

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 997 vom 20. Oktober 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__997

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 997 du 20 octobre 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 997 del 20 ottobre 2011

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE{EN GÉNÉRAL}, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, RECONSIDÉRATION | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 20.10.2011 Arrêt / 2011 / 997

AI{ASSURANCE}, RENTE{EN GÉNÉRAL}, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, RECONSIDÉRATION | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 538/09 - 468/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 octobre 2011

Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges :
Mmes Thalmann et Röthenbacher Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause
pendante entre : W. _____, à Vevey, recourante, représentée par DAS Protection
Juridique SA, à Lausanne et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à
Vevey, intimé. _____ Art. 7, 8, 16, et 53 al. 2 LPGA; art. 4, 28 et 28a LAI E n
f a i t : A. a) W. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante italo-uruguayenne née en
1949, infirmière de formation, titulaire d'une autorisation d'établissement, mariée et mère de
deux filles nées respectivement en 1979 et 1982, est arrivée en Suisse en 1975. Dès le mois
de juin 1979, elle a été engagée comme infirmière à 100% auprès de l'Hôpital F. _____,
site [...]; à partir de 1982, elle y a occupé un poste d'infirmière-veilleuse, diminuant son taux
d'activité à 50% (ou 60% selon les versions). B. a) En novembre 1998, l'assurée s'est vu
diagnostiquer un carcinome du sein bilatéral, en raison duquel elle a subi une
mammectomie bilatérale avec curage axillaire, suivie de chimiothérapie. Les frais de
perruque et d'exoprothèse du sein engendrés par ces traitements ont été pris en charge par
l'assurance-invalidité (AI) à compter du 12 janvier 1999. b) En date du 16 novembre 1999,
l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant sa maladie. Sur
le plan professionnel, elle a indiqué se trouver en incapacité complète de travail depuis la
découverte de son cancer du sein le 17 novembre 1998. Dans un rapport du 7 décembre
1999, le Dr N. _____, spécialiste FMH en oncologie et hématologie, a posé les
diagnostics de fibromyalgie de longue date, de status après mastectomie bilatérale avec
curages ganglionnaires axillaires pour carcinome canalaire invasif T2N0M0 à droite et
T1N0M0 à gauche, de status après chimiothérapie adjuvante, de status après radiothérapie
sur la cicatrice du sein droit, et de lymphœdème modéré du bras droit. Il a observé que
l'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 17 novembre 1998. Il a mentionné
une décompensation de la fibromyalgie, avec apparition de douleurs extrêmement

importantes de la ceinture scapulaire probablement aggravées en raison des troubles de la statique déclenchés par la mastectomie bilatérale, et a relevé que seule une petite partie des tâches ménagères pouvait être effectuée par l'intéressée. Il a produit un compte-rendu du 12 novembre 1999 de la Dresse T. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, retenant à titre de diagnostic principal un état dépressif et anxieux réactionnel à la maladie oncologique, et signalant par ailleurs diverses atteintes d'origine ostéo-articulaire (fibromyalgie connue de longue date, lombalgies sur anomalie de transition avec néo-articulation transversaire L5-S1 droite et discopathie L5-S1, syndrome du conflit sous-acromial bilatéral, cervicarthrose modérée, chondropathie rotulienne, séquelles de maladie de Scheuermann, coxa vara bilatérale, et status après possible rupture d'un kyste de Baker du genou gauche deux ans auparavant, dans un contexte de méniscose interne) ainsi que des co-morbidités (obésité d'origine exogène progressive, et status après mastectomie bilatérale, chimiothérapie et radiothérapie). Aux termes d'un rapport du 28 février 2001, la Dresse T. _____ a confirmé que l'état de santé de l'intéressée s'était détérioré sous le coup d'un état dépressif réactionnel à la découverte de son cancer, mais que la situation s'était probablement stabilisée depuis la dernière consultation survenue en novembre 1999. Elle a ajouté que « [l]es limitations à prendre en compte [étaient] l'état de fragilité antérieure de la patiente sur le plan psychique, avec état anxieux, fibromyalgie fréquemment décompensée, aggravée par la problématique oncologique. Par ailleurs, le status après curage ganglionnaire bilatéral et discret lymphœdème rend[ait] plus à risque [...] la patiente en cas de blessure intercurrente dans son emploi aux soins intensifs ou au service d'urgence. En revanche, un emploi d'infirmière scolaire [paraissait] tout à fait adapté à la mi-journée, compte tenu des restrictions d'ordre psychique ». Dans un rapport du 30 mai 2001, le Dr N. _____ a rappelé ses précédents diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, tout en ajoutant que l'assurée avait subi une reconstruction mammaire par lambeau abdominal bilatéral en mars 2001, intervention ayant entraîné des nécroses cutanées multiples de la paroi abdominale, ainsi que de multiples embolies pulmonaires d'origine indéterminée. Il a précisé que les phénomènes de nécrose étaient en voie de guérison très lente avec des douleurs relativement importantes, décompensant de façon certaine la fibromyalgie. Il a indiqué que l'évolution clinique était lentement favorable, mais que du point de vue des complications post-opératoires, il n'y avait pas d'amélioration des douleurs des ceintures et des douleurs dorsales itératives. En date du 12 juin 2002, les Drs D. _____ (spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructrice), R. _____ (spécialiste FMH en rhumatologie) et S. _____ (psychiatre), du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont procédé à un examen clinique pluridisciplinaire sur la personne de l'assurée. Dans leur rapport du 18 juin 2002, ils ont retenu les diagnostics suivants : " • Status après mastectomie bilatérale T2N0M0 à droite et T1N0M0 à gauche suivie par radio- et chimiothérapie en 1998. • Status après reconstruction mammaire bilatérale par lambeau pédiculé du grand droit abdominal avec nécrose secondaire de la paroi abdominale et cicatrisation per secundam[.] • Embolies pulmonaires multiples post reconstruction mammaire. • Cervico-lombalgies chroniques persistantes : ■ Discrets troubles dégénératifs étagés. – Anomalie transitionnelle lombo-sacrée. ■ Uncarthrose C4-C5 et C5-C6, discopathie L4-L5. ■ Discrètes séquelles de maladie de Scheuermann au[x] niveau[x] dorsal et lombaire haut. • Périarthrite de hanche à droite[.] • Syndrome rotulien gauche[.] • Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.2) chez une personnalité émotionnellement labile. • Trouble somatoforme douloureux. " Cela étant, les médecins du SMR ont exposé que d'un point de vue biomécanique objectif, l'assurée

n'était plus à même d'occuper un poste d'infirmière en soins généraux dans un hôpital ou une clinique, mais qu'elle demeurait toutefois capable de travailler à 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles physiques (à savoir : nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout, pas de soulèvement de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port de charges d'un poids excédant 8 kg, et aucun effort en porte-à-faux statique ou dynamique du tronc). Sur le plan psychiatrique, ils ont cependant relevé qu'elle présentait une incapacité de travail de 70% sur la base d'un 100% (l'intéressée ayant envisagé de travailler à plus de 60% au moment de la découverte de son cancer). Aussi ont-ils finalement retenu une capacité de travail exigible de 30% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans un rapport d'examen SMR du 31 juillet 2002 essentiellement fondé sur le compte-rendu précité, la Dresse D. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère chez une personnalité émotionnellement labile. Elle a par ailleurs mentionné les pathologies associées du ressort de l'AI suivantes : cervico-lombalgies chroniques sur troubles statiques et discopathies L4-L5, péri-arthrite de la hanche droite et syndrome rotulien gauche. Cela étant, elle a considéré que l'assurée n'était plus à même de travailler dans son activité habituelle, mais qu'elle conservait une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée.

c) Par décision du 12 mai 2003 faisant suite à un projet du 6 août 2002, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière à compter du 1^{er} novembre 1999, sur la base d'un taux d'invalidité de 70%. C. a) Dans un questionnaire pour la révision de la rente complété le 29 septembre 2005, l'assurée a indiqué que son état de santé demeurait stationnaire, et qu'elle avait recours aux services d'une aide de ménage. Aux termes d'un formulaire 531bis rempli le même jour, elle a précisé que sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme infirmière entre 50% et 60%, cela tant pour des motifs financiers que par intérêt personnel. Par rapport du 27 février 2006, le Dr N. _____ a confirmé les diagnostics incapacitants retenus dans ses précédents constats, tout en ajoutant celui de prurigo chronique des membres supérieurs. En outre, il a observé que l'assurée était toujours totalement incapable de travailler, et qu'aucune amélioration de l'état de santé n'était intervenue depuis le compte-rendu du 30 mai 2001. En particulier, il a signalé que les problèmes fibromyalgiques persistaient, avec principalement des douleurs des deux ceintures et de la région pelvienne, douleurs réfractaires aux différents traitements effectués. En revanche, il n'y avait pas de poursuite évolutive de la maladie. Il a exposé que les nécroses cutanées de la paroi abdominale consécutives à la reconstruction mammaire étaient guéries avec toutefois des cicatrices hypertrophiques et partiellement rétractées. Enfin, il a relaté que l'assurée souffrait des bouffées de chaleur itératives dans le contexte d'une instabilité non végétative sévère. Aux termes d'une correspondance non datée reçue le 25 juillet 2006 par l'OAI, l'assurée a exposé qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre, mais qu'elle demeurait sous anti-dépresseurs. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 17 avril 2007 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice mandatée par l'OAI a exposé que cette dernière présentait un statut de 60% active et de 40% ménagère. S'agissant plus particulièrement de la part ménagère, l'enquêtrice a retenu un taux d'invalidité de 10%, relevant que l'assurée ne pouvait effectuer des nettoyages en hauteur dans sa cuisine, que l'entretien du logement se faisait par étapes et seulement jusqu'au niveau des bras, qu'une femme de ménage se chargeait du nettoyage des catelles, des vitres et des à-fonds, et que l'essentiel des courses était effectué en compagnie du mari de l'intéressée, lequel gérait le port des charges. Pour le surplus, l'enquêtrice a souligné que l'assurée faisait du bénévolat à raison de 4 heures par semaine dans le secteur du commerce de détail, et que sans son

atteinte à la santé, elle aurait indubitablement poursuivi son activité dans le domaine médical sans diminuer son taux d'occupation. Par avis médical SMR du 25 avril 2008, le Dr Y. _____ a considéré que les éléments au dossier permettaient de conclure à la « persistance inchangée des incapacités de travail » précédemment reconnues par ce service.

b) En date du 6 octobre 2008, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision dans le sens d'une réduction de sa rente entière d'invalidité à un quart de rente. L'office a exposé que la décision initiale d'octroi de rente était manifestement erronée sur deux aspects. D'une part, il a relevé que l'intéressée avait travaillé à temps partiel depuis 1982 et qu'elle avait indiqué que son taux d'occupation se serait élevé à 60% sans atteinte à la santé. Il en a conclu que le statut de 100% active retenu dans la décision initiale était donc erroné, l'assurée devant être considérée comme active à 60% et ménagère à 40%. D'autre part, il a souligné qu'aucun calcul du préjudice économique n'avait été effectué dans le cadre de la décision initiale d'octroi de rente, nonobstant la reconnaissance d'une capacité de travail exigible de 30% dans une activité adaptée. Cela étant, l'OAI a procédé à l'évaluation de la perte de gain de l'assurée en tenant compte des éléments précités, aboutissant, après addition des degrés d'invalidité retenus pour la part ménagère (4% [40% x 10%]) et pour la part active (39.60% [60% x 66%]), à un taux d'invalidité global de 43.60%, n'ouvrant le droit qu'à un quart de rente AI et pas à une rente entière. L'assurée a contesté ce projet par acte du 19 novembre 2008, rédigé par son conseil. Pour l'essentiel, elle a fait valoir que l'OAI avait à l'origine délibérément statué sur le droit initial à la rente sans ordonner d'enquête ménagère, et que c'était à tort que cet office avait reconsidéré sa position – alors même que, de l'avis des médecins interpellés, l'état de santé était demeuré stationnaire – sur la base d'une enquête ménagère postérieure à la procédure initiale d'octroi de rente et dont le contenu prêtait le flanc à la critique, attendu que la période analysée n'était pas clairement définie et que les atteintes psychiques n'avaient pas été prises en compte pour la détermination du taux d'invalidité de la part ménagère. Elle a ajouté que l'OAI aurait dû statuer sur la seule base des pièces du dossier existant à l'époque de la décision initiale, et plus particulièrement du rapport du SMR du 18 juin 2002 fixant à 70% les limitations fonctionnelles psychiatriques. De surcroît, elle a contesté le calcul du préjudice économique effectué par l'office, se prévalant d'un taux d'invalidité global de 74.69% (soit 46.69% pour la part active et 28% pour la part ménagère) ne justifiant pas la reconsidération de l'allocation initiale de la rente entière d'invalidité.

c) Le 20 juillet 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un nouveau projet de décision dans le sens d'une réduction de sa rente entière d'invalidité à une demi-rente. En substance, l'office a repris les motifs développés dans son projet du 6 octobre 2008, tout en procédant à un nouveau calcul du préjudice économique, au terme duquel le taux d'invalidité de l'assurée était estimé à 52%, après addition du taux d'invalidité de la part active (47.88% [60% x 79.8%]) et de celui de la part ménagère (4% [40% x 10%]). Dans une lettre explicative adressée le lendemain à l'assurée, l'office a exposé que l'absence d'enquête ménagère lors de la procédure initiale d'octroi de rente était due au statut de 100% active retenu à tort à cette époque. Il a ajouté que bien que l'enquête ménagère du 17 avril 2007 fût postérieure à la décision initiale de rente, il n'existait malgré tout aucune raison de s'en écarter, dès lors que ses conclusions étaient représentatives de la situation actuelle de l'assurée tout comme de la situation prévalant au moment de l'octroi initial de la rente, étant souligné que l'état de santé ainsi que la situation familiale et personnelle de l'intéressée n'avaient pas évolué depuis plusieurs années. Il a relevé que la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels devait être analysée à l'aune des circonstances concrètes du cas particulier et non sur la base d'une évaluation

médico-théorique, et que l'enquête sur les activités ménagère était un moyen de preuve approprié pour évaluer les empêchements ménagers en cas d'atteintes à la santé psychique. Enfin, l'office a confirmé son calcul du préjudice économique. L'assurée a fait part de ses objections le 10 août 2009. Pour l'essentiel, elle a fait valoir que l'enquête économique sur le ménage ne constituait pas un moyen de preuve approprié en présence de troubles psychiques, contexte dans lequel il y avait lieu de préférer les constatations d'ordre médical. Cela étant, elle a allégué qu'en l'occurrence, il ressortait des pièces médicales au dossier que la capacité de travail exigible de 30% dans une activité adaptée reconnue lors de l'octroi initial de la rente était toujours d'actualité. d) Par courrier du 23 septembre 2009, l'OAI a réfuté les arguments de l'assurée. Il a observé que selon la jurisprudence fédérale récente, l'enquête ménagère était appropriée également en cas d'affections psychiques, et qu'il n'y avait lieu de s'écarter d'une telle enquête au profit de constatations médicales qu'en cas de divergences entre celles-ci et celle-là. A ce propos, l'office a relevé que les médecins interpellés en l'espèce s'étaient uniquement prononcés sur la capacité de travail de l'assurée, sans aborder la question des empêchements ménagers – à l'exclusion du Dr N. _____, lequel avait mentionné en décembre 1999 que l'évolution clinique permettait l'accomplissement d'une petite partie des tâches ménagères, sans toutefois détailler son point de vue. L'OAI a enfin indiqué que son courrier faisait partie intégrante de la décision de rente qui serait prochainement notifiée à l'assurée. Par décision du 8 octobre 2009, l'office a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente AI avec effet au 1^{er} décembre 2009, fondée sur un taux d'invalidité de 50%. D. a) Agissant par l'entremise de son conseil, W. _____ a recouru le 16 novembre 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation, à la constatation de la non réalisation des conditions de la reconsidération et à la reprise du versement de la rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 2009. Dans sa motivation, elle fait essentiellement valoir que c'est à juste titre que l'OAI n'a à l'origine pas ordonné d'enquête ménagère ni calculé le préjudice économique, dès lors que la jurisprudence fédérale admettant la pertinence d'une enquête ménagère en cas de troubles psychiques n'a été instaurée que postérieurement à la décision initiale d'octroi de rente. Elle en déduit que faute d'erreur manifeste entachant cette décision, l'intimé n'était donc pas habilité à revenir sur sa position par le biais de la reconsidération. A l'appui de ses dires, la recourante produit diverses pièces relatives aux phases antérieures de la procédure. b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 18 janvier 2010. En substance, il maintient que la décision initiale d'octroi de rente comporte des erreurs manifestes, en cela qu'elle fait abstraction de la problématique du statut de la recourante, et qu'elle ne comprend pas de calcul du préjudice économique conformément aux dispositions légales applicable à l'époque. Il ajoute que la rectification de cette décision revêt par ailleurs une importance notable, dès lors que l'assurée se trouve à 4 ans de l'âge de la retraite. Il se réfère pour le surplus à la décision de reconsidération du 8 octobre 2009 ainsi qu'à la lettre explicative du 23 septembre 2009. c) Répliquant le 12 février 2010, l'assurée renvoie à la motivation développée dans son recours. Subsidièrement, elle soutient que même à admettre que la décision initiale d'octroi de rente soit entachée d'une erreur manifeste en raison de l'absence de calcul du préjudice économique fondé sur un statut mixte d'active et de ménagère, il n'en demeure pas moins que la rectification de cette erreur n'aboutit pas à la réduction de la rente allouée. A cet égard, elle rappelle que l'enquête ménagère du 17 avril 2007 n'est pas probante en vertu de la jurisprudence applicable lors de l'octroi initial de la rente, si bien que le taux d'invalidité de 10% retenu par cette enquête ne

peut être pris en considération. Cela étant, elle allègue que l'invalidité pour la part ménagère s'élève à 28% (40% x 70%), et que, compte tenu de l'invalidité de 47.88% admise par l'OAI pour la part active (60% x 79.80%), il en résulte un degré total d'invalidité de 77.88% donnant droit à une rente AI entière. d) Dans sa duplique du 9 mars 2010, l'OAI a maintenu sa position. 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'AI (art. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 al. 1 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 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Est litigieuse en l'occurrence la réduction, par voie de reconsidération, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à une demi-rente, avec effet au 1^{er} décembre 2009. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% à trois quarts de rente, et un taux d'invalidité de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). b) 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. 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, 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 et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; cf. ATF 130 V 393 et 125 V 146; TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 [destiné à la publication]). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396, consid. 3.3; 125 V 146, consid. 2c; 117 V 194, consid. 3b; TFA I 257/04 du 17 mars 2005). aa) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. bb) Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TFA I 288/06 du 20 avril 2007, consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI, édition valable dès le 1^{er} janvier 2011, état au 22 mars 2011). Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique administrative aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008, consid. 3.3). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels,

lequel est déterminé au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 6; TFA I 249/04 du 26 juillet 2004 consid. 5.1.1; TFA I 155/04 du 28 février 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). cc) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). A certaines conditions particulières, il est possible de prendre en considération l'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets dommageables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser, en tout état de cause, 15 % (cf. TF 9C_790/2010 précité consid. 4.3 et références citées).

4. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). Ce principe est consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA, aux termes duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, n° 18 ad art. 53 p. 537 s.). a) Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait

été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de fait essentiels (TF 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. dans ce sens TF 9C_1081/2009 du 10 juin 2010 consid. 3.2, 9C_659/2009 précité consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 et 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). Par ailleurs, l'administration ne saurait en règle générale reconsidérer ses décisions en s'appuyant sur une jurisprudence postérieure à leur prononcé (cf. ATF 119 V 410 consid. 3b). b) La rectification revêt une importance notable lorsqu'elle porte sur des sommes pécuniaires d'au moins quelques centaines de francs. En présence de décisions relatives à des prestations régulières et répétitives, il convient toutefois d'admettre que la rectification revêt une importance notable même en cas de corrections minimales. En outre, de légères rectifications dans un cas particulier peuvent s'avérer d'importance notable, pour autant qu'elles soient susceptibles de concerner un grand nombre de cas analogues (cf. Kieser, op. cit., n° 21 ad. art. 53 p. 539). 5. Dans le cas particulier, l'OAI estime qu'il y a lieu de reconsidérer la décision initiale d'octroi de rente du 12 mai 2003, cette dernière étant manifestement erronée concernant le statut de l'assurée et le calcul du préjudice économique. a) D'une part, l'office intimé relève que la recourante a travaillé à 50% depuis 1982 et que selon ses dires, son taux d'occupation se serait élevé à 60% sans atteinte à la santé. Il en déduit que la décision du 12 mai 2003 est dès lors faussement fondée sur un statut de 100% active. Il appert effectivement des pièces du dossier tel qu'il se présentait à la date de la décision initiale d'octroi de rente, qu'au moment de la découverte de son cancer du sein en novembre 1998, l'assurée occupait depuis plusieurs années (soit depuis 1982) un poste d'infirmière-veilleuse à 50% ou 60% – selon les versions – auprès de l'Hôpital F._____, site [...]. Par ailleurs, il est vrai que certains éléments laissent entendre que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait à cette époque envisagé de travailler à 60% (cf. dans ce sens le rapport initial de la Division administrative de l'OAI du 31 août 2000 p. 4). Toutefois, selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire du SMR du 18 juin 2002, il apparaît que l'assurée « avait manifesté le désir de reprendre une activité à plus de 60%, au moment où son cancer du sein a été diagnostiqué », raison pour laquelle les médecins du SMR ont évalué l'incapacité de travail de cette dernière à 70% sur un 100% (cf. rapport du 18 juin 2002 p. 6); se fondant à l'évidence sur l'avis du SMR, l'OAI a donc retenu, dans sa décision initiale, que l'assurée présentait un statut de 100% active. Quand bien même les motifs avancés par les spécialistes du SMR pour retenir une part active de 100% apparaissent relativement succincts, il n'en demeure pas moins que l'office intimé pouvait à bon droit donner la préséance aux constatations de ce service, le rapport d'expertise du 18 juin 2002 remplissant les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra). C'est à tout le moins en pleine connaissance de cause que l'OAI a privilégié l'évaluation du SMR sur toute autre pièce du dossier tel qu'il se présentait à l'époque. Dès lors, le caractère soit-disant inexact de l'appréciation ne résulte pas de l'ignorance ou de l'absence de preuves de fait essentiels (cf. consid. 4a supra), mais d'une nouvelle appréciation d'éléments portés à l'attention de l'autorité au cours de la procédure initiale de droit à la rente, ce qui ne saurait justifier une reconsidération. A noter, au surplus, qu'eu égard au statut d'active à 100% retenu par le SMR, on comprend que l'office n'ait pas examiné plus avant les difficultés de l'intéressée à tenir son ménage (cf. rapport du Dr

N._____ du 7 décembre 1999 p. 3 et rapport intermédiaire de la Division administrative de l'OAI du 8 juin 2001 p. 2). C'est le lieu de relever que lors de la procédure de révision de rente mise en œuvre en 2005, la recourante a certes exposé que sans atteinte à la santé, elle travaillerait entre 50% et 60% tant par intérêt personnel que pour des raisons financières (cf. formulaire 531bis du 29 septembre 2005). Cet élément étant postérieur à la décision initiale d'octroi de rente du 12 mai 2003, il ne peut en tant que tel justifier la reconsidération de cette décision, laquelle repose sur les conclusions probantes du rapport du SMR du 18 juin 2002 ainsi qu'exposé ci-dessus. En tout état de cause, l'OAI ne pouvait procéder à une reconsidération en se fondant sur une nouvelle appréciation de la situation d'origine à l'aune d'une étude plus approfondie des circonstances de l'espèce. Tout au plus l'autorité aurait-elle pu tenir compte de cet élément sous l'angle de la révision; à cet égard, on notera au demeurant que les principales atteintes incapacitantes de l'assurée sont d'origine psychique (cf. sur ce point rapport d'examen SMR du 31 juillet 2002), mais que les médecins ayant attesté du caractère stationnaire de son état de santé (à savoir les Drs N._____ [cf. rapport du 27 février 2006] et Y._____ [cf. avis médical SMR du 25 avril 2008]) ne sont toutefois pas spécialistes en psychiatrie, si bien que ce point aurait pu être investigué plus avant par l'autorité. Il découle de ce qui précède que l'on ne saurait parler d'erreur manifeste en ce qui concerne la détermination du statut de l'assurée; à tout le moins, des doutes raisonnables subsistent sur cette question. b) D'autre part, à l'appui de la décision querellée, l'office souligne qu'alors même que l'expertise pluridisciplinaire du SMR avait évalué à 30% la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée (cf. rapport du 18 juin 2002, p. 6s.), la décision initiale d'octroi de rente du 12 mai 2003 ne comporte aucune évaluation du préjudice économique de la recourante, mais se contente de retenir un taux d'invalidité de 70% fondé à l'évidence sur l'incapacité de travail reconnue par les experts du SMR dans une activité adaptée. Le fait que l'OAI se soit limité à reprendre le taux d'incapacité fonctionnelle retenu par les experts du SMR, sans chercher concrètement à savoir – en violation du droit fédéral (cf. ATF 114 V 310 consid. 3c) – quelles activités étaient exigibles de la part de l'assurée compte tenu de son atteinte à la santé, ni quels revenus elle aurait pu réaliser dans une activité adaptée à son handicap, ne permet pas encore de conclure au caractère manifestement erroné de la décision initiale d'octroi de rente. Pour pouvoir supprimer, respectivement réduire, le droit à une rente par la voie de la reconsidération, il convient bien plutôt d'établir – au regard de la situation de fait et de droit de l'époque – qu'une évaluation correcte de l'invalidité aurait conduit à un autre résultat que celui alors retenu (cf. TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 3.3 in fine et les références; cf. TFA I 302/04 du 27 mars 2006 consid. 5.2.1 in fine). En l'occurrence, l'intimé n'a nullement établi que le résultat auquel il a abouti à l'époque était parfaitement insoutenable et qu'une gestion diligente du dossier aurait conduit à la seule solution réellement envisageable dans ce contexte. Au contraire, plutôt que de procéder à une appréciation du cas à la lumière des circonstances de fait et de droit existant au moment de la décision initiale de rente, l'intimé, après avoir constaté l'absence de calcul du préjudice économique dans sa décision du 12 mai 2003, a examiné la situation de l'assurée telle qu'elle se présentait lors de la procédure de reconsidération, puis a transposé le résultat de son évaluation à l'époque de la décision initiale de rente. C'est d'ailleurs ainsi que l'OAI, estimant à tort avoir commis une erreur manifeste en reconnaissant à l'assurée un statut d'active à 100% (cf. consid. 5a supra), a fait procéder le 17 avril 2007 à une enquête économique sur le ménage pour évaluer les empêchements ménagers de l'assurée, alors même que ce moyen de preuve aurait été dénué de valeur probante à la date de la décision

initiale de droit à la rente. En effet, selon la pratique en vigueur au moment de la décision initiale de droit à la rente (cf. notamment TFA I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2; cf. également TFA I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3), l'enquête sur les activités ménagères ne constituait pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage et présentant des troubles psychiques – telles les affections psychiatriques reconnues par le SMR comme étant la principale source de l'incapacité de travail de l'assurée (cf. rapport d'expertise SMR du 18 juin 2002 et rapport d'examen SMR du 31 juillet 2002). Le Tribunal fédéral des assurances n'a modifié sa jurisprudence qu'à partir de son arrêt I 311/03 du 22 décembre 2003, en considérant qu'en présence de troubles psychique, les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels ne l'emportaient sur les résultats de l'enquête économique sur le ménage qu'en cas de divergences entre ces deux moyens de preuve (cf. TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.2 et 5.3). Partant, force est de constater que l'autorité intimée n'a pas démontré que, si elle avait procédé au calcul du préjudice économique en se fondant sur la situation de fait et de droit régnant à l'époque de la décision initiale d'octroi de rente, elle serait parvenue à un autre résultat que celui entériné par cette décision. Sous cet angle, il n'y a dès lors pas non plus de motif de reconsidération. Par surabondance, la Cour de céans observe que le calcul du préjudice économique à l'origine du taux d'invalidité de 50% retenu par l'OAI dans sa décision du 8 octobre 2009 semble discutable en ce qui concerne la part active, et plus particulièrement le revenu avec invalidité. En effet, ainsi qu'il appert notamment du projet de décision du 20 juillet 2009, ce revenu a été obtenu sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2002, sans que le montant en question (soit 14'336 fr. 46) ait fait l'objet d'une déduction supplémentaire pour prendre en considération certaines circonstances propres à l'assurée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation; cf. ATF 134 V 322, consid. 5.2 et 126 V 75, consid. 5b/aa-cc, étant souligné que la déduction globale maximum s'élève à 25%), cela alors même que, selon les pièces médicales au dossier, l'assurée présente des limitations fonctionnelles non négligeables (cf. à cet égard le rapport d'expertise du SMR du 18 juin 2002 p. 6). c) Il apparaît dès lors que la décision de reconsidération du 8 octobre 2009 n'est en réalité qu'une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus poussé des faits et sur la base de la situation juridique actuelle, ce qui ne saurait justifier la reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente du 12 mai 2003. Pour ces motifs, le recours doit être admis, en ce sens que la décision initiale d'octroi de rente doit être maintenue, l'assurée conservant ainsi son droit à une rente entière d'invalidité. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la recourante devant être maintenue dans son droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 2009. b) Vu l'issue du litige, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 8 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée. III. Il n'est pas perçu de frais. IV. Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) est allouée à la recourante, 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 : ■ DAS Protection Juridique SA (pour la recourante), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.