

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 août 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Catherine Merényi,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 8, 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4, 14a et 28 LAI

E n f a i t :

A. Au bénéfice d'un CFC de vendeuse, I._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, travaillait dans la vente à mi-temps avant de se retrouver en incapacité de travail totale dès le 17 août 1988, en raison d'un état anxio-dépressif chronique avec somatisations sur structure psychotique de la personnalité. Suite à sa demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière à partir du 1^{er} août 1989, par décision du 2 avril 1990. L'OAI a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle, soit une invalidité de 50 %, et une incapacité de 39 % dans l'activité ménagère, soit une invalidité de 19.5 %, d'où une invalidité globale de 69.5 %, arrondie à 70 %. Des dorsalgies étaient déjà mentionnées dans les rapports médicaux, sans cependant qu'elles soient considérées comme incapacitantes.

Le droit à une rente entière a été confirmé à la faveur des révisions d'office subséquentes en 1995, 1998, 2001 et 2005. Lors de cette dernière révision, l'assurée a indiqué qu'elle exercerait une activité professionnelle à 80 % si son état de santé le lui permettait, tant par nécessité financière que par intérêt personnel. Le Dr N._____, médecin traitant de l'assurée, a confirmé dans son rapport du 14 septembre 2005, une incapacité de travail de 70 % en raison de l'atteinte psychique, observant que la situation n'avait que peu évolué, avec des périodes dépressives plus marquées nécessitant un suivi rapproché avec intensification de la médication et mentionnant également que l'assurée présentait des exacerbations parallèles de douleurs ostéo-articulaires. Consultés en février 2006 à la demande du médecin généraliste, le Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute, et la Dresse V._____, médecin-assistante, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...], ont établi un rapport le 7 juin 2006, dans lequel ils posaient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et précisaient que l'état de l'assurée s'était péjoré suite à sa

séparation avec son mari et qu'elle avait notamment fait un tentamen médicamenteux le 15 mars 2006. Ces médecins notaient que les plaintes subjectives émises par l'assurée consistaient en tristesse, peur de l'avenir, anhédonie, aboulie, fatigue importante, insomnies, troubles de la concentration et douleurs musculaires généralisées. Selon leur constat : « Mme I. _____ est une femme de 50 ans faisant son âge, à la tenue et à l'hygiène correctes. Elle est collaborante, orientée aux 3 modes et vigilante. La thymie est triste avec pleurs durant les entretiens. La patiente présente des sentiments de culpabilité et de dévalorisation avec une anticipation négative de l'avenir. Elle nie avoir des idées suicidaires au dernier entretien. Elle paraît anxieuse. Nous ne notons pas de signes de la lignée psychotique. » Ils préconisaient un suivi psychiatrique de soutien deux fois par mois, en plus du traitement médicamenteux, et estimaient qu'au vu de l'évolution chronique et de la péjoration de sa maladie dépressive ainsi que de la fragilité de sa personnalité, le pronostic semblait sombre à long terme avec une incapacité totale de travail. Ils mentionnaient néanmoins que l'assurée faisait de temps en temps quelques heures par semaine comme maman de jour. Dans sa communication du 19 juin 2006, l'OAI a indiqué à l'assurée que la rente entière était maintenue, retenant un degré d'invalidité de 80 % ensuite de la modification du statut de l'assurée et prévoyant une révision d'office dans les cinq ans.

B. **a)** La procédure de révision a toutefois été ouverte avant cette échéance, le 18 septembre 2009, à la demande du Service de lutte contre la fraude à l'assurance de l'OAI (ci-après : Service LFA), qui avait appris que l'assurée gardait plusieurs enfants et avait obtenu la tutelle de l'un d'eux. Une communication complémentaire du Service LFA du 18 septembre 2009 précisait que l'assurée avait été nommée tutrice de K. _____, qui était placée chez elle depuis janvier 2008 par le Service de protection de la jeunesse (ci-après : SPJ), qu'elle gardait une autre enfant une fois par semaine ainsi que durant les périodes d'hospitalisation de la mère de cette dernière, et qu'elle assurait également la garde occasionnelle d'autres enfants.

Dans un rapport du 29 décembre 2009, le Dr G._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, retenait, à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, l'état dépressif chronique déjà connu ainsi que des douleurs ostéo-articulaires. Il mentionnait différentes limitations fonctionnelles, relevant en particulier une péjoration des douleurs ostéo-articulaires, sa patiente ayant de plus en plus de difficultés à assurer ses travaux domestiques en raison des douleurs et devant le consulter régulièrement en urgence pour une acutisation algique. Il concluait à une aggravation de l'état de santé et à une capacité de travail nulle.

Par décision du 15 mars 2010, l'OAI a adapté le montant de la rente de l'assurée ensuite de son divorce, prononcé par jugement du 18 août 2009.

Convoquée à un entretien avec un collaborateur de l'OAI le 19 octobre 2010, l'assurée s'est plainte de ses douleurs dorsales et a précisé qu'elle était toujours sous médication antidépressive, qu'elle consultait son médecin traitant une fois par mois, mais n'était plus suivie par l'infirmier psychologue qui venait à domicile durant la période de son divorce. Concernant la garde des enfants, elle a reconnu être tutrice depuis deux ans et demi de K._____, âgée de 16 ans, avoir hébergé une autre enfant pendant un total de huit semaines, avoir régulièrement gardé des enfants depuis une quinzaine d'années, la plupart du temps pendant quelques heures, à raison de un à cinq jours par semaine, ceci pendant des périodes allant de quelques mois à plusieurs années, révélant par ailleurs qu'elle avait notamment gardé les enfants de son médecin traitant, le Dr G._____, à raison d'une demi-journée par semaine. Elle a indiqué que six personnes venaient manger à son domicile à midi, à savoir sa fille, ses deux petits-enfants, K._____ et deux autres enfants qu'elle gardait.

Le SPJ a confirmé, dans un courrier du 22 octobre 2010, que l'assurée avait pris en charge K._____ depuis janvier 2008, qu'elle en avait été nommée tutrice le 13 février 2008 et qu'elle avait également

accueilli à la demande du SPJ, du 23 janvier au 22 février 2009, une autre enfant, dont la mère venait d'être hospitalisée.

Dans une lettre du 28 octobre 2010 à l'OAI, l'assurée a invoqué que lorsqu'elle avait été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, elle avait été informée que son cas nécessitait une prise en charge à 70 % et qu'elle pouvait s'occuper pendant les 30 % restants et que c'est pour cette raison qu'elle avait commencé à garder des enfants.

Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre sur avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 2 décembre 2010. L'experte psychiatre, la Dresse C. _____, a retenu dans son rapport du 15 février 2011 le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et sans répercussion sur la capacité de travail, de personnalité dépendante. Le trouble dépressif récurrent entraînait des limitations qualitatives et quantitatives, soit une certaine fragilité psychique et des fluctuations de la thymie en fonction des événements existentiels. Sur le plan professionnel, la capacité résiduelle était évaluée à 70 % et ce depuis 2008 pour le moins, au vu de la stabilisation de la thymie, de l'activité de maman de jour, de la tutelle d'une adolescente vivant avec l'assurée et de la curatelle d'une jeune femme. La capacité était entière dans l'activité ménagère. L'experte considérait que le trouble dépressif récurrent, alors en rémission, n'empêchait pas une adaptation à un environnement professionnel et qu'une mesure de réadaptation professionnelle n'augmenterait pas la capacité de travail, celle-ci étant limitée à 70 % en raison d'une réduction des ressources et d'une certaine fragilité psychique que présentait l'assurée. L'experte n'excluait pas la possibilité d'une rechute en fonction des événements et recommandait dans une telle hypothèse l'augmentation du traitement antidépresseur avec une prise en charge spécialisée.

Dans une fiche d'examen du 21 février 2011, l'OAI a retenu pour l'assurée un statut de 100 % active.

Les médecins du SMR, les Dresse S. _____ et Dr B. _____, ont suivi les conclusions de l'experte dans leur avis du 3 mars 2011.

b) Ensuite de l'expertise de la Dresse C. _____, l'OAI a mis en place une mesure d'orientation en faveur de l'assurée, sous la forme d'un stage pratique de surveillance d'enfants à E. _____ à [...], prévu pour durer du 19 juillet 2011 au 31 décembre 2011, avec augmentation progressive du taux d'activité de 25 à 70 %. Compte tenu de la fermeture des garderies durant les vacances scolaires, l'assurée n'a débuté son stage que le 1^{er} septembre 2011. Dans son rapport intermédiaire du 29 septembre 2011, l'organisateur de cette mesure a indiqué que l'assurée présentait une résistance physique insuffisante, d'importants maux de dos et une grande fatigue en fin de journée. Elle n'avait pas réussi à augmenter son taux de travail à plus de 25 % et la mesure a dû être arrêtée après un mois, l'assurée ayant présenté un certificat médical d'incapacité de travail totale établi par son médecin traitant.

Afin de déterminer les raisons de l'échec de cette mesure, l'OAI a interpellé les différents médecins ayant suivi l'assurée durant cette période. Le Dr G. _____ a exposé, dans son rapport du 14 octobre 2012, que le stage en question avait provoqué une péjoration de l'état psychique et une décompensation des douleurs. Il estimait que les altérations montrées par le bilan radiologique effectué n'imposaient pas de prise en charge spécialisée, si ce n'est sous la forme d'un traitement antalgique et d'une éducation physio-thérapeutique du dos. Il a annexé le rapport de ce bilan radiologique, portant sur la colonne cervicale, thoracique et lombaire, effectué le 18 avril 2012 par la Dresse H. _____, spécialiste en radiologie. Dans ses conclusions, la radiologue retenait au niveau cervical : une rectitude cervicale associée à des disarthroses encore modérées en C4-C5, importantes en C5-C6, où elle était associée à une spondylose postérieure et légère uncarthrose, mais sans sténose des foramens de conjugaison ; au niveau thoracique : une cyphose dorsale avec relativement peu de lésions dégénératives sur le segment dorsal moyen de D5 à D7, un peu plus marqué de D7 à D10 et en D12-L1 ; au niveau lombaire : une hyperlordose lombaire inférieure avec des disarthroses qui

prédominaient au niveau de la charnière dorsolombaire de D11 à L1. Par ailleurs, ces discarthroses étaient plus modérées mais étagées de L1 à S1 où les espaces discaux étaient pincés postérieurement en raison de l'hyperlordose et c'était surtout l'arthrose postérieure qui prédominait sur les trois derniers segments, sans canal lombaire étroit ni sténose des foramens de conjugaison. Dans un rapport du 12 novembre 2010, également transmis à l'OAI par le Dr G._____, le Dr W._____, psychiatre et psychothérapeute de l'assurée, indiquait ce qui suit : « En résumé, lors de notre consultation, nous avons pu constater effectivement une apparition des symptômes anxieux et légèrement dépressifs dans le contexte d'une convocation à l'Office de l'assurance-invalidité le 19.10.2010. Indépendamment de ce facteur de crise, Mme I._____ paraît plutôt dans une phase stable de son trouble dépressif récurrent et ses symptômes paraissent récurrents et plutôt de nature réactionnelle en ce moment. L'approche thérapeutique de l'augmentation transitoire de l'Efexor à 75mg se justifie pleinement. Nous recommanderions de le rediminuer à 37,5mg d'ici quelques mois, si les facteurs de stress actuels diminuent. En cas d'exacerbation, nous recommanderions une médication transitoire avec du Tranxilium 10mg en schéma digressif sur quatre à six semaines, mais actuellement l'indication ne paraît pas encore donnée ». Dans une note adressée au Dr G._____ le 6 juillet 2012, l'infirmière du CMS chargée du suivi indiquait que l'assurée souhaitait réduire les passages infirmiers car elle avait un moral stable.

Dans son avis médical du 4 décembre 2012, la Dresse S._____ du SMR a considéré que les troubles dégénératifs du rachis étaient sans gravité et que l'atteinte psychique était stable.

Dans un rapport du 3 juin 2014, le Dr G._____ a confirmé que le status psychiatrique était stable, mais que les douleurs liées aux problèmes rachidiens s'étaient accentuées.

c) Par communication du 26 août 2014, l'OAI a mis en place une mesure de réadaptation d'entraînement à l'endurance sur la base de l'art. 14 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.20) à P._____ à [...], débutant le 1^{er} septembre 2014, avec pour objectif d'augmenter en l'espace de trois mois le taux de présence de deux heures à quatre heures pendant au moins quatre jours par semaine.

Il ressort d'une note d'entretien de l'OAI du 20 novembre 2014 qu'une mesure de reclassement n'était pas envisagée pour la suite, d'une part car une telle mesure n'aurait pas été réaliste au regard de l'âge de l'assurée et, d'autre part, parce que celle-ci était au bénéfice d'un CFC dans la vente qu'elle pourrait mettre en valeur dans le marché économique. En revanche, une aide au placement pouvait lui être proposée.

Constatant que le taux de présence de l'assurée dans la mesure n'avait pas pu être augmenté comme envisagé, en raison de la fatigue et des douleurs dorsales auxquelles elle faisait face, l'OAI a décidé, le 8 décembre 2014, de prolonger cette mesure d'entraînement à l'endurance jusqu'au 28 février 2015, afin d'arriver à une présence de quatre heures par jour quatre fois par semaine.

Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI du 7 janvier 2015, l'assurée a confirmé qu'elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé.

Selon le rapport de suivi de la mesure de réinsertion professionnelle du 21 janvier 2015, l'assurée a fréquenté l'atelier à raison de cinq jours par semaine, durant deux heures, étant précisé qu'avec la durée du déplacement pour se rendre sur le lieu d'exécution de la mesure (trois heures par jour), elle était absente durant cinq heures par jour de son domicile. Elle restait confrontée à des douleurs et à de la fatigue. Elle mobilisait ses compétences tant sur le plan personnel que professionnel et se montrait coopérative dans le cadre de son processus de réinsertion professionnelle, même si elle ne comprenait pas celui-ci au regard de son âge et du temps depuis lequel elle était au bénéfice d'une rente. Il ressort du formulaire d'évaluation établi à la même date que la résistance, le tempo-rythme et l'endurance physique ainsi que la motivation,

l'adaptation à la nouveauté et l'endurance psychique de l'intéressée étaient considérés comme suffisants seulement pour une activité productive en atelier protégé.

Dans un compte-rendu final du 12 mars 2015, l'OAI a retenu que le rapport médical du Dr G. _____ du 3 juin 2014 n'avait pas apporté d'éléments permettant de remettre en cause la capacité de travail de 70 % de l'assurée établie par le SMR ensuite de l'expertise effectuée en février 2011. L'OAI a constaté que l'intéressée était occupée cinq jours par semaine à raison de deux heures par jour qui, ajoutées aux trois heures de temps de déplacement entre son domicile et le lieu de la mesure, représentaient environ cinq heures d'activités quotidiennes. L'assurée avait pu assurer une présence régulière tout en assumant en parallèle ses tâches ménagères et administratives, ainsi que la garde de ses petits-enfants. L'OAI a conclu que l'assurée possédait « vraisemblablement tous les moyens pour mettre en valeur ses compétences dans le domaine de la vente, et ce malgré le fait qu'elle n'a[vait] plus exercé ce métier depuis plusieurs années ».

C. Le 17 mars 2015, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision supprimant sa rente d'invalidité. L'OAI se référait à l'expertise psychiatrique effectuée, selon laquelle l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et autorisait la reprise d'une activité professionnelle à 70 %. En outre, il estimait que la réussite des mesures de réinsertion avait mis en évidence le potentiel professionnel que l'assurée était à même de mettre en valeur dans le domaine de la vente. Procédant à une évaluation du taux d'invalidité sur la base d'une approche théorique, l'OAI retenait que sans atteinte à la santé, l'assurée réaliserait aujourd'hui comme vendeuse à plein temps un revenu annuel brut de 50'973 fr., soit 35'681 fr. en tenant compte d'une capacité de travail de 70%. La perte de gain de 15'292 fr. représentait un degré d'invalidité de 30 %, insuffisant pour avoir droit à une rente.

Par communication du 18 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit au placement.

Le 7 mai 2015, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, par l'intermédiaire de sa mandataire. Elle a fait valoir que les conditions permettant une révision ou une reconsidération de sa rente n'étaient pas remplies, que le fait qu'elle ait été nommée tutrice et garde ses petits-enfants ne permettait pas d'établir une capacité de travail, que les montants versés par le SPJ n'étaient pas un salaire mais une indemnisation, et que rien ne démontrait qu'elle aurait gagné plus de 1'500 fr. en gardant de temps en temps des enfants, de sorte qu'elle n'était pas tenue d'annoncer cette activité à l'OAI. Elle a par ailleurs contesté la valeur probante de l'expertise de la Dresse C._____. Elle a reproché à l'OAI de n'avoir ordonné aucune expertise somatique en rapport avec ses douleurs dorsales et considéré qu'une activité de vendeuse à 70 % n'était pas adaptée à son état de santé.

Par courrier du 1^{er} décembre 2015, l'OAI a répondu que l'amélioration de la capacité de travail de l'assurée, telle qu'attestée par l'expertise psychiatrique, était un motif de révision de sa rente au sens de l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et que l'experte, qui avait tenu compte de l'ensemble du dossier et des plaintes de l'assurée, expliquait précisément les raisons pour lesquelles l'assurée était en mesure d'exercer une activité lucrative à 70 %. L'OAI a considéré que l'assurée serait tout à fait en mesure de reprendre une activité de vendeuse à ce taux-là au vu des compétences intellectuelles, de concentration et d'adaptation qu'elle avait démontrées. Finalement, il a estimé qu'aucun élément médical ne venait étayer la présence d'une atteinte somatique et a jugé inutile de procéder à des investigations supplémentaires.

Par décision du 1^{er} décembre 2015, l'OAI a prononcé la suppression de la rente d'invalidité de l'assurée, avec une motivation identique à celle de son projet.

D. Le 22 janvier 2016, I._____ a recouru contre cette décision par l'entremise de sa mandataire auprès de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'annulation de celle-ci et au maintien de sa rente entière de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en place de mesures d'instruction complémentaires. Elle a invoqué que le fait qu'elle garde des enfants était connu de l'OAI depuis le rapport médical du Dr D. _____ du 7 juin 2006, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une modification des circonstances propres à justifier une révision de sa rente. Elle a soutenu qu'il n'y avait pas lieu d'accorder de valeur probante à l'expertise médicale de la Dresse C. _____ car elle contredisait les conclusions des autres médecins consultés sans en expliquer les raisons. L'experte concluait par ailleurs à une capacité de travail de 70 % tout en constatant, d'une part, que l'assurée était confrontée à une réduction de ses ressources et à une certaine fragilité psychique et, d'autre part, qu'une rechute dépressive était probable en fonction de la décision de l'OAI. La recourante a fait valoir que les conditions de travail dans sa mesure d'entraînement à l'endurance étaient similaires à celles d'un atelier protégé, où il n'existait notamment pas d'exigence de rendement. Elles n'étaient donc pas comparables à celles du secteur de la vente, si bien que la réussite de cette mesure ne permettait pas de conclure à une capacité de travail suffisante, d'autant moins que les responsables de cette mesure avaient souligné la fatigue et les douleurs auxquelles elle avait dû faire face. Elle a soutenu qu'il était arbitraire de considérer qu'elle pouvait travailler cinq heures par jour en se basant sur les deux heures d'activité quotidienne dans cette mesure et sur les trois heures de temps de déplacement. En outre, elle a reproché à l'OAI d'avoir violé son devoir d'instruction en n'ordonnant aucune mesure d'instruction complémentaire au sujet des dorsalgies dont elle souffrait, malgré sa demande dans ce sens. Finalement, elle a mentionné qu'elle s'approchait de l'âge de la retraite et qu'il était donc irréaliste qu'un employeur l'engage compte tenu des difficultés d'adaptation, également dues au fait qu'elle avait bénéficié d'une rente invalidité depuis 27 ans, ce que le Conseil fédéral avait reconnu dans son message relatif à la 6^e modification de la LAI.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit notamment un rapport médical établi le 8 juillet 2015 par la Dresse F. _____, spécialiste

en chirurgie de la main, consultée en raison de douleurs au poignet apparues suite à la mesure d'entraînement à l'endurance. Celle-ci a retenu le diagnostic de nécrose aseptique du semi-lunaire gauche de stade I, lequel n'entraînait toutefois qu'une gêne très modérée, la patiente présentant de longues périodes d'indolence complète. Un nouveau bilan radiologique établi le 19 février 2014 par le Dr L._____, spécialiste en radiologie, a démontré qu'il n'y avait pas de modification significative par rapport à avril 2012 s'agissant des lombalgies et que l'assurée souffrait de troubles statiques avec attitude scoliotique sinistro-convexe et rectitude de la colonne cervicale, ainsi que de discarthroses cervicales étagées de C4 à C6. Une IRM effectuée le 12 octobre 2015 a révélé des discopathies étagées, sans protrusion discale significative et une arthrose postérieure L5-S1. En outre, le Dr G._____ a indiqué, dans un certificat du 7 janvier 2016, que la recourante était suivie par une infirmière en psychiatrie à raison d'un entretien toutes les quatre semaines et ce depuis plusieurs années.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet dans sa réponse du 10 mars 2016, se référant aux arguments déjà avancés dans sa décision du 1^{er} décembre 2015, et a précisé qu'au moment où la capacité de travail de l'assurée avait été attestée médicalement, cette dernière était encore loin d'avoir un « âge avancé » au sens de la jurisprudence sur les assurés âgés.

Le 18 avril 2016, la recourante a fait savoir qu'elle n'avait rien à rajouter.

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 prévues par la LAI (art. 1 LAI).

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).

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 (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieuse en l'espèce la question de la suppression de la rente entière d'invalidité dont la recourante bénéficiait depuis le 1^{er} août 1989. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité initiée d'office par l'OAI le 18 septembre 2009.

3. a) En vertu 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 degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée 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. 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

b) Dans le cas présent, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la communication de l'OAI du 19 juin 2006, qui confirmait le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité, précisant qu'elle présentait un degré d'invalidité de 80 %. Il s'agit en effet de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves.

c) Dans un premier grief, la recourante fait valoir une violation de l'art. 17 LPGA, au motif que l'OAI était déjà au courant du fait qu'elle gardait des enfants au moment de sa communication du 19 juin 2006, par le biais du rapport médical du Dr D._____ du 7 juin 2006. Aux termes de ce document, l'assurée « n'a plus d'activité professionnelle faisant de temps en temps quelques heures par semaine comme maman de jour ». Or, il ressort du courrier du SPJ du 22 octobre 2010 que dès janvier 2008,

l'assurée a pris en charge chez elle K._____, dont la mère venait de décéder, qu'elle a été désignée tutrice officielle de cette enfant le 13 février 2008 et qu'elle a également accueilli chez elle, du 23 janvier au 22 février 2009, une autre enfant, dont la mère était hospitalisée. Il ne s'agit plus là d'une garde d'enfants pendant quelques heures par semaine, mais de la prise en charge pendant un mois d'une enfant et en continu d'une autre enfant dont elle est tutrice. Selon l'art. 5 al. 1 OPE (ordonnance fédérale du 19 octobre 1977 sur le placement d'enfants ; RS 211.222.338), l'autorisation d'accueillir un enfant ne peut être délivrée que si les qualités personnelles, les aptitudes éducatives, l'état de santé des parents nourriciers et des autres personnes vivant dans leur ménage, et les conditions de logement offrent toute garantie que l'enfant placé bénéficiera de soins, d'une éducation et d'une formation adéquats et que le bien-être des autres enfants vivant dans la famille sera sauvegardé. Ces exigences sont reprises dans les directives cantonales vaudoises en matière d'accueil de jour (disponibles sur internet : www.vd.ch sous Vie Privée/Enfance et jeunesse/Accueil familial de jour). Au vu des aptitudes nécessaires à l'octroi de l'autorisation d'accueillir des enfants placés, l'OAI était légitimé à s'interroger sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée, plus exactement à examiner si ces nouvelles responsabilités ne sous-entendaient pas une amélioration de son état de santé psychique et par conséquent un changement notable de circonstances. En outre, la charge permanente d'un enfant, associée de surcroît à la garde ponctuelle d'enfants, était également susceptible d'influencer à la hausse le taux d'activité ménagère, ce qui justifiait également une révision de la rente d'invalidité de l'assurée. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, c'est donc à juste titre que l'OAI a procédé à une révision d'office de la rente d'invalidité sur la base de l'art. 17 LPGA.

4. a) 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'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

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.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions

de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant dans les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; TF 9C_384/2012 du 31 août 2012 consid. 5.1.2).

5. a) 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 et réf. cit.).

b) 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 et 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 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

c) En l'occurrence, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise médicale de la Dresse C._____. Elle soutient qu'en concluant à une capacité de travail de 70 %, cette expertise contredit les conclusions des médecins qu'elle a consultés et qu'un tel taux n'est pas compatible avec le constat selon lequel elle est confrontée à une réduction de ses ressources et une fragilité psychique, au point qu'une rechute dépressive est probable en fonction de la décision de l'OAI.

Il faut tout d'abord constater que cette expertise confirme le diagnostic retenu par les médecins traitants, soit celui de trouble dépressif récurrent. Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, également applicable en matière de révision, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont déterminantes pour juger de l'incapacité de gain. Le trouble dépressif récurrent a ceci de particulier qu'il présente différents grades de

gravité (cf. la classification internationale des maladies [CIM-10], F33.0 à F33.4). En l'occurrence, l'experte observe que le trouble dépressif de l'assurée est en rémission depuis quelques mois et réserve la possibilité d'une rechute, ce qui est justement caractéristique du trouble dépressif récurrent, plus exactement de ses fluctuations. A ce sujet, l'experte souligne que la patiente réagit favorablement au traitement antidépresseur et a notamment toujours bien répondu à l'augmentation du dosage durant les périodes de rechute, si bien que la médication pouvait chaque fois être à nouveau diminuée par la suite. Elle prescrit dès lors d'augmenter le traitement antidépresseur en cas de nouvelle rechute, jusqu'à rémission des symptômes. En outre, dans ses conclusions, l'experte tient compte du fait que l'assurée présente une réduction de ses ressources et une certaine fragilité psychique, puisqu'elle précise que sa capacité de travail ne va pas excéder 70 %, précisément en raison de ces deux facteurs. Il n'existe donc pas de contradiction intrinsèque à l'expertise.

Les conclusions de l'experte n'apparaissent par ailleurs pas contredire celles des autres médecins. En effet, le Dr G._____ indique dans son rapport médical du 29 décembre 2009 que la situation de l'assurée au plan psychologique est stable grâce à la thérapie, mais reste fragile, tandis que son état somatique présente une aggravation. Dans son rapport du 14 octobre 2012, il reprend les mêmes conclusions, précisant que l'état psychique de l'assurée s'est péjoré durant la période de stage, mais qu'une augmentation temporaire de la médication et de la prise en charge thérapeutique ont permis de stabiliser la situation. De surcroît, dans son rapport du 12 novembre 2010, le Dr W._____ rejoint l'avis de l'experte : il évoque des symptômes anxieux et seulement légèrement dépressifs tout en observant que la recourante est dans une phase stable de son trouble dépressif récurrent, dits symptômes s'avérant de nature réactionnelle, en l'occurrence à une convocation de l'OAI. La recourante elle-même indiquait, en juillet 2012, une stabilisation de son état et sollicitait une réduction des consultations auprès de l'infirmière du CMS et, lors de l'entretien du 29 janvier 2014, c'est exclusivement de son dos dont elle s'est plainte. Enfin, dans son rapport du 3 juin 2014, le médecin

traitant n'objective pas l'incapacité de travail qui résulterait de l'atteinte psychique et les limitations fonctionnelles qu'il relève sont par ailleurs uniquement d'ordre somatique. S'agissant plus précisément de la capacité de travail de l'assurée, l'experte retient un taux de 70 % qu'elle explique par la stabilisation de l'état de santé de l'assurée, son activité de maman de jour exercée depuis plusieurs années et le fait de détenir la tutelle d'une adolescente. On peut constater qu'en dehors du Dr G._____, aucun des médecins consultés par l'assurée ne s'est exprimé sur sa capacité de travail depuis la dernière révision de sa rente d'invalidité. Selon le médecin traitant de la recourante, celle-ci présente une incapacité de travail totale depuis 1988. Le Dr G._____ ne motive toutefois cette conclusion par aucun élément précis relevant de la sphère psychique, et en particulier n'explique pas pourquoi l'incapacité de travail est restée inchangée malgré la stabilisation de l'état psychique de l'assurée. Finalement, il est difficilement explicable qu'il conclue à une incapacité de travail totale alors qu'il confie lui-même la garde de ses enfants à l'assurée un matin par semaine, comme celle-ci l'a indiqué lors de l'entretien du 4 novembre 2010.

Finalement, il faut constater que l'expertise de la Dresse C._____ a été effectuée dans les règles de l'art, que son contenu répond aux réquisits jurisprudentiels exposés ci-dessus (cf. consid. 5b). Il n'y a dès lors pas lieu de remettre en cause la valeur probante de cette expertise.

6. Dans un grief suivant, l'assurée critique les mesures mises en place par l'OAI. Elle estime que les conditions d'exercice de ces mesures ne sont pas assimilables à celles qu'on retrouve dans le marché du travail, si bien qu'elles ne permettent pas de juger de sa capacité de travail et elle reproche également à l'intimé d'avoir ordonné ces mesures.

a) Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même ; cf. Ulrich Meyer/Marco

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3^e éd. 2014, p. 435 ss). Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (cf. TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1 ; 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée ; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (cf. TF 9C_178/2014 précité consid. 7.1.2.1 et 9C_163/2009 du précité consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de

réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (cf. TF 9C_178/2014 précité consid. 7.1.2.1 ; 9C_368/2010 précité consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 précité consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement que sauf exceptions, une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (cf. également TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2). De telles exceptions ont par exemple été admises lorsque l'assuré avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente, de sorte qu'il n'existait pas de longue période d'éloignement professionnel (cf. TF 9C_292/2015 du 27 janvier 2016 consid. 5.2 et 8C_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2 et les références) ou lorsqu'il disposait d'une agilité particulière et était bien intégré dans l'environnement social (cf. TF 9C_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5, 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3 et la référence). Le point de

savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55^e année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4).

b) En l'occurrence, à la date de la suppression de rente par voie de révision, la recourante avait bénéficié d'une rente d'invalidité durant plus de 15 ans et, née en 1956, était en outre âgée de plus de 55 ans. Elle cumule donc les deux critères jurisprudentiels justifiant des mesures d'ordre professionnel préalables nonobstant l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. De telles mesures se justifient d'autant plus que l'intéressée est demeurée éloignée du monde du travail depuis 27 ans, hormis son activité de maman de jour.

L'OAI a dans un premier temps accordé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle, consistant en un stage pratique comme auxiliaire d'enfance afin d'évaluer ses possibilités de travailler dans ce domaine. La recourante ne critique pas cette première mesure.

Par la suite, l'intimé a octroyé à l'assurée un entraînement à l'endurance à P._____, soit une mesure à forme de l'art. 14a LAI, lequel prévoit que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPG) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. En l'occurrence, l'OAI a estimé, au vu de la note d'entretien du 20 novembre 2014, qu'une mesure de reclassement (sur la base de l'art. 17 LAI) ne se justifiait pas après le stage à P._____ dès l'instant où la recourante était en mesure de mettre en valeur ses compétences dans le domaine de la vente.

On ne saurait en l'espèce considérer que la mesure de réinsertion basée sur l'art. 14a LAI a permis de créer pour la recourante les conditions favorisant une reprise de sa profession de vendeuse ou de toute autre activité adaptée à son atteinte à la santé, ceci à un taux de 70 %. Débutée le 1^{er} septembre 2014, cette mesure était destinée à développer les compétences personnelles de la recourante et sa performance au travail. Durant les trois premiers mois, le nombre d'heures de présence de l'assurée n'a pas pu être augmenté au-delà de deux heures par jour à raison de quatre jours par semaine, si bien que l'OAI a décidé de prolonger la mesure, sur proposition du responsable de P._____ (cf. rapport intermédiaire du 12 novembre 2014). Il ressort du rapport de synthèse du stage du 21 janvier 2015 que malgré cette prolongation, le temps de présence de la recourante à l'atelier a stagné à deux heures par jour, à raison de cinq jours par semaine. S'agissant des compétences professionnelles, le responsable du stage a relevé l'existence d'un potentiel réel, tant au niveau intellectuel que pratique, actuellement limité en regard de la fatigue générée par les transports liés au stage, en l'occurrence de trois heures par jour, ainsi que par les douleurs dorsales présentées par la recourante. L'OAI a mis fin au stage le 28 février 2015 alors que plusieurs des compétences soumises à évaluation ne s'avéraient suffisantes que pour une activité productive en atelier protégé, selon le formulaire d'évaluation du 21 janvier 2015. En de telles circonstances, le constat de l'acquisition par la recourante des compétences nécessaires à la reprise de sa profession de vendeuse est contestable. Il l'est d'autant plus qu'il a été tenu compte des trois heures de déplacement dans l'évaluation des capacités de travail de la recourante alors qu'il ne s'agit pas d'heures travaillées. Concrètement, la recourante a démontré maîtriser certaines des compétences professionnelles nécessaires à la reprise de son activité professionnelle de vendeuse, cas échéant d'une autre activité. En revanche, abstraction faite du temps de déplacement, sa performance au travail, soit de deux heures par jour, se révèle nettement inférieure à la capacité de travail de 70 % retenue par l'experte psychiatre, sans compter des compétences jugées pour une partie insuffisantes sur le marché du travail par le responsable du stage.

La question de savoir si la poursuite des mesures de réinsertion au sens de l'article 14a al. 1 LAI est opportune peut demeurer ouverte en l'espèce. En effet, il ressort des rapports de stage que l'état de santé physique de la recourante a également constitué un obstacle à la réussite de la mesure. Il s'agit plus particulièrement des troubles du rachis, lesquels n'étaient pas considérés comme incapacitants lors de la dernière procédure de révision. Le médecin traitant de la recourante mentionnait certes des douleurs ostéo-articulaires mais seule l'atteinte psychique entraînait des répercussions sur la capacité de travail (cf. le rapport médical du Dr N._____ du 22 août 2015). Or, dans l'actuelle procédure, le médecin traitant retient que cette atteinte somatique est incapacitante et mentionne différentes limitations fonctionnelles subséquentes (cf. les rapports médicaux du Dr G._____ des 29 décembre 2009, 14 octobre 2012 et 3 juin 2014). Les examens radiologiques confirment l'existence de troubles du rachis (cf. rapports de la Dresse H._____ du 18 avril 2012 et du Dr L._____ du 19 février 2014) de même que l'IRM effectuée le 12 octobre 2015, qui a mis en évidence des discopathies étagées et une arthrose postérieure L5-S1. Le 4 décembre 2012, le SMR a estimé les troubles dégénératifs du rachis sans gravité. Cet avis a cependant été émis sans examen clinique et la mesure de réinsertion effectuée ultérieurement tend plutôt à confirmer l'hypothèse que les troubles du rachis pourraient interférer sur la capacité de travail. A cela s'ajoute qu'il s'est écoulé trois ans depuis l'avis du SMR et qu'a priori, il ne saurait être exclu que l'état de santé physique de la recourante se soit aggravé dans l'intervalle. L'OAI se devait donc d'investiguer cette atteinte somatique et de procéder à tout le moins à un examen clinique de la recourante.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des

prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

b) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4 et 122 V 163 consid. 1d).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire ne s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'occurrence, compte tenu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que les conséquences de l'état de santé physique de la

recourante sur sa capacité de travail n'ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder à l'examen de l'atteinte somatique et de ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante, cas échéant sur sa capacité de travail globale en tenant compte du taux d'incapacité de 30% inhérent à l'atteinte psychique. L'OAI devra également procéder à toutes mesures d'instruction utiles afin de vérifier le statut de la recourante. En effet, le statut retenu dans la présente procédure est de 100 % actif. Or, pendant la période litigieuse, la recourante avait la charge d'une jeune fille, placée chez elle et sous sa tutelle, ainsi que la garde ponctuelle d'enfants, dont ses petits-enfants. Cela étant, il se pourrait que la disponibilité de la recourante pour une activité professionnelle ne soit pas entière et l'instruction devra être complétée s'agissant du statut de la recourante.

8. La recourante se prévaut encore de son âge proche de la retraite et considère applicable la jurisprudence selon laquelle ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière de l'évaluation de l'invalidité. Selon le Tribunal fédéral, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a considéré que le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de

travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspondait à celui où l'on constatait que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettaient d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4), dès lors qu'on ne pouvait, avant cette date, exiger de l'assuré la reprise d'une activité en fonction d'une éventuelle capacité résiduelle de travail dont il ne connaissait pas l'étendue. Le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si la Haute Cour n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 ; TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et réf. citées ; 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). En l'occurrence, le moment déterminant s'avère être celui de l'expertise psychiatrique. Celle-ci date du 7 février 2011 et l'assurée n'avait pas encore 55 ans. Son âge n'était donc pas avancé au sens fixé par la jurisprudence précitée. Elle ne peut dès lors tirer aucun bénéfice de cette dernière.

9. a) Au vu de ce qui précède et dans la mesure où la recourante a conclu principalement à l'allocation d'une rente entière de l'assurance-invalidité, son recours doit être partiellement admis. La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'une mandataire professionnelle, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Leur montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 11 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il convient de réduire le montant des dépens à

2000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 1^{er} décembre 2015 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 au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Catherine Merényi (pour I. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :