

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 195 vom 14. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__195

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 195 du 14 mars 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 195 del 14 marzo 2012

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 15

novembre 2010. En particulier, l'intimé relève que selon le rapport du Dr J. _____ du 7 juin 2008, l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé mais est demeuré stationnaire.

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 (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. 57a 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 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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 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) En l'occurrence, la recourante se prévaut tout d'abord d'un vice de forme, faisant valoir que la décision litigieuse lui a été communiquée à son adresse personnelle et non pas à celle de son mandataire. Sur le fond, est litigieuse la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité. 3. A l'appui de son recours du 26 mai 2010, la recourante relève que l'office intimé lui a envoyé la décision du 26 avril 2010 à son domicile personnel, alors même qu'il la savait représentée par un mandataire. Selon la jurisprudence, les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du

délai de recours (cf. DTA 2002 n° 9 p. 66 consid. 2; RAMA 1997 n° U 288 p. 442 consid. 2b). Quant à la notification à la seule partie représentée, elle est irrégulière (cf. TF B 142/05 du 9 janvier 2007 consid. 3.1). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties. Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité (cf. TFA I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 1), ce qui est le cas en l'espèce dans la mesure où, nonobstant la notification irrégulière de la décision du 26 avril 2010, l'assurée a pu recourir dans les temps auprès de l'autorité de céans. Partant, il s'ensuit que le grief formel soulevé par la recourante se révèle mal fondé.

4. 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 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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) 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 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146).

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 (CHAI, édition valable dès le 1^{er} janvier 2012) – pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place.

Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). 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 (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146 ; 130 V 393, consid. 3.3). c)

Conformément à 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 et ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; cf. TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans

condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). 5. A ce stade, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une demi-rente AI du 28 février 2003 (soit la dernière décision entrée en force), justifiant la suppression de cette prestation décidée par l'office intimé le 26 avril 2010. C'est ici le lieu de noter que la communication du 6 juillet 2005 ne peut être pertinente pour procéder à la comparaison des situations dans le temps, dès lors qu'il s'agit d'une simple communication, dépourvue d'examen matériel du droit à la rente, et sans appréciation des preuves. 6. Il convient tout d'abord de se pencher sur l'évolution des troubles médicaux depuis la décision initiale de rente du 28 février 2003, la recourante se prévalant d'une dégradation de son état de santé (cf. mémoire complémentaire du 21 octobre 2010 p. 4 et 5) alors même que l'intimé considère que la situation est restée stationnaire (cf. décision du 26 avril 2010 et réponse du 15 novembre 2010). a) La décision du 28 février 2003 était essentiellement fondée sur le rapport du Dr J. _____ du 7 août 2000, repris par le Dr I. _____ dans son avis SMR du 23 décembre 2002. Aux termes de son constat du 7 août 2000, le Dr J. _____ relevait que l'assurée souffrait de périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit sous-acromial et tendinopathie du sus-épineux, de périarthrite scapulo-humérale gauche avec possible tendinite du sus-épineux et conflit sous-acromial, de cervicalgies simples sur troubles statiques et dégénératifs, d'asthme intrinsèque, d'excès pondéral, d'alopécie andogénogénétique, de status après deux césariennes, et de status après opération de la mâchoire. Il ajoutait que dans une activité adaptée, l'intéressée présentait une capacité de travail se situant théoriquement au-delà de 66,6%, mais s'élevant uniquement à 50% « lorsque des limitations fonctionnelles exist[ai]ent ». Pour sa part, dans son avis médical SMR du 23 décembre 2002, le Dr I. _____ soulignait que la présence de douleurs chroniques et insomniantes dans les épaules représentait une limite même dans une activité adaptée, de sorte que le taux de plus de 66,6% n'était pas exigible, celui de 50% paraissant plus réaliste. Sur la base de ces éléments, l'assurée s'est donc vu reconnaître une capacité de travail exigible de 50% (cf. note interne de l'OAI du 20 janvier 2003). A l'occasion de la procédure de révision initiée en 2008, l'intimé a interpellé le Dr J. _____, lequel a fait part de ses observations dans un rapport du 7 juin 2008. A titre d'atteintes incapacitantes, ce médecin a retenu les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit sous-acromial et tendinopathie du sus-épineux, de périarthrite scapulo-humérale gauche avec possible tendinite du sus-épineux et conflit sous-acromial, et de cervicalgies simples sur troubles statiques et dégénératifs. Il a par ailleurs relevé que la situation n'avait pas connu de changement par rapport à « la précédente description ». Il a en outre précisé que l'activité exercée auparavant n'était plus envisageable d'un point de vue médical, que l'incapacité de travail de 50% débutée le 1^{er} décembre 1997 perdurait, et que la capacité de travail exigible était inférieure à 33,3%. b) A la lumière des éléments qui précèdent, il apparaît que l'état de santé de l'assurée n'a pas évolué significativement – et a fortiori ne s'est pas aggravé – depuis la décision d'octroi d'une demi-rente rendue le 28 février 2003, contrairement à ce que l'intéressée soutient dans son mémoire complémentaire du 21 octobre 2010. Ainsi, on notera plus particulièrement que les diagnostics incapacitants retenus en 2008 avaient tous déjà été évoqués en 2000. Par ailleurs et surtout, il est révélateur de souligner que dans son rapport du 7 juin 2008, le Dr J. _____ n'a nullement mentionné une aggravation des maux de l'assurée, mais a au contraire observé que la situation n'avait connu aucun changement depuis « la précédente description » – à savoir

depuis le compte-rendu du 19 mars 2005, dont il ressortait en substance que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'aucun nouvel événement n'était à signaler depuis le rapport du 7 août 2000. Au surplus, l'incapacité de travail à 50% attestée de façon continue depuis le 1^{er} décembre 1997 plaide en faveur de l'absence d'évolution des troubles de la recourante. Par conséquent, force est de constater que les pièces du dossier ne témoignent d'aucune modification notable sur le plan médical susceptible d'influencer la capacité de travail exigible de l'intéressée depuis la décision initiale d'octroi de rente. Il est vrai que dans son constat du 7 juin 2008, le Dr J. _____ s'est référé à une capacité de travail exigible de moins de 33,3%. On ne saurait toutefois s'arrêter sur cet élément. En effet, la Cour de céans peine à comprendre comment la capacité de travail exigible de l'assurée aurait pu passer de 50% le 7 août 2000 à moins de 33,3% le 7 juin 2008, en l'absence même de tout changement significatif sur le plan médical. Au demeurant, il apparaît pour le moins déconcertant que le Dr J. _____ ait retenu une capacité de travail exigible de moins de 33,3%, inférieure à l'incapacité de travail de 50% attestée depuis le 1^{er} décembre 1997. Dans ces conditions, l'appréciation de ce médecin sur ces questions ne saurait être considérée comme décisive. Cela étant, au vu des pièces du dossier, la Cour de céans retient que la capacité de travail exigible de l'assurée dans une activité adaptée s'élève toujours à 50%, comme lors de la décision initiale d'octroi de rente du 28 février 2003. 7. En ce qui concerne le statut de la recourante, les parties ne contestent pas que celui-ci n'a pas évolué depuis la décision du 28 février 2003, et que l'intéressée doit dès lors être considérée comme active à 15% et ménagère à 85%. Certes, dans son rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 juillet 2009, l'enquêtrice de l'OAI a suggéré un statut d'active à 20% et de ménagère à 80%, proposition fondée sur les déclarations de l'assurée, cette dernière ayant affirmé lors de l'enquête que, bien portante, elle aurait continué à s'occuper des trois ménages privés dont elle avait la charge avant son atteinte à la santé, activité correspondant à neuf heures de travail hebdomadaire, autrement dit à un 20%. Toutefois, à l'examen du dossier, il apparaît qu'avant son atteinte à la santé, l'assurée ne travaillait que pour deux particuliers et non trois. En effet, suite à son déménagement en 1993, l'intéressée a – pour des raisons de convenance personnelle – abandonné trois des cinq ménages privés dont elle s'occupait jusqu'alors, pour n'en garder que deux à raison de six heures par semaine au total, ce qui correspond à un taux d'activité de 15% (cf. notamment rapport d'enquête économique sur le ménage du 24 juin 1999, let. A.c supra). Il y a donc lieu de s'en tenir à cette situation et au statut d'active à 15% et de ménagère à 85% initialement retenu par l'office intimé. 8. Il reste à examiner le degré d'invalidité présenté la recourante. a) Dans le cadre de la décision initiale rendue le 28 février 2003, il a été retenu que l'intéressée présentait un degré d'invalidité global de 53,12%. Plus particulièrement, le taux d'invalidité pour la part active de 15% était évalué à 7,65% compte tenu d'une capacité de travail de 50%. S'agissant de la part ménagère de 85%, le taux d'invalidité était fixé à 45,47% eu égard à des empêchements atteignant 53,5%. Aux termes de la décision attaquée du 26 avril 2010, l'OAI a retenu un taux d'invalidité global de 36,55%, arrondi à 37%, sur la base d'un degré d'invalidité inchangé pour la part active de 15%, respectivement de 28,9% pour la part ménagère de 85% compte tenu d'empêchements évalués à 34%. b) S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité pour la part active, l'intimé a considéré qu'à l'instar de ce qui avait été retenu lors de la décision initiale de rente du 28 février 2003, il convenait de fixer ce taux à 7,65%, attendu qu'aucune modification notable des circonstances n'était intervenue entre-temps. Sous l'angle de la révision, le raisonnement de l'OAI est correct. Tout au plus convient-il de relever ici, au demeurant, que la Cour de céans n'a pas à se prononcer sur le bien-fondé des

chiffre retenus dans le cadre de la décision du 28 février 2003 pour déterminer le préjudice économique, puisqu'en tout état de cause, il revient à l'administration de révoquer une décision manifestement erronée dont la rectification revêt une importance notable (cf. art. 53 al. 2 LPGA), et partant, de régler les modalités de la reconsidération, mais qu'en revanche, le juge n'a pas le pouvoir de la contraindre à reconsidérer une telle décision ni, à plus forte raison, de lui prescrire, à défaut d'une règle positive, les modalités d'un tel réexamen (cf. TF 9C_836/2010 du 20 mai 2011 consid. 3.2 et références citées). Pour sa part, la recourante ne conteste pas en tant que tels les chiffres avancés par l'office intimé, mais reproche cependant à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de son âge dans l'évaluation de son préjudice économique. Sur ce point, il sied de relever que l'AI n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité – tels que des difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou l'âge. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5; VSI 1998 p. 293). Du reste, la situation de la recourante n'a pas à être examinée au regard de la jurisprudence sur l'évaluation de l'invalidité des assurés proches de l'âge de la retraite, dès lors que l'intéressée était âgée de 58 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue (soit le 26 avril 2010), ce qui ne correspond pas à la limite d'âge à partir de laquelle le Tribunal fédéral admet qu'il peut être difficile pour un assuré de se réinsérer sur le marché du travail (cf. TF 9C_428/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.2). Aussi les griefs invoqués par l'assurée sur ce plan ne sont-ils pas fondés. Cela étant, dans le cadre de la présente affaire, il convient donc se rallier à la position de l'office pour retenir qu'en tant que personne active à 15%, la recourante présente toujours un taux d'invalidité de 7,65%. c) En ce qui concerne l'incapacité ménagère, l'OAI a considéré qu'il y avait là motif à révision, compte tenu du rapport d'enquête économique du 3 juillet 2009 fixant les empêchements ménagers à 34% et non plus à 53,5% comme lors de l'enquête réalisée en 1999. aa) Lors de la première enquête économique sur le ménage réalisée le 24 juin 1999, l'intéressée habitait avec son mari et deux de leurs trois enfants – le plus jeune effectuant alors son apprentissage – dans une villa de cinq pièces avec jardin. L'assurée était donc soumise à des contraintes non négligeables, par exemple pour la préparation des repas en semaine (midi et soir) pour quatre personnes, étant précisé que son mari et ses enfants, au travail durant la journée, l'aidaient en soirée dans la mesure du possible. A cette époque, ses empêchements ménagers ont été évalués à 53,5%. Dans le cadre de la seconde enquête ménagère effectuée le 29 juin 2009, il est apparu que la recourante et son mari habitaient désormais seuls et qu'ils avaient déménagé dans un appartement de trois pièces et demi sans jardin. S'agissant de la préparation des repas, l'assurée confectionnait un repas par jour pour deux personnes. En outre, le mari ne travaillait plus qu'à 50% en raison de problèmes de santé, et était à la maison le reste du temps, se chargeant notamment de l'essentiel du nettoyage du logement et contribuant par ailleurs au reste des tâches ménagères. Aux termes de cette seconde enquête, il a été retenu que les empêchements de l'intéressée s'élevaient désormais à 34%. Cela étant, force est de constater qu'entre l'enquête du 24 juin 1999 et celle du 29 juin 2009, la situation de l'assurée s'est significativement modifiée dans la mesure où les travaux

ménagers à accomplir sont devenus moins importants, cela en raison de la diminution du nombre de personnes vivant sous le même toit que l'intéressée, mais aussi compte tenu d'un logement plus petit et sans jardin, et eu égard également à l'aide plus conséquente apportée par son mari – cette aide étant du reste parfaitement exigible (cf. consid. 4b/bb supra). Sur ce dernier point, on notera par surabondance qu'il est vrai que l'invalidité d'un conjoint aggrave celle du conjoint qui était déjà invalide dans la mesure où celui-ci ne peut plus compter sur une aide lui permettant de compenser son handicap (cf. Valterio, op. cit. n° 2154 p. 577). Toutefois, en l'occurrence, si l'époux de l'assurée est certes malade, rien n'indique en revanche qu'il doive être considéré comme invalide au sens de l'AI. Quoiqu'il en soit, l'intéressé parvient, nonobstant ses problèmes de santé, à assumer une grande partie des tâches ménagères et, ce faisant, à compenser le handicap de son épouse. Partant, sa maladie ne saurait être décisive dans le présent contexte. cc) Pour le surplus, l'examen du dossier ne révèle aucun indice susceptible de remettre en cause les empêchements ménagers dégagés par l'enquêtrice. En particulier, le degré d'invalidité dans l'accomplissement des travaux habituels de 34% tient compte de l'empêchement d'accomplir ces travaux dans les différents champs d'activité en fonction d'une pondération de leur importance quantitative, et repose sur un examen attentif et précis de la situation familiale de l'intimée, ainsi que sur les réponses que celle-ci a fournies, en toute connaissance de cause, à la personne chargée de l'enquête. Il n'y a dès lors pas de raison de s'écarter de ce taux de 34%. Certes, la recourante critique le rapport d'enquête ménagère du 3 juillet 2009, lui reprochant de ne pas mentionner l'aggravation de son état de santé, de ne pas se référer au rapport du Dr J. _____ du 7 juin 2008, et de ne pas tenir compte des difficultés liées à son âge. Ses griefs s'avèrent cependant mal fondés. D'une part, attendu qu'il ressort des pièces médicales au dossier que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas aggravé mais est demeuré stationnaire depuis la décision initiale du 28 février 2003 (cf. consid. 7b supra), l'enquêtrice de l'OAI était donc fondée à ne pas faire mention d'une quelconque aggravation dans son rapport du 3 juillet 2009. A cela s'ajoute que l'enquête ménagère repose dans une large mesure sur le comportement et les déclarations de la personne assurée, dont les propos sont contrôlés jusqu'à un certain point grâce à l'expérience de la personne chargée de l'enquête (cf. Valterio, op. cit., n° 2159 p. 579). Or, en l'occurrence, l'intéressée ne conteste pas que les déclarations consignées dans le rapport d'enquête du 3 juillet 2009 sont conformes à la réalité, de sorte qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause la valeur probante de l'enquête sur ce point. Partant, si ce rapport ne mentionne aucune péjoration des atteintes de l'intéressée, c'est manifestement parce que cette dernière n'y a pas fait allusion lors de l'enquête. D'autre part, on peut comprendre que l'enquêtrice ne se soit pas expressément référée au compte-rendu du 7 juin 2008 du Dr J. _____, dès lors que celui-ci ne se prononce pas sur l'incapacité ménagère de la recourante. Enfin, si l'enquête ménagère doit tenir compte des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. consid. 4b/bb supra), il est en revanche douteux que les difficultés liées à l'âge soient déterminantes pour évaluer l'incapacité ménagère. Quoiqu'il en soit, il demeure que le rapport du 3 juillet 2009 doit être considéré comme reflétant les propos tenus par l'assurée lors de l'enquête du 29 juin 2009, ainsi qu'exposé ci-dessus. Or, lors de cette enquête, la recourante n'a nullement déclaré qu'elle éprouvait des difficultés à tenir son ménage du fait de son âge – étant rappelé qu'elle avait alors 57 ans et n'avait donc pas encore atteint un âge particulièrement avancé. Partant, on ne saurait reprocher à l'enquêtrice de l'OAI d'avoir omis de tenir compte d'un élément décisif pour apprécier l'incapacité ménagère de l'assurée. dd) En définitive, on peut donc admettre qu'il y a eu un changement notable de circonstances depuis la décision initiale du

28 février 2003, se traduisant par une diminution des empêchements ménagers de 53,5% en 1999 à 34% en 2009, et justifiant la révision de la demi-rente de l'assurée. 9. Dès lors, compte tenu d'une situation médicale stationnaire, d'un degré d'invalidité de 7.65% pour la part active (de 15%) et de 28,9% pour la part ménagère (de 85%), le degré d'invalidité total s'élève à 36,55% et doit être arrondi à 37%, comme l'expose à juste titre la décision attaquée. Avec un degré d'invalidité inférieur à 40%, la recourante ne peut donc plus prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. 10. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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