

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Dormond Béguelin et Petremand, assesseurs,
Greffière : Mme Matile

Cause pendante entre :

X._____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 31 al. 1 LPGA, 28 al. 2 LAI, 77, 87 al. 2 et 88bis al. 2 RAI

E n f a i t :

A. **a)** X._____, ressortissante italienne née en [...], mariée et mère de deux enfants, en Suisse depuis 1996, sans formation, a travaillé comme nettoyeuse à 60% pour le compte de [...] SA puis de [...] de janvier 2000 à avril 2003, pour un dernier salaire mensuel de 1'782 francs. Le 23 juin 2004, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, indiquant souffrir d'un état dépressif et de troubles obsessionnels. Elle a précisé, dans un questionnaire du 10 juillet 2004, qu'elle aurait continué à travailler comme nettoyeuse à 100% si elle était restée en bonne santé.

Dans le cadre de l'instruction de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), la Dresse [...], généraliste, a posé, le 10 juillet 2004, les diagnostics de dépression et de trouble obsessionnel compulsif existant depuis avril 2003.

Dans un rapport du 15 octobre 2004 à l'intention de l'OAI, les Drs [...] et [...], respectivement chef de clinique et médecin-assistante au sein de l'Unité de Psychiatrie Z._____, ont diagnostiqué une agoraphobie existant depuis février 2003, un trouble panique, un trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan ainsi qu'une personnalité anankastique. Selon ces médecins, ces troubles s'étaient développés après que l'assurée avait été victime, au mois de février 2003, de voyeurisme alors qu'elle se trouvait aux toilettes. Ils relevaient que, depuis lors, l'intéressée était parfaitement incapable de sortir de chez elle sans être accompagnée et que sa vie quotidienne était marquée par une tension psychique permanente et une obsession de la propreté. Ces handicaps se caractérisaient dans le domaine du travail par des symptômes anxieux, qui survenaient lorsqu'elle était exposée à la foule ou à des endroits publics, des rituels obsessionnels, voire des crises de panique paroxystique occasionnelles. Pour les médecins de l'Unité de Psychiatrie Z._____, il s'agissait là de troubles très envahissants qui handicapaient l'assurée tant dans sa vie professionnelle que privée et

l'empêchaient de reprendre une quelconque activité lucrative à moyen ou long terme. Hormis un traitement antidépresseur et un suivi psychiatrique bimensuel, une hospitalisation en milieu psychiatrique n'était pas exclue.

Une enquête économique sur le ménage a été menée au domicile de l'assurée en date du 16 juin 2005. Dans son rapport du 20 juin suivant, l'enquêtrice retenait un statut de personne active à 60% et de ménagère à 40%, dans la mesure où l'intéressée n'avait pas cherché à augmenter son taux de travail, et fixait le degré d'empêchement ménager à 23,5 pour cent. Au regard des indications des médecins de l'Unité de Psychiatrie Z._____, selon lesquelles les rituels obsessionnels de l'intéressée la handicapaient tant dans le cadre du travail que dans la vie quotidienne, le rapport relevait que celle-ci, obsédée par la propreté, s'épuisait dans des nettoyages inutiles et n'arrivait plus à fixer des priorités. Il concluait que cette obsession de la poussière et des traces de doigts faisait perdre un temps précieux à l'assurée, qu'elle ne pouvait ainsi plus consacrer aux tâches ménagères courantes et prioritaires.

L'assurée a été examinée par le Dr B._____, psychiatre et psychothérapeute auprès du Service médical régional AI (ci-après: SMR), le 30 juin 2006. Dans son rapport du 16 août 2006, ce médecin a posé les diagnostics principaux de trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan et d'agoraphobie, entièrement limitatifs pour l'exercice de la profession habituelle de nettoyeuse ainsi que pour toute autre activité. En revanche, les diagnostics d'épisode dépressif léger, de trouble panique, d'anxiété généralisée et de personnalité anankastique étaient jugés sans répercussion sur la capacité de travail. Le psychiatre énumérait les limitations fonctionnelles suivantes: rituels obsessionnels graves (intenses, quasi-permanents), envahissant tout le quotidien, crainte marquée et irraisonnée des foules, des endroits publics et des déplacements en-dehors du domicile, sans être accompagnée. Il ajoutait que l'intéressée était à haut risque de déprimer gravement à l'avenir, vu la difficulté du traitement à suivre, et que cet aspect pourrait venir s'ajouter aux diagnostics déjà invalidants. Il précisait néanmoins qu'au vu du caractère volontaire et motivé de l'assurée, une

évolution favorable était possible. L'incapacité de travail était ainsi fixée à 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le 18 avril 2003, une réévaluation devant être prévue dans les deux ans.

Dans un rapport d'examen du 19 septembre 2006, le Dr [...], interniste auprès du SMR retenait un trouble obsessionnel compulsif comme atteinte principale à la santé et les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr B._____. En résultait une capacité de travail exigible de 0% dans toute activité professionnelle exercée à 60%, et de 23,5% dans l'activité de ménagère exercée à 40%, depuis le 18 avril 2003. Aux termes de ce rapport, une impotence légère était justifiée, l'assurée ayant besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Au vu de ces éléments, l'OAI a adressé à l'assurée, le 18 octobre 2006, un projet d'acceptation de rente, dans lequel il constatait que, depuis le 18 avril 2003, sa capacité de travail et son aptitude à accomplir ses travaux habituels étaient restreintes. Reprenant un statut de 60% comme active et de 40% comme ménagère, avec des empêchements respectifs de 100% et 23,5%, l'office parvenait à un degré d'invalidité global de 69,4%, qui ouvrait le droit à trois-quarts de rente à compter du 1^{er} avril 2004.

Le même jour, l'OAI a rendu un projet d'acceptation d'impotence, considérant que l'assurée avait besoin de l'aide d'autrui pour faire face aux nécessités de la vie. Il lui reconnaissait ainsi le droit à une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1^{er} avril 2004.

Par deux décisions du 7 décembre 2006, l'OAI a confirmé les projets d'acceptation de rente et d'impotence précités. A défaut de recours formés par l'assurée, ces décisions sont entrées en force.

b) Dans le cadre d'une première révision de la rente et de l'allocation pour impotent, l'assurée a indiqué, dans un questionnaire du 1^{er} décembre 2008, que son état de santé était inchangé et qu'elle était

toujours sans activité lucrative. Elle maintenait qu'elle travaillerait à 100% dans une activité ne nécessitant pas de formation particulière si elle était restée en bonne santé.

Le 9 janvier 2009, la Dresse H._____, médecin traitant spécialisé en médecine interne et rhumatologie, a retenu les diagnostics d'angoisses et de troubles obsessionnels compulsifs avec attaques de paniques. Elle précisait que le pronostic était probablement bon et que l'activité habituelle de femme de ménage était encore exigible, à hauteur de 20% à 40% dans un délai de deux ans.

Le 12 mars 2009, le Dr [...], chef de clinique adjoint de l'Unité de Psychiatrie Z._____, a diagnostiqué un trouble panique avec agoraphobie depuis février 2003, des troubles obsessionnels compulsifs avec comportement compulsif au premier plan et une personnalité anankastique. Il spécifiait que le traitement avait pris fin en 2007 et que la situation était stationnaire.

Sur la base de ces indications, l'OAI a avisé l'assurée, par deux communications des 30 mars et 14 septembre 2009, qu'il maintenait le droit à l'allocation pour impotent et à la rente d'invalidité sans modification. Il lui rappelait néanmoins que toute modification de la situation personnelle ou économique susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations devait lui être immédiatement annoncée.

c) Après avoir reçu une dénonciation, en mars 2010, selon laquelle l'assurée aurait repris une activité lucrative en qualité de femme de ménage, l'OAI a entrepris une deuxième révision d'office du droit à la rente et à l'allocation d'impotent. A cette occasion, l'assurée a annoncé derechef, dans un questionnaire daté du 25 janvier 2011, que son état de santé était resté le même et qu'elle n'avait pas repris d'activité lucrative. Elle a en outre maintenu qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Interpellé par l'OAI, l'Unité de Psychiatrie Z._____ a répondu, le 7 février 2011, que l'assurée n'avait plus consulté ses services depuis le mois de juillet 2007 et que s'il avait rendu un rapport à sa demande en 2009 sur la base des renseignements à sa disposition à l'époque, sans pour autant avoir revu la patiente, il ne lui était pas possible de faire de même à ce jour.

Dans deux rapports des 23 février et 8 avril 2011, la Dresse H._____ a confirmé les diagnostics posés le 9 janvier 2009. Elle relevait que la situation était inchangée depuis 2003 et que l'assurée n'arrivait toujours pas à travailler ou à sortir de chez elle. Au vu des nombreuses limitations fonctionnelles énumérées, ce médecin attestait une incapacité de travail totale dans toute activité.

L'OAI a mis en place un mandat de surveillance entre les mois de mars 2011 et juillet 2012. Un rapport d'observation établi le 2 juillet 2012 révélait que l'intéressée circulait très régulièrement seule au volant de sa voiture pour se rendre à trois adresses distinctes de la région d'Yverdon, où elle restait pendant plusieurs heures, ainsi que pour aller chercher son mari au travail ou, plus occasionnellement, pour se rendre en ville.

A réception de ce rapport, l'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien. Selon une note interne à l'office du 3 septembre 2012, cette dernière avait déclaré à cette occasion qu'elle se déplaçait seule dans les environs d'Yverdon pour y faire ses courses, tandis que son mari continuait à l'accompagner lors de sorties plus importantes. Elle avait reconnu œuvrer comme femme de ménage chez trois particuliers de la région depuis un ou deux ans, à raison de quelques demi-journées hebdomadaires, pour un salaire horaire de 15 fr., ce dont son médecin traitant, la Dresse H._____, n'avait pas été informé.

Le 18 septembre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de suppression de l'allocation pour impotent. Il rappelait avoir constaté que, selon les observations mises en place depuis le mois

de mars 2011, elle se rendait seule dans certaines communes voisines et certains commerces, ce qu'elle avait reconnu. Il se référait également à ses explications du 3 septembre 2012, selon lesquelles elle avait repris une activité de femme de ménage chez des particuliers depuis un à deux ans, à raison de trois demi-journées par semaine. L'office en concluait que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'était plus nécessaire et qu'à défaut d'en avoir été informé en temps utile, il y avait lieu de supprimer l'allocation d'impotence avec effet rétroactif au 1^{er} juin 2011, mois au cours duquel l'intéressée avait été observée pour la première fois en train de conduire et de se déplacer seule à l'extérieur de son domicile.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée le 29 octobre 2012. Au regard des déclarations de l'assurée, selon lesquelles elle travaillerait à plein temps comme femme de ménage si elle était en bonne santé, l'enquêtrice a retenu un statut d'active à 100 pour cent. Elle observait que l'intéressée ne parvenait toujours pas à maîtriser ses rituels de nettoyage, qui l'épuisaient physiquement et psychiquement, et fixait ainsi le degré d'invalidité ménager à 23 pour cent.

Par décision du 30 octobre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 septembre précédent et supprimé l'allocation d'impotence avec effet rétroactif au 1^{er} juin 2011, le non-respect de l'obligation de renseigner entraînant en outre la restitution des prestations indûment perçues à compter de cette date. A défaut de recours de la part de l'assurée, dite décision est entrée en force.

La mise en œuvre d'une expertise médicale a été confiée par l'OAI au Dr S._____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 25 février 2013, l'expert a relevé en particulier ce qui suit:

" Pour la période antérieure à 2003, il n'y a pas de signes ou d'éléments significatifs pour un trouble psychique. Bien qu'il ait toujours été mentionné que l'assurée était anxieuse, ceci semble plutôt dans un registre non spécifique. Par ailleurs, ces tendances ne l'ont pas empêchée de travailler.

Ensuite, en 2003, il y a un certain enchaînement d'événements. Tout d'abord l'assurée, qui travaillait directement pour l'entreprise [...], a été réintégrée dans une société de nettoyages. En fin 2002 elle a été licenciée. Bien qu'il ait été annoncé qu'une nouvelle société voulait la reprendre, on peut tout à fait imaginer qu'il y a eu une petite déstabilisation et un manque de sécurité.

Ensuite est intervenu l'événement de février 2003. L'assurée, se trouvant le matin dans les toilettes de [...] s'est trouvée en face d'un garçon voyeuriste. Elle a pu réagir immédiatement, elle avait gardé ses réflexes, elle voulait l'attraper et a dénoncé la situation à son employeur. Elle était déçue que ce dernier n'ait rien entrepris, même pas l'achat d'un système de sécurité supplémentaire. Elle a gardé ici une déception, un mécontentement, mais aussi une révolte, ce qui ressort à quelques endroits du dossier médical.

L'événement en soi n'était pas un véritable traumatisme. À juste titre, le médecin des premiers secours a utilisé le terme « effrayée ». Il n'y avait pas de paralysie ni de symptomatologie typique pour un trouble post-traumatique. Par contre, deux mois après, l'assurée a consulté le Centre médical [...], (une permanence et non un médecin généraliste) qui l'a mise, deux jours après, en arrêt de travail. Les symptômes que le médecin de premier recours a retenu étaient anxieux et relativement peu spécifiques. On peut cependant admettre qu'il y ait eu une certaine perturbation et qu'il y a eu probablement un syndrome anxio-dépressif de moyenne intensité.

Les choses se sont accentuées au moment où l'assurée a été prise en charge (juillet 2003) par l'Unité de Psychiatrie Z._____. Le rapport y relatif est assez significatif: en observation (status psychiatrique) directe il est extrêmement réduit et les descriptions de l'assurée prennent une très grande importance. C'est dès ce moment-là que les pathologies d'agoraphobie, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif et de personnalité anankastique ont été établies et caractérisées comme invalidantes. En toute logique, la demande de rente AI a suivi et l'examen SMR a confirmé la première vision du médecin Unité de Psychiatrie Z._____ et de la patiente.

Le Dr B._____ a certes préconisé une révision deux ans après, mais celle-ci se fait juste sur déclaration des personnes concernées. Ce qui joue un rôle aussi particulier dans cette situation est le fait que l'assurée avait annoncé être complètement recluse à la maison, de ne pouvoir sortir uniquement qu'avec l'aide de son mari ou d'une autre personne et de se considérer et se montrer comme impotente. Au plus tard en janvier 2011, elle était ici en contrevérité car dans le questionnaire de l'AI, elle a reconfirmé d'avoir besoin d'un accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie. On peut affirmer ceci car, l'année d'après, l'observation par détective a montré une activité professionnelle à l'extérieur, seule et ceci selon les dires de Mme X._____ depuis 2010-2011.

La vérification de la situation réelle de la personne était ici très révélatrice. L'étude et description des preuves (écrits, photos et vidéos) montrent très clairement entre autres ceci:

- l'assurée conduit seule et est à l'aise,
- l'assurée conduit seule lorsqu'elle va chercher et amène son mari à des endroits différents,
- elle ne montre aucun signe d'inquiétude ou d'anxiété dans l'espace public,
- elle est parfois souriante,
- elle sort et rentre dans sa maison sans inhibition,
- elle a un comportement normal dans l'espace public,
- elle n'évite pas les espaces ouverts (elle ne longe pas les murs),

- elle est toujours bien coiffée, bien maquillée et bien habillée,
- elle ne montre jamais aucun signe de fatigue.

En somme, l'objectivation extérieure a montré une personne et un comportement parfaitement normaux.

Mme X. _____, lors de l'entretien qu'elle a eu avec les représentants de l'AI, a admis les faits. Ceci n'empêche pas que dans notre entretien elle donnait une vision très dramatique, lourde et pathologique de son comportement à l'intérieur de la maison. Dans ses descriptions personnelles, elle se décrivait comme une personne hantée par les nettoyages, depuis 5h du matin jusqu'à 21h le soir à la tâche, refusant les propositions d'aide de ses enfants et de son mari, selon elle toujours un épuisement, toujours à la limite d'une décompensation et incapable de faire autrement. Ceci contrastait avec quelques autres informations qu'elle donnait: occupation avec les enfants, crochet, émissions de télévision, cercle Facebook, lecture, course à pied et autres.

En observation directe, c'est-à-dire sans tenir compte des énoncées de Madame X. _____, nous avons vu et décrit une femme un peu sur le qui-vive, initialement assez nerveuse, ensuite un peu plus apaisée, mais toujours dans une légère tension. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, son expression verbale était souvent accélérée et sa manière de s'exprimer souvent très dramatisée. Il n'y avait clairement pas de troubles cognitifs, l'assurée était euthymique - neutre, souvent aussi souriante et parfois nous l'avons aussi vue avec des petits rires. Elle pouvait être deux ou trois fois affectée, ceci en lien avec ses descriptions d'intensité de sa souffrance, mais ceci était tout à fait passager. Elle n'était pas particulièrement anxieuse en situation d'examen, nous avons retenu davantage de tension et d'anxiété. Il n'y avait pas de comportements d'évitement ou obsessionnels.

Notre dosage médicamenteux a montré un taux sérique très faible de l'antidépresseur prescrit, largement en dessous de la fourchette thérapeutique. Depuis longtemps il n'y a plus de suivi psychiatrique.

Il s'agissait d'une personnalité à traits histrioniques, peut-être avec un léger fond anxieux structurel, mais en même temps aussi d'une personne ambitieuse qui se met probablement sous pression elle-même par les exigences. Quelques montées de colère concernaient l'évocation des problèmes avec son ex employeur, son frère et sa belle-soeur qui se trouvent dans une histoire très particulière. En somme, notre bilan d'observation avec un côté anodin et rassurant contrastait totalement avec l'auto appréciation de l'assurée et de son état. Malgré tout ce qu'elle a admis comme activité, elle restait dans une fixation d'être gravement malade et invalide. Vu l'image qu'elle donne à travers les enregistrements vidéos et photos, vu l'image qu'elle nous a donnée, cette vision personnelle d'invalide n'est simplement pas crédible. De ce fait, nous nous voyons obligé de mettre une grande partie de ces allégations personnelles en question."

Au vu de ces éléments, l'expert S. _____ considérait qu'il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique à retenir. Il précisait qu'il était possible que l'assurée ait peut-être toujours quelques tendances anxieuses, mais qu'il existait une large palette pour améliorer la situation psychique, pour autant qu'elle le souhaite et y participe. Il constatait cependant qu'il n'y avait plus de suivi psychiatrique ou

psychothérapeutique ni de médication anxiolytique, que l'antidépresseur était très largement en dessous du niveau thérapeutique et que le suivi médical général était extrêmement espacé (une fois par année), de telle sorte que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement.

Dans un avis médical du 21 mars 2013, la Dresse T._____ du SMR a estimé que le rapport d'expertise du Dr S._____ était complet et convaincant, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Elle considérait ainsi que l'assurée devait se voir reconnaître une pleine capacité de travail au plus tard depuis le mois de juin 2011, soit le mois à partir duquel l'allocation pour impotent avait également été supprimée.

Le 3 avril 2013, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité rétroactivement au 1^{er} juin 2011, sur la base des constatations du rapport d'observation du 2 juillet 2012 et des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique écartant tout diagnostic invalidant. En outre, compte tenu du fait que l'intéressée n'avait pas signalé sa reprise d'activité lucrative dans les différents questionnaires de révision, l'office considérait qu'elle avait failli à son obligation de renseigner, raison pour laquelle les prestations indûment perçues lui seraient réclamées en retour par une décision séparée.

Par décision du 4 avril 2013, entrée en force, l'OAI a ordonné la restitution de la somme de 8'352 fr., correspondant à l'allocation d'impotence perçue indûment par l'assurée du 1^{er} juin 2011 au 30 novembre 2012.

Le 22 avril 2013, la Dresse H._____ a écrit à l'OAI, sur demande de l'assurée, que cette dernière avait eu un parcours difficile, que son frère était décédé quelques mois auparavant et que son fils souffrait d'un ostéosarcome. Le médecin traitant exposait que les angoisses de sa patiente avaient augmenté, qu'elle avait perdu environ 8kg, dormait mal, pleurait et connaissait des troubles de la concentration, de sorte qu'elle ne pouvait pas reprendre son travail de ménagère et était

sous traitement antidépresseur. Elle priait en conséquence l'office de revenir sur son projet de décision de suppression de rente d'invalidité.

Le 29 avril 2013, l'assurée a elle-même contesté le projet de décision de l'OAI du 3 avril précédent. Elle expliquait qu'elle ne remettait pas en cause la suppression de son allocation d'impotence, du fait qu'elle était désormais capable de quitter son domicile sans accompagnement, mais qu'elle s'opposait toutefois à l'appréciation du Dr S. _____ selon laquelle elle serait apte à travailler à 100%. Elle faisait valoir, outre les difficultés familiales évoquées par son médecin traitant, que son état de santé s'était détérioré depuis le mois de décembre 2012 et qu'elle ne pouvait plus faire le ménage chez elle ou chez autrui. Elle ajoutait qu'elle ignorait que l'obligation d'informer l'office s'appliquait également à son cas d'invalidité partielle.

L'OAI a soumis ces éléments au SMR pour appréciation. Dans un avis du 30 mai 2013, les Drs T. _____ et [...] ont estimé que l'assurée présentait manifestement un état dépressif réactionnel aux différentes difficultés qu'elle rencontrait dans sa vie. Ils présumaient qu'il s'agissait donc d'une nouvelle atteinte, laquelle devait faire l'objet d'une réévaluation dans un délai de six à neuf mois.

Par courrier du 24 juin 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'au regard de l'analyse du SMR, l'incapacité de travail et les troubles réactionnels annoncés constituaient un nouveau cas d'assurance, devant faire l'objet d'une demande de prestations séparée. Dans la mesure où le projet de décision contesté ne concernait que la période du 1^{er} juin 2011 au 31 mai 2012, les arguments invoqués par l'intéressée n'étaient, selon l'office, pas de nature à modifier sa position.

Etait par conséquent annexée audit courrier une décision de l'OAI, datée du même jour et munie des voies de droit, confirmant intégralement le projet du 3 avril 2013.

Par missive de son conseil du 29 juillet 2013, l'assurée a fait part à l'OAI de son intention de recourir contre cette décision et de ses inquiétudes relatives à des manquements de l'expert S._____, dont elle avait eu des échos et au sujet desquels elle souhaitait que l'office se détermine.

Par décision du 6 août 2013, l'OAI a ordonné la restitution de la somme de 62'053 fr., correspondant à la rente d'invalidité perçue indûment par l'assurée du 1^{er} juin 2011 au 31 juillet 2013.

B. X._____ a recouru contre la décision de suppression de rente d'invalidité du 24 juin 2013, par mémoire motivé du 6 août 2013 accompagné d'un bordereau de pièces, en concluant principalement au maintien de la rente, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelles instruction et décision. Elle reproche en premier lieu à l'office intimé d'avoir retenu un statut d'active à 60%, alors même qu'elle a toujours déclaré qu'elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé. Excipant de sa bonne foi, elle allègue que lorsqu'elle a rempli les questionnaires de révision les 1^{er} décembre 2008 et 25 janvier 2011, elle était effectivement sans activité lucrative, qu'elle n'a repris, modestement, qu'aux alentours de mai 2011, contrairement à ce qui ressort de la note interne à l'OAI. Elle soutient également que le taux d'invalidité de 69% reconnu par ce dernier l'a induite en erreur en ce sens qu'elle croyait ainsi conserver une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 30 pour cent. S'agissant du rapport d'observation du 2 juillet 2012, elle remarque qu'il ne fait état que de quelques sorties très ponctuelles limitées dans le temps, pour des raisons professionnelles et en milieu connu, ainsi que d'une forte méfiance de sa part, ce qui viendrait corroborer sa problématique psychiatrique. La recourante fait ensuite valoir que son dossier médical atteste l'existence de pathologies psychiques graves, rendant impossible toute activité professionnelle, et que la reprise de quelques heures de ménage par semaine doit être interprétée comme une volonté de recouvrer, idéalement, une pleine capacité de travail. Elle attire l'attention du Tribunal sur le caractère dissident de l'expertise du Dr S._____, qui va à l'encontre de l'ensemble

des autres avis médicaux au dossier en écartant tout diagnostic psychiatrique, et sur l'absence de date claire à compter de laquelle l'aptitude au travail aurait été recouvrée. Elle s'étonne en particulier que l'expert ait noté qu'elle était bien coiffée, maquillée, soignée et portait plusieurs bijoux, alors même qu'elle soutient s'être présentée cernée, non maquillée et sans bijou. Elle voit en outre une contradiction dans le fait que l'expert écarte tout trouble psychique invalidant, tandis que les analyses sanguines ont révélé une médication antidépressive régulière, et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle conteste de surcroît l'effet rétroactif de la décision querellée au 1^{er} juin 2011, estimant que cette date ne repose sur aucune constatation pertinente. Elle se prévaut enfin du rapport de la Dresse H. _____ du 22 avril 2013 pour en conclure que ses difficultés personnelles extrêmes l'empêchent encore davantage aujourd'hui de reprendre quelque activité lucrative que ce soit.

Dans un courrier du 8 août 2013, l'assurée a renouvelé sa requête d'expertise, se réservant de mandater elle-même, cas échéant, un expert privé.

Le 22 août 2013, l'assurée a produit un nouveau rapport de la Dresse H. _____, du 11 août précédent, qui atteste une incapacité de travail depuis le 22 avril 2013 et une récurrence de ses angoisses suite au décès de son frère et à la maladie de son fils. Le médecin traitant précise que ces angoisses sont à sa connaissance traitables mais qu'une reprise du travail n'est pas envisageable, l'avis d'un spécialiste étant toutefois nécessaire.

Dans sa réponse du 11 septembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En réplique du 20 septembre 2013, la recourante a maintenu sa position.

Le 21 octobre 2013, la recourante a produit un rapport médical du même jour du Dr L._____, psychiatre, à l'intimé, faisant état d'une aggravation de son état de santé.

Dans ses déterminations du 12 novembre 2013, l'OAI a relevé que la recourante avait déposé une nouvelle demande le 26 août 2013 et qu'il était entré en matière sur celle-ci, dès lors que l'aggravation était plausible.

Par écriture du 19 novembre 2013, le conseil de la recourante a confirmé cette entrée en matière, en précisant que la décision de rente à venir sur cette aggravation était distincte du contentieux à trancher, si bien que la recourante maintenait ses conclusions.

E n d r o i t :

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

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur la suppression, par la voie de révision, du droit de la recourante à trois-quarts de rente d'invalidité rétroactivement au 1^{er} juin 2011. Singulièrement, il y a lieu d'examiner si la capacité de gain de l'intéressée a augmenté dans une mesure justifiant la suppression de cette prestation depuis la décision initiale du 7 décembre 2006 (les communications par lesquelles l'intimé a indiqué à l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de cette prestation n'étant pas pertinentes pour la base de comparaison déterminante dans le temps; cf. ATF 133 V 108).

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

l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (respectivement l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité.

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent toutefois être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés

dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

4. Dans un premier moyen, la recourante fait grief à l'OAI d'avoir retenu un statut de 60% comme active et de 40% comme ménagère, alors qu'elle a toujours soutenu, en particulier dans les différents questionnaires qui lui ont été soumis, qu'elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé.

S'il est exact que ses déclarations n'ont pas varié sur ce point, il y a toutefois lieu de constater que la recourante n'a jamais contesté les décisions et communications antérieures lui reconnaissant un tel statut. Celui-ci était d'ailleurs justifié à l'époque dès lors que, durant les trois dernières années qui ont précédé l'atteinte à la santé, l'intéressée avait toujours travaillé à 60% sans chercher à augmenter ce taux d'activité, ainsi que cela ressort du premier rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 juin 2005. Un tel taux d'occupation était d'ailleurs d'autant plus réaliste que ses deux enfants étaient encore très jeunes.

Quoi qu'il en soit, un statut d'active lui a désormais été reconnu lors de la seconde enquête économique sur le ménage du 29 octobre 2012, ce que l'OAI ne remet pas en cause.

Le moyen doit donc être rejeté.

5. La recourante conteste ensuite la pleine capacité de travail exigible qui lui est reconnue par l'office intimé. Elle réfute les conclusions de l'expert S._____, qu'elle estime contraires à l'ensemble des autres avis médicaux au dossier, en particulier celui de son médecin traitant, la Dresse H._____, pour qui une reprise du travail ne serait pas envisageable.

a) Quoi qu'en dise la recourante, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr S._____ du 25 février 2013 remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3d). En effet, l'analyse de l'expert, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, repose sur une étude soignée de l'anamnèse, tient compte des plaintes émises par l'intéressée, procède d'une bonne connaissance du dossier médical et résulte d'exams cliniques approfondis. La réflexion de l'expert fait l'objet d'une discussion claire et étoffée, tandis que ses conclusions, qui écartent tout diagnostic psychiatrique, sont dûment motivées.

Au demeurant, le rapport ne contient pas de contradictions intrinsèques, contrairement à ce qu'allègue la recourante. En particulier, il est inexact de soutenir que les tests sanguins auraient démontré qu'elle prenait assidûment sa médication. Bien plutôt ont-ils révélé un taux sérique très faible de l'antidépresseur prescrit, largement en dessous du niveau thérapeutique (cf. p. 19-20 du rapport d'expertise). Quant au fait que le Dr S._____ a relevé que l'expertisée était soignée et portait plusieurs bijoux lors de l'examen, ce que cette dernière dément, il ne s'agit pas d'une constatation inexacte des faits pertinents, vu l'absence d'incidence de cette observation sur le sort de la cause.

Partant, il n'existe pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et seraient susceptibles de remettre en cause ses conclusions. Le seul fait que la Dresse H._____ émette un avis divergent ne permet pas de modifier cette appréciation. En effet, ce médecin traitant – qui n'est pas psychiatre, contrairement à l'expert, et enclin en sa qualité à prendre parti pour sa patiente – atteste, dans son rapport du 22 août 2013, une incapacité de travail sur le plan psychique depuis le 22 avril 2013, soit consécutivement aux graves problèmes familiaux rencontrés actuellement par la recourante. Il s'agit donc, comme l'ont relevé les médecins du SMR, d'un état dépressif réactionnel aux difficultés de vie de l'intéressée, soit d'une nouvelle atteinte qui devra faire l'objet, cas échéant, d'une nouvelle

demande de prestations. Tel est au demeurant déjà le cas, l'OAI indiquant être entré en matière sur la nouvelle demande du 26 août 2013. Auparavant, la Dresse H._____ avait du reste reconnu à l'assurée, au début de l'année 2009, une capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle de femme de ménage, qui devait augmenter à l'avenir. En 2011, elle parlait d'une situation inchangée, affirmant que sa patiente était toujours incapable de travailler ou de sortir de chez elle. Or, ces affirmations sont clairement démenties par le rapport d'observation du 2 juillet 2012, lequel établit qu'en mars 2011 déjà, l'intéressée quittait régulièrement son domicile pour aller faire le ménage chez des particuliers. Cette date coïncide d'ailleurs avec les déclarations de l'assurée, verbalisées dans la note interne de l'OAI du 3 septembre 2012 que l'acte de recours remet pourtant en question. L'appréciation de la Dresse H._____ n'est ainsi pas propre à remettre en cause les observations de l'expert S._____.

b) S'agissant des autres avis médicaux au dossier, ceux-ci sont peu nombreux. Certes, le Dr B._____ faisait état, dans son rapport du 16 août 2006, d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 18 avril 2003 en raison d'un trouble obsessionnel compulsif et d'une agoraphobie, selon lui entièrement limitatifs. Il n'en demeure pas moins que ce même médecin avait préconisé une réévaluation dans un délai de deux ans, vu l'évolution favorable possible, ce qui n'a pas été fait. Quant à la première procédure de révision, elle s'est fondée uniquement sur deux avis médicaux peu étayés, à savoir celui du médecin traitant, qui retenait une capacité de travail résiduelle dans l'activité de femme de ménage, et celui de l'Unité de Psychiatrie Z._____ qui, deux années plus tard, a révélé avoir établi son rapport sur la base des renseignements à sa disposition à l'époque, sans avoir revu la patiente depuis 2007.

c) Au vu de ces éléments, c'est à bon droit que l'office intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise psychiatrique, laquelle a été effectuée en toute connaissance de cause, est parfaitement convaincante et correspond, de surcroît, aux constatations objectives résultant du mandat de surveillance. A ce sujet, l'argument de la recourante consistant

à dire que la méfiance dont elle faisait preuve à cette occasion démontrerait sa fragilité psychique est vain. L'enquête a au contraire révélé qu'elle sortait régulièrement seule de chez elle et qu'elle ne présentait aucun signe d'inquiétude ou d'anxiété, ni aucun comportement anormal dans l'espace public.

Dans ces conditions, il est établi qu'il y a eu une amélioration sensible de l'état de santé de la recourante, propre à entraîner la suppression, par voie de révision au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente d'invalidité. Aussi un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise, telle que requis par l'intéressée, ne se justifie-t-il pas. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées).

6. La recourante remet enfin en cause l'effet rétroactif de la suppression de rente au 1^{er} juin 2011, faisant valoir que cette date ne repose sur aucun fondement pertinent et qu'elle ignorait, de bonne foi, la portée de son obligation de renseigner l'OAI sur sa reprise d'activité lucrative.

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

Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En matière d'assurance-invalidité, l'art. 77 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a; TF 9C_75/2011 du 22 août 2011 consid. 4.2).

b) L'argumentation de la recourante, selon laquelle elle était sans activité lucrative lorsqu'elle avait complété les questionnaires de révision des 1^{er} décembre 2008 et 25 janvier 2011, est sans portée puisqu'aux termes clairs de l'art. 77 RAI, elle se devait d'annoncer spontanément à l'OAI tout changement dans sa situation personnelle ou économique. Cette obligation lui avait d'ailleurs été expressément rappelée dans les deux communications de l'office des 30 mars et 14 septembre 2009. Or, le fait d'avoir repris, de son propre chef, une activité lucrative en qualité de femme de ménage constitue à n'en point douter un changement important dans la situation économique de l'intéressée. La bonne foi dont se prévaut cette dernière est au demeurant sujette à caution, dans la mesure où la reprise d'activité a été portée à la connaissance de l'intimé en mars 2010 et où la Dresse H._____ signalait déjà une profession habituelle de femme de ménage en janvier 2009.

Force est donc d'admettre que les éléments au dossier sont suffisants pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que

la recourante avait, de son plein gré, repris une activité professionnelle régulière à tout le moins depuis le mois de juin 2011, au cours duquel elle avait effectivement été aperçue pour la première fois, par le biais du mandat de surveillance, en train de se déplacer seule à l'extérieur de son logement.

Par conséquent, en n'avisant pas l'intimé de ce changement de situation, la recourante a contrevenu à son obligation de renseigner, ce qui justifie la suppression de la rente avec effet rétroactif au 1^{er} juin 2011.

On relèvera que le présent arrêt a trait à la situation de la recourante antérieure aux graves problèmes familiaux auxquels elle est confrontée, et qui ne préjuge donc en rien des suites qui seront données à sa nouvelle demande.

7. En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 24 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :