

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Q. _____, à [...],

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 88a et 88bis RAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé dans le domaine de la restauration et en qualité d'ouvrière dans une fabrique de cigarettes. Elle a en outre ouvert un magasin de traiteur qui a fait faillite en raison de conflits familiaux. Elle est divorcée depuis le 16 décembre 2006.

Le 10 juillet 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a fait état d'une dépression et de douleurs musculaires existant depuis environ deux ans et demi.

Dans un rapport du 8 septembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr E. _____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble anxio-dépressif sévère avec symptômes psychotiques et retrait social. Il a considéré qu'il convenait également d'évaluer l'existence d'un trouble de la personnalité. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le mois de mai 2006, qu'il a estimé probablement définitive. Il a joint à son rapport un courrier du 21 décembre 2007, que lui avait adressé le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr S. _____ avait indiqué que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec des symptômes psychotiques, et qu'un éventuel trouble de la personnalité sous-jacent était difficilement évaluable.

Le 25 novembre 2008, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé une expertise psychiatrique dans le but de préciser le diagnostic, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité.

Par communication du 5 janvier 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait mandaté R. _____, Centre d'Expertise Médicale (ci-après :

R. _____) dans le but d'effectuer une expertise afin de clarifier son droit aux prestations.

Cette expertise a été effectuée le 13 février 2009 et, dans le rapport y relatif du 31 mars 2009, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu que l'assurée était en incapacité de travail totale pour un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques évoluant depuis l'année 2005, avec une compliance médicamenteuse fluctuante et sans suivi psychiatrique depuis le mois de mars 2008. Sur ce point, le Dr C. _____ a préconisé la mise en place d'un suivi psychiatrique intensif avec une vérification de la compliance médicamenteuse et une nouvelle évaluation dans un délai de six mois. Il a précisé que le pronostic restait toutefois peu favorable, vu que les symptômes psychotiques laissaient suspecter une fragilité psychique importante et une faible capacité d'adaptation. Il a en outre observé que le contexte de vie familiale n'était pas stable et que l'isolement social était important. Il a conclu que l'incapacité de travail de l'assurée découlait de la sévérité des signes dépressifs, des troubles cognitifs, du ralentissement et de l'inactivité.

Le 5 mai 2009, le Dr G. _____ a estimé qu'un suivi auprès d'un médecin psychiatre avec un contrôle de la compliance médicamenteuse tous les deux mois par dosage sérique des médicaments prescrits était médicalement exigible et susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assurée, soit sa capacité de travail. Il a dès lors recommandé une révision dans un délai de neuf mois après la notification de la décision de l'OAI.

Le 12 novembre 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer le droit à une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1^{er} juillet 2007.

Dans un courrier du 12 février 2010 adressé au Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

a indiqué qu'il avait suivi l'assurée du 15 octobre 2009 au 11 novembre 2009 pour un état dépressif sévère accompagné d'une angoisse omniprésente, laquelle s'était installée dans une situation contextuelle précaire. Il a précisé qu'il avait revu l'assurée le 8 février 2010 afin de vérifier l'évolution de sa situation et qu'il avait pu observer qu'elle allait mieux qu'en automne 2009, dans la mesure où elle était davantage stabilisée, moins déprimée et moins anxieuse. Il a néanmoins constaté qu'elle restait très repliée sur elle-même avec la même difficulté à accepter un suivi psychiatrique et psychothérapeute intégré régulier.

Par rapport du 30 août 2010 adressé à l'OAI, le Dr E. _____ a rappelé les diagnostics de trouble anxio-dépressif avec éléments psychotiques et trouble de la personnalité probable. Il a ajouté que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux, qu'elle souffrait d'asthme et d'un acrosyndrome vasculaire. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % définitive.

Par décision du 8 novembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 novembre 2009.

Dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente, le D. _____ a adressé son rapport à l'OAI le 14 janvier 2011. Ce médecin a expliqué que l'assurée était en incapacité de travail totale pour un trouble dépressif récurrent avec des caractéristiques psychotiques congruentes et incongruentes à l'humeur, lesquelles faisaient poser le diagnostic différentiel d'un trouble schizo-affectif versus trouble dépressif persistant. Il a ajouté qu'il suivait l'assurée depuis le 15 octobre 2009.

Par communication du 19 janvier 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier du droit à la rente entière. Il a attiré son attention sur le fait que toute modification de sa situation personnelle ou économique pouvant se répercuter sur le droit aux prestations devait être immédiatement annoncée et qu'à défaut, les prestations pouvaient être réduites, refusées ou exigées en retour.

Le 11 juin 2013, le service de lutte contre la fraude à l'assurance (ci-après : service LFA) de l'OAI a rapporté que diverses informations en sa possession laissaient penser que l'assurée pouvait avoir retrouvé une capacité de travail. Le service LFA a dès lors recommandé de procéder à une révision de la situation de l'assurée.

En réponse au questionnaire de révision de rente de l'OAI, l'assurée a indiqué le 2 septembre 2013, que son état de santé était stationnaire. Elle a en outre précisé qu'elle avait repris une activité accessoire en tant qu'aide dans un tea-room, sans horaires fixes (« seulement en dépannage »).

Par rapport du 28 octobre 2013 adressé à l'OAI, le Dr E. _____ a retenu qu'aucune capacité de travail de la part de l'assurée n'était exigible.

Invitée à produire un contrat de travail, l'assurée a répondu à l'OAI par courrier non daté et reçu le 30 octobre 2013, qu'elle ne travaillait pas, « parfois de façon bénévole pour me changer les idées. J'aide mon frère dans sa cafétéria ».

Par correspondance non datée et reçue le 27 novembre 2013, l'assurée a expliqué à l'OAI qu'elle travaillait en qualité de serveuse (« boissons seulement ») trois heures environ par jour à titre gratuit auprès de l'établissement T. _____, à [...].

Lors d'un entretien du 16 décembre 2013 entre l'assurée et l'OAI, il est notamment ressorti des propos de l'assurée, qu'elle avait acquis avec son époux et son frère le bar à café T. _____ et que son état de santé s'était stabilisé, voire même légèrement amélioré.

Dans un document de synthèse du 14 janvier 2014, le service LFA a exposé ce qui suit :

« Assurée de [...] ans, bénéficiaire d'une rente entière depuis 07.2007 pour un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Des éléments en notre possession laissent penser que Mme H. _____ aurait retrouvé une capacité de travail et la mettrait à profit dans un établissement public [...].

Les recherches, contrôles et autres vérifications effectués, entre mai 2012 et novembre 2013, nous ont permis de corroborer les faits susmentionnés. En effet, Mme H. _____ mène une activité dans le bar café « T. _____ » sis à [...]. Nous résumons le tout de la manière suivante :

- Nous pouvons clairement scinder nos constats en **3 parties**, soit :

- o **1) de mai à début juillet 2012**, notre assurée, une jeune femme et un jeune homme sont vus travailler, à tour de rôle, dans l'établissement en question.
- o **2) de mi-juillet 2012 à avril 2013** - la période de fermeture de l'établissement sur ordre de police du commerce pour non-respect des normes (terrasse) selon le communiqué placardé sur la porte d'entrée.
- o **3) dès avril 2013 jusqu'en novembre 2013**, nous relevons la présence quasi constante de notre assurée, de la jeune femme susmentionnée, fréquemment accompagnée d'une 3^e dame. L'homme, en l'occurrence le fils [...], n'est plus revu dans cet établissement pour le service.

Depuis le 25 novembre 2013, nous relevons la présence d'une autre serveuse, jamais repérée par le passé. Notons que la présence de cette nouvelle employée coïncide avec le passage dans nos locaux (15.11.2013) de M. [...], ex-époux, mais actuellement concubin de notre assurée.

Activité de Mme H. _____ :

- Lors de nos **49 passages**, Mme H. _____ est vue œuvrer à **36 reprises** dans le commerce en question. Là aussi, nous pouvons scinder nos constats en **3 parties** soit :

- o **1) la partie avant la fermeture de l'établissement : de mai à début juillet 2012 - 5 contrôles effectués - assurée vue à 2 reprises :** l'intéressée a été remarquée durant 2 matinées. Il est à noter qu'à chaque fois, elle était seule au service.
- o **2) la fermeture de l'établissement (début/mi-juillet 2012 à mars 2013 - 9 passages).**
- o **3) dès la réouverture de l'établissement :**
 - Période 1 : d'avril à fin août 2013 - 25 contrôles effectués - assurée vue à 24 reprises - la demi-journée : l'intéressée œuvre seule, principalement le matin et ce jusque vers 14h00 env.
 - Période 2 : de septembre à novembre 2013 - 10 contrôles effectués - assurée vue à 10 reprises - journée entière : excepté lors d'un contrôle (demi-

journée), l'intéressée assure l'ensemble de la journée, seule au service lors de nos passages.

Enfin, nous tenons à préciser que Mme H. _____ a été vue œuvrer avec un certain entrain, bonhomie, avec très fréquemment un sourire radieux tout en prenant également le temps de parler, fumer une cigarette ou même consommer (café ou autre) avec sa clientèle. Cette dernière est, selon notre analyse et en regard à la grandeur de l'établissement (18 places assises selon l'assurée), à qualifier de faible à moyenne pour un bar café. Nous avons constaté la présence quasi permanente de 1 à 2 clients en moyenne avec des pointes à 5/10 par moment, voire plus lorsque la terrasse était ouverte.

Conclusion :

Nous pouvons certifier que Mme H. _____ a travaillé seule, quasi en permanence, dans ce commerce lors de nos vérifications effectuées de manière aléatoire entre mai 2012 et novembre 2013. En effet, si l'on ôte les 9 contrôles faits durant ladite fermeture, l'intéressée a été vue œuvrer à 36 reprises sur 40 contrôles, soit à la demi-journée ou la journée entière. Comme décrit ci-dessus, elle n'a jamais démontré de signe probant d'un état de santé précaire et a, selon nos constatations, été totalement à même de gérer seule le bon fonctionnement d'un établissement public. »

Le 3 février 2014, les Drs K. _____ et P. _____, médecins au SMR, ont recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dans le but de réévaluer la capacité de travail de l'assurée.

Mandaté par l'OAI, le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport d'expertise le 15 septembre 2014, aux termes duquel il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1). Il a qualifié l'épisode dépressif de moyen ou modéré conformément aux réquisits de la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), tout en précisant qu'on était à la limite inférieure de ce degré de gravité, si les plaintes de l'assurée étaient soumises à une analyse critique et confrontées aux constatations objectives. Il a relevé que son appréciation diagnostique rejoignait celles des médecins qu'il pouvait trouver au dossier, tout en retenant que l'épisode dépressif était désormais moyen, et qu'il n'y avait plus de symptômes psychotiques. Il a observé des traits de personnalité pathologiques mais qui n'étaient pas suffisamment marqués pour rejoindre le seuil diagnostique d'un trouble de la personnalité spécifique. Il a exposé que les atteintes constatées entraînaient un manque de flexibilité et de capacités adaptatives ;

l'assurée pouvant avoir des problèmes pour prendre des décisions, émettre un jugement, clarifier et structurer ses tâches. Il a considéré qu'elle était apte à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle du type de celles qu'elle avait exercées. Il a estimé la capacité de travail de 70 % remontant plausiblement au début des années 2010, mais au moins depuis le mois de mai 2012 selon la vraisemblance prépondérante.

Par avis du 29 octobre 2014, le Dr P. _____ a retenu, sur la base de l'expertise du 15 septembre 2014 du Dr Z. _____, que l'assurée présentait une amélioration objective de son état de santé psychique, laquelle permettait l'exercice d'une activité professionnelle au taux de 70 % depuis le 1^{er} mai 2012.

De la communication du service LFA du 19 novembre 2014, on extrait ce qui suit :

« Assurée de [...] ans, bénéficiaire d'une rente entière depuis juillet 2007 pour un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Courant 2012, divers éléments en notre possession font état que Mme H. _____ pourrait avoir repris une activité dans un établissement public, plus précisément dans un bar à café. Nos premières investigations confirment ces allégations.

Une révision d'office est lancée de manière prématurée (septembre 2013) suite à nos constats de reprise d'activité de l'intéressée. Dans son questionnaire de révision, Mme H. _____ n'a pas confirmé les faits précités (cf. Quest. de révision d'office du 02.09.2013). Nous avons donc poursuivi nos contrôles et les résultats sont relatés dans une communication (cf. Synthèse du 14.01.2014). Par la suite, nous avons donc rencontré notre assurée afin d'établir son réel quotidien. Elle a alors minimisé son activité par des propos quelque peu nébuleux en regard à nos constats (cf. Note d'entretien du 16.12.2013).

La présente situation est présentée au Service SMR lequel recommande la mise en place d'une expertise psychiatrique (cf. Avis SMR du 03.02.2014). Cette mesure médicale est effectuée par le Dr Z. _____ lequel a rendu un rapport circonstancié (cf. Expertise PSY du 15.09.2014). De ce document, il ressort que Mme H. _____ détient un 70 % de capacité de travail dans l'activité menée actuellement, et ce à partir de mai 2012. Ces faits sont ensuite confirmés par le SMR (cf. Avis SMR du 29.10.2014).

Cette situation a fait l'objet d'une discussion avec notre juriste du Service. De celle-ci, il ressort que **les éléments en notre possession, analysés au travers d'une approche médico-**

théorique, font état que le droit à une prestation AI pour Mme H. _____ n'est plus justifié, ceci depuis mai 2012. Nous relevons également une violation du devoir de renseigner.

En regard à ce qui précède, nous vous laissons le soin de poursuivre la présente instruction en y donnant les suites utiles soit une suspension de versement de la rente suivie d'une suppression avec demande de restitution rétroactive à la date indiquée ci-dessus (mai 2012). »

Par décision du 24 novembre 2014, l'OAI a suspendu le versement de la rente d'invalidité avec effet immédiat. Il a expliqué qu'à la suite d'une série de contrôles mis en place dès le mois de mai 2012, l'assurée exerçait une activité en qualité de serveuse auprès d'un bar à café, le T. _____, sis à [...]. L'OAI a précisé que lors de l'entretien du 16 décembre 2013, l'assurée avait admis mener l'exploitation du bar à café en question et y travailler sans se verser de salaire. Il a dès lors considéré que le droit à la rente pouvait être remis en question et que l'assurée avait failli à son obligation de renseigner en ne l'informant pas de cette reprise d'activité, de sorte qu'il suspendait le versement de la rente avec effet immédiat.

Le 9 décembre 2014, l'assurée a formulé ses objections quant à la décision de suspension du versement de la rente du 24 novembre 2014. Elle a précisé qu'elle adresserait ultérieurement une évaluation psychiatrique de sa situation, établie par son nouveau psychiatre traitant.

Le 13 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait supprimer son droit à la rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2012. A ce titre, il a expliqué que l'assurée avait failli à son obligation de renseigner en ne l'informant pas qu'elle exploitait un bar à café, dans lequel elle travaillait sans se verser de salaire. Il a précisé que l'expertise psychiatrique réalisée au mois de septembre 2014 démontrait que son état de santé s'était amélioré et que dès le mois de mai 2012, une capacité de travail de 70 % pouvait être attendue d'elle. Il a ajouté que son degré d'invalidité était en conséquence inférieur à 40 % et que le droit à la rente n'était donc plus ouvert. Les prestations devant en conséquence être supprimées avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2012.

Par courrier du 14 janvier 2015, l'OAI a répondu à l'assurée en l'invitant à adresser au Tribunal cantonal sa contestation du 9 décembre 2014.

Afin de contester le projet de l'OAI du 13 janvier 2015, l'assurée a demandé un entretien, auquel elle a été convoquée le 30 janvier suivant. Il est notamment ressorti du procès-verbal d'audition y relatif, que l'assurée avait entrepris l'exploitation de l'établissement T._____ dans le but de suivre les conseils de son médecin - lequel lui aurait conseillé de voir du monde et de se changer les idées - mais que son état de santé ne s'était pas amélioré. Toutefois, à la suite de la fermeture de l'établissement, l'assurée a expliqué que sa famille et elle-même avaient remis le bar à café. L'OAI a clos l'entretien en indiquant que sa décision était fondée tant sur ses observations que sur l'expertise du mois de septembre 2014 et que les éléments apportés par l'assurée ne permettaient pas de modifier sa position.

Par décision du 12 mars 2015, l'OAI a confirmé son projet du 13 janvier 2015. Il a indiqué en outre que le non-respect de l'obligation de renseigner portait sur la période allant du 1^{er} mai 2012 au 30 novembre 2014 et que les prestations indûment perçues, pour un montant de 43'428 fr., devaient être restituées. A cet égard, il a précisé que l'assurée recevrait une décision séparée et qu'un recours à l'encontre de cette décision n'aurait pas d'effet suspensif.

Par rapport du 26 mars 2015, les Drs M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, médecin assistant, du Centre de psychiatrie et psychothérapie L._____, ont attesté une incapacité de travail de 100 %. Ces médecins ont retenus que l'assurée se trouvait dans une situation psychosociale précaire et qu'elle présentait des symptômes dépressifs sévères. Ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent persistant, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de certains traits de personnalité schizoïde (F60.1). Ils ont ajouté qu'ils suivaient l'assurée depuis le 27 janvier 2015.

Par décision du 7 avril 2015, l'OAI a demandé à l'assurée le remboursement de la somme de 43'428 fr., correspondant à des prestations versées à tort durant la période allant du 1^{er} mai 2012 au 30 novembre 2014.

B. Par acte du 24 avril 2015, H._____, sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions de l'OAI des 12 mars et 7 avril 2015, en concluant principalement à leur annulation et, subsidiairement au renvoi des causes à l'intimé pour complément d'instruction. Elle requière également que son opposition du 9 décembre 2014, dirigée contre la décision de suspension de rente du 24 novembre 2014, soit jointe à la présente cause pour valoir recours contre cette décision. La recourante soutient que son état de santé s'était certes amélioré au moment de l'examen clinique effectué au mois de septembre 2014 par le Dr Z._____, mais que les éléments au dossier ne permettent pas de faire rétroagir une telle capacité de travail au mois de mai 2012. Selon elle, on peut, tout au plus, retenir une récupération de sa capacité de travail dès le mois de septembre 2014, mais cette récupération était transitoire. En effet, la recourante allègue une nouvelle incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2015. Elle estime en conséquence que la décision de l'OAI du 12 mars 2015 est incorrecte. En outre, elle remet en cause l'appréciation du Dr Z._____, motif pris qu'il s'est référé uniquement à l'activité exercée au T._____. Elle peine donc à comprendre comment le Dr Z._____ a pu retenir une capacité de travail de 70 % alors que sur l'ensemble de la période contrôlée (390 jours au total) par le service LFA, sa présence au T._____ n'a été constatée qu'à 36 reprises. A cet égard, elle se pose la question de savoir si le Dr Z._____ n'aurait pas été influencé par les notes rédigées par le service LFA. Par ailleurs, elle allègue qu'elle ne pouvait pas se rendre compte qu'une telle activité était susceptible de modifier son droit aux prestations. Elle infère dès lors qu'aucune violation de l'obligation de renseigner ne peut lui être imputée. Elle fait enfin grief à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendue, dans la mesure où les rapports des contrôles effectués par le service LFA ne figurent pas au dossier.

Par réponse du 6 juillet 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours. Contrairement à ce qu'invoque la recourante, il considère que la violation de l'obligation de renseigner est établie. Sur ce point, il se réfère à sa décision du 8 novembre 2010, qui stipule que toute modification de l'état de santé et reprise d'activité lucrative doit être annoncée. En ne procédant pas de la sorte, la recourante s'est exposée au risque d'une modification rétroactive de ses droits. De plus, la valeur probante de l'expertise effectuée par le Dr Z._____ n'est pas, à son sens, valablement remise en cause par la recourante. L'OAI a dès lors retenu une capacité de travail de 70 % depuis le 1^{er} mai 2012, de sorte que l'incapacité de gain est insuffisante pour pouvoir prétendre à une rente.

Par réplique du 21 août 2015, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle fait en outre valoir que selon la jurisprudence un rapport de surveillance ne constitue pas à lui seul un fondement sûr pour constater des faits relatifs à l'état de santé ou à la capacité de travail de la personne assurée. A son sens, un tel rapport peut, tout au plus, fournir des points de repères ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents. Sur ce point, elle constate que le Dr Z._____ n'a aucun moment été appelé à se positionner sur la prétendue violation de l'obligation de renseigner, ni sur la période postérieure à son examen. Elle allègue qu'elle a pu certes manquer de précisions dans les réponses données, mais qu'elle n'a jamais failli à son obligation de renseigner. Elle a d'ailleurs déclaré spontanément effectuer une activité accessoire non rémunérée en complétant le questionnaire de révision du 2 septembre 2013. A cet égard, elle précise qu'il s'agissait une activité lucrative à titre bénévole dans la cafétéria de son frère. Elle considère que lui reprocher une violation de l'obligation de renseigner reviendrait à ouvrir la voie de la suppression rétroactive du droit aux prestations à tous les assurés qui n'auraient pas conscience de l'évolution dans leur état de santé sur le plan médical objectif et qui s'adonneraient à une quelconque activité bénévole, occupationnelle ou récréative. Elle reproche à l'intimé l'absence

d'enregistrement des documents concernant la mesure d'observation effectuée.

Pour étayer ses dires, la recourante produit un rapport du 22 juillet 2015, adressé à la Dresse W._____, et établi par les Dresses J._____, et N._____, médecins au département de psychiatrie, service de psychiatrie générale du X._____ (ci-après : X._____), sis à [...], aux termes duquel ces médecins ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2). Les Dresses J._____, et N._____ expliquent que la recourante a été adressée à leur service le 8 juin 2015 en placement hospitalier à des fins d'assistance (ci-après : PLFA) médical et qu'elle est sortie le 29 juin suivant, date de son retour à domicile.

Par duplique du 14 septembre 2015, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours.

Par décision du 1^{er} octobre 2015, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 28 avril 2015 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et frais judiciaires, ainsi que l'exonération de toute franchise mensuelle.

Par courrier du 14 novembre 2016, le juge instructeur a invité l'intimé à produire le dossier complet de surveillance de la recourante établi par le service LFA.

Le 14 décembre 2016, l'OAI a transmis le rapport y relatif daté du 2 décembre 2016. Il y est fait mention de plusieurs contrôles indiquant les dates et les heures de passage et qu'au terme de ces contrôles, la recourante a été vue sans donner de signe tangible de gêne, de mal-être ou de mauvaise santé.

Par avis du 21 décembre 2016, le juge instructeur a invité la recourante à se déterminer sur la teneur du rapport cité ci-dessus.

Par pli du 13 février 2017, la recourante a allégué que la surveillance dont elle a fait l'objet ne repose pas sur une base légale suffisante, de sorte que l'expertise du Dr Z._____, qui se fonde largement sur le contenu de ce rapport de surveillance, ne peut se voir reconnaître valeur probante.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours contre la décision du 24 novembre 2014 est sans objet. En effet, il s'agit d'une décision de mesures provisionnelles pour la durée de la procédure administrative. Cette procédure a été clôturée par une décision de suppression de rente avec effet au 1^{er} mai 2012 (décision du 12 mars 2015).

Pour le surplus, le recours contre les décisions des 12 mars et 7 avril 2015 a été interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable et qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} mai 2012 ainsi que sur son obligation de restituer à l'intimé un montant de 43'428 fr., correspondant aux prestations perçues du 1^{er} mai 2012 au 30 novembre 2014. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si un motif de révision justifie de revenir sur le droit aux prestations reconnu par décision du 8 novembre 2010 et, si oui, à partir de quelle date cette révision peut prendre effet.

3. a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

L'invalidité correspond à l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Pour évaluer l'invalidité d'une personne atteinte dans sa santé exerçant une activité lucrative à 100 %, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'échelonnement des rentes prévu à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

c) 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 ; 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).

Lorsqu'une demande de révision est déposée celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI).

d) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.202), 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. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

Si la révision est demandée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (art. 88bis al. 1 let. a RAI). L'art. 88a RAI a la priorité sur l'art. 88bis al. 1 RAI en ce sens qu'une augmentation de la rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de trois mois même si la révision est demandée par l'assuré. Cela signifie que la rente ne peut être augmentée depuis le mois de la demande que si le délai prévu à l'art. 88a RAI était déjà écoulé à ce moment-là (cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 842 n° 3106).

4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion 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 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 ; 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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_410/2014 précité).

5. a) En l'espèce, l'intimé considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations, au point de lui permettre d'exercer une activité lucrative simple, à plein temps et à plein rendement. Il se fonde notamment sur le rapport d'observation par son service LFA et sur les constatations du Dr Z._____.

La recourante soutient que la surveillance dont elle a fait l'objet ne repose pas sur une base légale suffisante, qu'elle est donc illicite et constitue une atteinte à sa sphère privée contraire aux art. 13 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 8 CEDH (convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101). Elle se réfère sur ce point à l'arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : CrEDH) dans la cause Vukota-Bojić c. la Suisse (n° 61838/10). En substance, elle conteste que l'on puisse se fonder sur les observations effectuées ; elle conteste également la valeur probante de l'expertise du Dr Z._____ dans la mesure où les constatations de l'expert reposent sur

le contenu de ce rapport de surveillance. En outre, la recourante souligne, dans ce contexte, que le rapport d'observation complet ne figurait pas au dossier qu'elle a pu consulter avant le dépôt de son recours.

b) Aux termes de l'art. 13 al. 1 Cst., toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications (al. 1). Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent (al. 2). Comme tout autre droit constitutionnel, le droit au respect de la vie privée et familiale peut être restreint pour un motif d'intérêt public, pour autant que l'atteinte repose sur une base légale et soit propre à atteindre le but visé et soit proportionnée (art. 36 Cst.).

L'art. 8 CEDH garantit que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance (par. 1). Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui (par. 2).

c) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. En assurance-invalidité, l'art. 59 al. 5 LAI prévoit que les offices de l'assurance-invalidité peuvent faire appel à des spécialistes pour lutter contre la perception induue de prestations.

Lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (art. 46 LPGA). Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré peut consulter le dossier, pour les données qui le concernent (art. 47 al. 1 let. a LPGA).

En l'espèce, une synthèse du rapport d'observation figurait au dossier. La recourante n'a pas demandé, au stade de la procédure administrative, à ce que le rapport complet lui soit remis pour consultation. Il n'y a donc pas de violation de consulter le dossier ni, plus généralement, de son droit d'être entendu. Par ailleurs, en procédure de recours, l'intimé a été invité à produire le rapport d'observation complet et la recourante a pu se déterminer à son propos.

d) Dans un arrêt du 18 octobre 2016, la CrEDH a constaté que dans le domaine de l'assurance obligatoire contre les accidents, les assureurs-accidents ne disposaient pas d'une base légale suffisante pour procéder à une observation secrète d'une personne assurée, quand bien même la mesure de surveillance avait eu lieu sur le domaine public. Les dispositions de droit suisse sur lesquelles elle était fondée (art. 43 al. 1 LPGA en particulier) n'étant pas assez précises. Ces dispositions n'indiquaient pas suffisamment clairement à quel moment et pendant quelle durée la surveillance pouvait être conduite, ni selon quelles modalités les données ainsi recueillies pouvaient être stockées et consultées. Il y avait donc eu violation de l'art. 8 CEDH relatif à la protection de la vie privée et familiale (arrêt n° 61838/10 du 18 octobre 2016 de la CrEDH dans la cause Vukota-Bojić c. la Suisse).

Au regard de cette jurisprudence, la mesure de surveillance mise en place vis-à-vis de la recourante a porté atteinte à sa sphère privée sans base légale suffisante, de sorte qu'elle était illicite. Les art. 43 al. 1 LPGA et 59 al. 5 LAI ne contiennent aucune précision sur la durée ou les modalités de la surveillance, ainsi que sur le stockage et la consultation des données en résultant, de sorte qu'ils ne constituent pas une base légale suffisante.

e) Malgré ce qui précède, il n'y a pas lieu de tirer les mêmes conclusions que la recourante de l'absence de base légale suffisante à la mesure d'observation mise en place. D'abord, il faut constater qu'au moment où cette mesure a été ordonnée et exécutée, le caractère

insuffisant de la base légale n'avait pas été constaté par un tribunal. Il ne s'agit pas d'une pratique délibérément abusive de l'autorité. Par ailleurs, il ne ressort pas de l'arrêt cité de la CrEDH que le moyen de preuve litigieux ne peut fonder aucune constatation de fait ni que tout rapport d'expertise prenant en considération les observations réalisées secrètement – sans base légale suffisante – serait d'emblée dépourvu de valeur probante. La CrEDH a au contraire considéré que l'utilisation des moyens de preuves recueillis n'avait pas entraîné, dans le cas qui lui était soumis, une violation du droit à un procès équitable.

En l'occurrence, l'intimé ne s'est pas fondé sur le seul rapport d'observation de son service LFA. Au contraire, il a ensuite mandaté un expert psychiatre. Ce dernier a fondé ses constatations sur l'ensemble des pièces au dossier ainsi que sur son examen clinique de la recourante. Il ressort clairement du rapport d'expertise que le Dr Z._____ n'a pas accordé une importance décisive aux constatations du service LFA de l'intimé, mais bien plutôt à ses propres observations cliniques lors de l'entretien avec la recourante. Le rapport d'observation a, certes, très vraisemblablement conduit l'expert à fixer la date la plus probable de l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail au mois de mai 2012 ; mais l'expert a néanmoins précisé que l'amélioration de l'état de santé constatée remontait, de manière possible, « au début des années 2010 », ce qui dénote clairement que les observations réalisées secrètement ne constituent pas son seul motif de fixer la date d'amélioration de l'état de santé à une date très antérieure à son expertise.

f) Pour le surplus, le rapport d'expertise du Dr Z._____ répond pleinement aux critères permettant, selon la jurisprudence, de lui reconnaître une pleine valeur probante. Le constat d'une capacité résiduelle de travail de 70 % est solidement motivé par les observations cliniques, notamment par le constat de la disparition des symptômes psychotiques et d'une diminution de la gravité de l'état dépressif. L'expert a également pris soin d'évaluer les répercussions concrètes des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante, autrement dit les

limitations fonctionnelles qu'entraînent ces atteintes à la santé (manque de flexibilité et de capacités adaptatives, difficultés à prendre des décisions, à émettre un jugement et à clarifier et structurer ses tâches, faible capacité d'initiative et d'activités spontanées ; en revanche, aptitude à s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle telle que celles exercées précédemment ; aptitude à faire usage de ce qu'elle a appris et de ses compétences professionnelles ; aptitude à s'affirmer adéquatement, endurance, probable absence de limitation en situation sociale et en contact avec une clientèle). L'expert constate finalement que l'exercice d'une activité au sein d'un petit commerce familial est probablement l'activité la mieux adaptée. Toutefois au vu des limitations fonctionnelles décrites, on admettra qu'il ne s'agit pas du seul type d'activité pleinement adaptée à l'époque de l'expertise.

6. a) Au vu de ce qui précède, l'intimé a constaté à juste titre que la recourante avait recouvré, à partir de mai 2012, une capacité résiduelle de travail de 70 %. Il n'a pas clairement précisé les limitations fonctionnelles, qui sont celles décrites par le Dr Z. _____ (cf. consid. 5f supra). Il y a donc bien un motif de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA. Les moyens de preuve requis par la recourante (audition de la recourante et expertise psychiatrique) ne sont pas nécessaires pour statuer sur ce point.

En revanche, force est de constater que l'intimé n'a procédé à aucune comparaison de revenu, mais s'est limité à nier un taux d'invalidité de 40 % ou plus en se référant uniquement à la capacité résiduelle de travail de la recourante. Ce procédé n'est pas conforme à l'art. 8 al. 1 LPGA et la cause sera donc renvoyée à l'intimé pour qu'il statue à nouveau sur le droit aux prestations litigieuses après avoir fixé le taux d'invalidité de la recourante sur la base d'une comparaison des revenus.

b) En ce qui concerne la date d'une éventuelle révision du droit aux prestations, la recourante conteste avoir violé son obligation de renseigner l'intimé. Elle en conclut qu'une éventuelle suppression du droit

aux prestations ne pourrait pas avoir d'effet rétroactif. Toutefois, force est de constater que la recourante n'a annoncé qu'en septembre 2013 l'exercice d'une activité accessoire, comme « aide dans un tea-room », en réponse à un questionnaire de révision de l'OAI. Elle a précisé qu'elle n'avait aucun horaire fixe en précisant : « seulement dépannage ». Lors de l'entretien dans les locaux de l'intimé, le 16 décembre 2013, elle a également minimisé son activité au T._____. Or, si l'on doit admettre, notamment au vu du rapport d'observation par le service LFA de l'intimé, que la recourante n'a encore exercé qu'une activité très accessoire au T._____ en 2012, sans réelle portée économique (elle n'a été vue qu'à deux reprises, le matin, sur cinq contrôles effectués entre mai et juillet 2012), force est de constater qu'il n'en va plus de même dès le mois d'avril 2013. En effet, elle était alors quasiment systématiquement occupée au service lors des contrôles effectués dès la réouverture du bar, le plus souvent seule au service, à la demi-journée au début, puis à la journée. Il s'agit clairement d'un travail allant au-delà d'une simple activité accessoire de dépannage et la recourante ne pouvait pas ignorer son obligation de l'annoncer à l'intimé. Partant, il convient de constater une violation, par la recourante, de son obligation de renseigner l'OAI à partir du mois d'avril 2013. Il appartiendra à l'intimé, cas échéant, de faire remonter les effets de la révision au 1^{er} avril 2013. Pour la période antérieure, l'activité occasionnelle de la recourante dans le café familial ne permet pas de considérer qu'elle devait avoir conscience d'une réelle amélioration de son état de santé justifiant une annonce spontanée à l'intimé.

7. a) La recourante a produit plusieurs rapports médicaux qui établissent, selon elle, une péjoration de son état de santé dès le mois de janvier 2015. Les rapports médicaux en question attestent effectivement un état dépressif sévère avec des symptômes psychotiques. Le rapport du 26 mars 2015 du Centre de psychiatrie et psychothérapie L._____ expose notamment que la recourante est suivie dans ce centre depuis le 27 janvier 2015, à raison d'une consultation hebdomadaire, qu'elle se trouve dans une situation psychosociale extrêmement précaire, vivant de manière très isolée dans un hôtel à la suite de l'impossibilité de vivre sous

le même toit que son ex-mari. Une mesure de curatelle a été envisagée. Une mesure de protection de l'adulte sous la forme d'un PLAFA a même été ordonnée par le service des urgences du X._____, du 8 au 23 juin 2015. La mesure a été prolongée en hospitalisation volontaire du 24 au 29 juin 2015, date à laquelle l'hospitalisation a pris fin. Ces documents ne remettent pas en cause la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr Z._____, qui avait souligné que le pronostic à long terme n'était pas mauvais, mais que l'on pouvait s'attendre à une péjoration des troubles psychiques si la recourante devait se trouver confrontée à de graves difficultés existentielles. De telles difficultés semblent effectivement survenues en début d'année 2015, au vu de ce qui est décrit dans le rapport du 26 mars 2015 du Centre de psychiatrie et psychothérapie L._____. Il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire pour instruire la question de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis janvier 2015, qui n'a fait l'objet d'aucune mesure d'instruction par l'intimé. Il appartiendra en revanche à l'OAI, à qui la cause doit être de toute façon renvoyée (cf. consid. 6), d'établir dans quelle mesure la nouvelle situation décrite par les rapports médicaux produits par la recourante a perduré et quelle est son influence sur le droit à la rente. Une nouvelle expertise psychiatrique sera nécessaire, à moins que l'intimé estime d'emblée, au vu des rapports médicaux qu'il réunira, que l'état de santé de la recourante s'est à nouveau péjoré durablement et justifie la réintroduction du droit à une rente entière d'invalidité.

b) La recourante demande le rétablissement de l'effet suspensif au recours, en ce sens qu'ordre soit donné à l'intimé de reprendre le versement de la rente pour la durée de l'instruction complémentaire, jusqu'à ce qu'il statue à nouveau. Il convient toutefois de rejeter cette demande. La suppression du droit à la rente, le temps que la cause soit entièrement instruite, est justifiée au vu de la violation de l'obligation de renseigner. Il est très probable que la comparaison des revenus à effectuer par l'intimé confirmera le caractère indu des prestations versées entre avril 2013 et novembre 2014. Il est vrai que l'état de santé de la recourante semble s'être notablement péjoré par la

suite, mais cela ne justifie pas d'anticiper sur la décision à rendre sur le droit aux prestations ensuite de cette péjoration.

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

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un conseil, a le droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., compte tenu de la difficulté et de l'ampleur de la procédure (art. 7 TFJAS [tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales]). Ce montant est mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

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

- I. Le recours est admis dans la mesure où il n'est pas sans objet.
- II. Les décisions des 12 mars et 7 avril 2015 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- 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 H. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 :

- Q. _____ (pour H. _____), à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances-sociales, à Berne,

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 :