lesquelles ont permis de constater qu'aucun facteur lésionnel ne contre-indiquait une reprise d'activité professionnelle, ainsi que par la recourante

elle-même, qui a su démontrer qu'elle était parfaitement capable de travailler entre 19 et 135 heures mensuelles dans un kiosque pendant deux ans. Le fait qu'elle ait ensuite recherché et retrouvé un nouvel emploi similaire en avril 2011 va d'ailleurs dans le même sens.

On ne saurait dès lors faire grief à l'office intimé d'avoir suivi l'opinion des experts de la Clinique Y. _____ en retenant une capacité de travail pleinement exigible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles physiques de l'intéressée, soit permettant l'alternance des positions assise et debout, sans long déplacement ni port de charges.

d) Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a considéré que l'état de santé de la recourante s'était modifié depuis la décision d'octroi de rente du 22 décembre 1997 dans une mesure justifiant la révision de cette prestation (cf. supra, consid. 3b).

Le dossier médical étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sur ce point, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que requise par la recourante à titre de mesure d'instruction supplémentaire, ne se justifie pas.

e) aa) Cela étant, l'intimé ne pouvait pas supprimer la rente avec effet rétroactif au 30 septembre 2008, compte tenu de la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée, sans procéder à une comparaison des revenus (cf. supra, consid. 3a) pour établir l'évolution du taux d'invalidité de la recourante. A défaut, il a failli à son devoir d'instruire la cause d'office (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Pour ce motif, le dossier lui sera retourné pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

bb) Dans ce contexte, on observera que selon les résultats de la comparaison des revenus à effectuer, une modification du droit aux prestations avec effet rétroactif au 30 septembre 2008, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé attestée par les experts, est

envisageable, contrairement à ce que soutient la recourante. En effet, alors même qu'elle avait été dûment avisée, le 28 août 2003, de son obligation de signaler à l'office tout changement dans sa situation économique et des conséquences qui en découlaient, la recourante n'a pas pris la peine d'annoncer à l'OAI la formation de restauratrice qu'elle était justement en train d'entreprendre. Ce n'est qu'à la lecture du rapport du Dr L. _____ du 14 juin 2005 et après avoir interpellé l'assurée à ce sujet que l'OAI en a finalement eu connaissance puis a appris que l'intéressée avait ouvert son propre établissement durant l'été 2005. Pareillement, quoique l'attention de cette dernière ait été attirée une nouvelle fois sur son obligation d'informer l'office en date du 23 juin 2005, suite aux événements précités, ce n'est qu'après s'être fait produire un extrait du compte individuel de l'assurée en octobre 2009, puis les décomptes des heures payées par l'employeur que l'intimé a découvert qu'elle travaillait comme vendeuse dans un kiosque depuis l'été 2008 à plus de 50 pour cent. En omettant de porter ces éléments à la connaissance de l'office intimé, la recourante a donc violé l'obligation d'informer qui lui incombait, à tout le moins par négligence (cf. supra, consid. 3b).

L'argument de la recourante selon lequel elle avait avisé la CCVD de sa reprise d'activité ne lui est pas d'un grand secours. Il tend bien plutôt à démontrer que l'assurée était consciente du fait que ces événements pouvaient avoir une influence sur ses prestations sociales et que rien ne l'empêchait d'en avertir l'office intimé au même titre que les autres assureurs sociaux impliqués.

5. a) En définitive, le recours doit être admis en ce sens que la cause est retournée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants (en particulier consid. 4b in fine et 4e)aa)).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice. 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. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 3'800 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant couvre intégralement l'indemnité due à Me Paul-Arthur Treyvaud pour l'assistance judiciaire, de sorte que cette question devient sans objet.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 12 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- 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 X. _____ une indemnité de 3'800 fr. (trois mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurance 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 :