

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Jomini
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourante, représentée par CAP Protection juridique, à Lausanne

et

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

Art. 53 al. 2 LPGA; art. 28, 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1952, d'origine italienne, mariée, mère de deux enfants majeurs, a travaillé comme nettoyeuse jusqu'en 1991. Elle a déposé le 15 mai 2000 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 11 avril 2000 au Dr K. _____, médecin généraliste traitant, le Dr L. _____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, a indiqué avoir examiné l'assurée le 6 avril 2000 et a notamment relevé ce qui suit:

«Appréciation: Madame G. _____, qui est une patiente d'exaction (sic) modeste, mariée très jeune, ayant effectué des travaux pénibles depuis la fin de son adolescence, qui correspondait au début de sa vie de femme mariée, jusqu'en 1991, où elle les a cessées spontanément en raison de ses douleurs, présente depuis une dizaine d'années des douleurs ostéo-articulaires centrées essentiellement sur la région cervico-scapulo-brachiales, depuis quelques mois aussi sur la région lombo-fessière droite. Cette symptomatologie douloureuse s'accompagne d'importants troubles du sommeil.

L'examen clinique actuel est peu informatif avec de discrets troubles de la statique vertébrale, l'absence de limitation de la mobilité rachidienne, l'absence de synovite au niveau des articulations périphériques et l'absence de limitation de mobilité des articulations périphériques. Par ailleurs, le bilan radiologique très complet que vous venez d'effectuer tant au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire qu'au niveau des extrémités est tout à fait normal. Il en va de même pour le bilan radiologique qui ne révèle pas de syndrome inflammatoire.

Pour ces différentes raisons, je pense que l'on est en droit, compte tenu de l'anamnèse et du status clinique, de conclure à une fibromyalgie associée à des troubles tout à fait banals de la statique vertébrale et à des tendomyoses centrées essentiellement sur la région cervico-scapulaire. Comme vous le savez, il n'y a pas de traitement vraiment efficace à proposer pour ce genre de problème. Je pense néanmoins qu'il vaudrait la peine de tenter un traitement antidépresseur, qui est le seul traitement susceptible d'agir sur le seuil de perception de la douleur ainsi que sur les troubles du sommeil. Compte tenu de l'obésité de cette patiente, un traitement de Fluctine mériterait d'être tenté. Par ailleurs, vous pourriez aussi essayer un traitement d'eutonie étant donné que les traitements de physiothérapie antalgiques ont jusqu'ici échoué.

Par ailleurs, Madame G. _____ présente une anamnèse et un status clinique évocateurs d'un syndrome du tunnel carpien des deux côtés. Je

pense qu'il est judicieux de demander une évaluation neurologique avec électroneuromyographie de manière à confirmer ou infirmer cette hypothèse. Si elle s'avère juste, un traitement chirurgical risque d'apporter un soulagement substantiel. Il conviendrait cependant, si ceci n'a pas été fait, d'exclure une hypothyroïdie qui est une cause fréquente de syndrome du tunnel carpien.»

Selon un rapport du 14 août 2000 du Dr K._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après: OAI), l'assurée a présenté une incapacité de travail de 50% du 1^{er} janvier 1992 au 28 février 2000, et de 100% dès le 1^{er} mars 2000. Les diagnostics posés étaient les suivants: fibromyalgie généralisée, cervico-dorso-lombalgies sur arthrose et discarthrose étagée modérée et troubles statiques, obésité, pieds creux bilatéraux, état anxio-dépressif en partie réactionnel (maladie de son mari, impossibilité de gagner par un travail accessoire).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a confié une expertise de l'assurée au Dr M._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise de ce dernier du 1^{er} novembre 2001, l'assurée présentait une dysthymie et un trouble somatoforme indifférencié. Les limitations en relation avec les troubles constatés au plan psychique et mental étaient inférieures ou égales à 25%. D'un point de vue psychiatrique, l'activitéM._____ l'appréciation du Dr. L._____.

Le rapport d'examen du Dr V._____ du Service médical régional (ci-après: SMR) du 4 mars 2002 avait la teneur suivante:

«Au plan médical: le Dr L._____ constate lors d'un consilium une fibromyalgie, des troubles discrets de la statique rachidienne, ainsi qu'un éventuel syndrome du tunnel carpien bilatéral. Ces diagnostics sont confirmés lors d'un séjour en milieu thermal en décembre 2001, sauf le syndrome du tunnel carpien dont il n'est plus question. Cette affection est d'ailleurs bien guérissable par un geste chirurgical banal. L'expertise psychiatrique demandée à la recherche d'une comorbidité invalidante conclut à un trouble somatoforme indifférencié avec une dysthymie justifiant une incapacité de 25% au maximum, éventuellement de 35% en novembre 1999 à la suite d'un deuil. Des MPR ne sont pas susceptibles d'améliorer la capacité de travail.»

Le 6 juin 2002, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Selon le rapport d'enquête du 5 juillet 2002, les empêchements ménagers s'élevaient à 48,4%. De l'avis de l'enquêtrice, l'assurée avait quitté son travail pour raison de santé et il ne serait pas très juste de la considérer comme 100% ménagère. Elle précisait que le mari avait également des problèmes de santé et touchait une rente AI depuis juillet 1998, et qu'au niveau du ménage, l'assurée n'exécutait que des travaux légers, tous les travaux pénibles étant assumés par sa fille venant chaque semaine faire les nettoyages.

Par décision du 19 février 2003, le droit à un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 40% a été reconnu à l'assurée dès le 1^{er} novembre 2000. La motivation de cette décision était en substance la suivante:

«Il ressort des renseignements que vous nous avez fournis que sans atteinte à la santé, vous travailleriez à 35%. Nous pouvons donc vous considérer comme active à 35% et pour les 65% restant, vous vous occuperiez de votre ménage. Une expertise auprès du Docteur M. _____ a été effectuée, pour un examen approfondi de votre situation médicale. Dès 1991, vous présentez des douleurs articulaires qui se sont aggravées progressivement pour devenir plus significatives en novembre 1999, entraînant une incapacité de travail de 35% et des empêchements dans votre activité de ménagère. Dès avril 2000, l'incapacité de travail est de 25% comme active et selon l'enquête qui a été effectuée à votre domicile, les empêchements que vous rencontrez dans votre ménage sont estimés à 48%. Dès lors, votre invalidité globale est de 40% (comme active $35 \times 25 = 8,75$, comme ménagère $65 \times 48 = 31,20$ Total: $31,20 + 8,75 = 40\%$).»

Par décision du 16 juillet 2003, l'OAI a informé l'assurée avoir pris acte que son assurance de protection juridique l'avait informée qu'elle renonçait à son quart de rente d'invalidité au profit de la rente complémentaire pour épouse découlant des prestations de son mari, si bien que les prestations actuelles continuaient d'être versées sans changement, à savoir la rente d'invalidité de son époux et la rente complémentaire en faveur de l'épouse.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 7 décembre 2007 en faisant valoir une aggravation de son état.

Invitée à compléter le formulaire 531bis par l'OAI, elle a indiqué le 16 janvier 2008 qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% en plus de la tenue de son ménage dans le nettoyage ou la distribution de courriers.

Procédant à la révision du cas, l'OAI a invité le Dr Y._____, médecin généraliste FMH, médecin traitant, à lui adresser un rapport médical. Dans son rapport médical à l'OAI du 22 mai 2008, ce praticien a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de probable fibromyalgie existant depuis 2000, de rachialgies et polyarthralgies récurrentes depuis 2000, de périarthrite de la hanche gauche depuis 2007 et de méniscopathie extérieure du genou gauche depuis janvier 2007. Il indiquait suivre l'assurée depuis le 26 septembre 2006. Il relevait une aggravation des cervicalgies depuis 2006, ainsi que des coxo-crurargies.

Dans un avis médical du 1^{er} octobre 2008, le Dr P._____, du SMR, a relevé que l'aggravation alléguée par l'assurée n'était pas documentée de façon convaincante.

Selon le rapport médical du 21 janvier 2009 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, au Dr Y._____, le bilan radiologique des arrière-pieds, face, profil et oblique gauche était dans la norme à part un éperon calcanéen banal.

Dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande, une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée le 5 février 2009 au domicile de l'assurée. Selon le rapport d'enquête du même jour, l'assurée a confirmé sa réponse donnée le 16 janvier 2008 selon laquelle, en bonne santé, elle aurait repris un emploi à 50% depuis 1997 au moment où son mari, qui touchait une rente AI entière depuis 2000, avait rencontré des problèmes de santé. Selon l'enquêtrice, les empêchements ménagers s'élevaient à 10%. Il était précisé que personne n'aidait

l'assurée et son époux, qui estimaient que leurs enfants avaient déjà assez à faire de leur côté.

Dans son avis médical du 10 mars 2009, le Dr P._____, du SMR, a relevé que le courrier du Dr N._____ se rapportait à des talalgies gauches mécaniques restreignant le périmètre de marche, qu'il prévoyait de traiter par infiltration. Cette pathologie n'entraînait généralement pas d'incapacité de travail de longue durée et ne devrait pas avoir de répercussion sur une activité adaptée. Il n'y avait selon ce médecin pas lieu de revenir sur le contenu de l'avis précédent.

Le 27 juillet 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision (suppression de la rente d'invalidité), dont la motivation était en substance la suivante:

«Pour mémoire, vous aviez renoncé au quart de rente AI au profit de la rente complémentaire pour raisons financières. Depuis la suppression de la rente complémentaire, et selon nos constatations, votre statut s'est modifié comme suit pour raisons financières:

50% active - 50% ménagère

L'évaluation des empêchements ménagers s'élève à 10%.

Les renseignements médicaux en notre possession ne justifient pas d'aggravation de votre état de santé et la capacité de travail est toujours de 75% (d'un 100%) dans toute activité ainsi que celle que vous aviez avant votre atteinte à la santé (ouvrière/nettoyeuse).

Au vu de ce qui précède, vous ne présentez pas d'incapacité de travail dans la part active (statut 50% active en bonne santé) - (75% capacité de travail résiduelle).

L'invalidité en tant que ménagère est de:

Ménagère	50.00%	10.00%	5.00%
----------	--------	--------	-------

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La rente sera supprimée dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision.»

Par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assurée a déposé des observations le 22 septembre 2009 sur le projet de décision du 27 juillet 2009. En substance, elle a contesté la suppression de son quart de rente, faisant valoir d'une part que son statut n'avait pas changé depuis l'octroi du quart de rente si bien que l'OAI ne saurait retenir qu'elle travaillerait à 50% sans invalidité, et d'autre part que les nouvelles

conclusions de l'enquête ménagère devaient être considérées comme une nouvelle appréciation de sa situation. Elle faisait enfin valoir que son état de santé s'était aggravé.

Le 7 avril 2010, l'enquêtrice a expliqué ce qu'il l'avait conduite à retenir des empêchements inférieurs à ceux retenus lors de la première enquête ménagère pour divers postes.

L'assurée a été convoquée à un examen clinique orthopédique auprès du SMR qui a été effectué le 10 septembre 2010. Selon le rapport d'examen du 8 octobre 2010 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur FMH, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée (travail sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant le port de charges, les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux, les positions statiques prolongées de la colonne cervicales et les métiers impliquant une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale) était entière. A la suite d'une possible lésion du ménisque externe du genou gauche en janvier 2007, l'assurée ne pouvait plus exercer le travail de nettoyeuse.

Dans son avis médical du 19 octobre 2010, le Dr P._____ du SMR a relevé que l'examen orthopédique du 10 septembre 2010 au SMR concluait à des cervico-scapulalgies bilatérales, à des lombalgies chroniques et à des gonalgies gauches sur suspicion de lésion méniscale externe, cette dernière atteinte n'étant pas compatible avec une activité de nettoyeuse. L'ensemble des atteintes ostéo-articulaires était toutefois compatible avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, indications qui étaient valables depuis janvier 2007. Le Dr P._____ observait encore que tenant compte de l'atteinte psychique reconnue en 2002, une incapacité de 25% même dans une activité adaptées aux limitations somatiques devait être reconnue.

Le 8 novembre 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle de suppression de la rente d'invalidité, conforme à son préavis du 27 juillet 2009. Etait joint à cette décision un courrier du même jour, selon

lequel le calcul du préjudice économique fait dans le cadre de la décision du 19 février 2003 était manifestement erroné, car il ne tenait pas compte de la jurisprudence en vigueur, si bien que l'OAI était en mesure de reconsidérer cette décision. En effet, compte tenu de celle-ci, lorsqu'une personne dispose d'une capacité de travail résiduelle, pour l'exercice d'une activité lucrative, identique ou supérieure à celle qu'elle aurait effectivement mise en valeur sans atteinte à la santé dans la même activité, elle ne subit pas d'incapacité de gain; c'était le cas pour l'assurée, puisque celle-ci avait une capacité résiduelle de 75% dans toute activité et qu'elle avait un statut d'active à 35%, et qu'elle n'avait dès lors pas de préjudice pour la part active. Quant au préjudice pour la part ménagère, même en tenant compte des empêchements de 48% ressortant de la décision initiale, ils ne seraient pas suffisants pour ouvrir le droit à une rente puisque dans ce cas, le taux d'invalidité se monterait à 31.2% (= 65% x 48%). Par ailleurs, sur la question du statut actuel de l'assurée, l'OAI admettait qu'il fallait retenir un statut d'active à 35% et de ménagère à 65%. Il maintenait ses positions quant à la diminution des empêchements ménagers à hauteur de 10% (au lieu des 48% retenus initialement dans le cadre de sa décision du 19 février 2003), compte tenu de l'obligation de réduire le dommage incombant à l'assurée (tel que l'étalement des tâches pour le poste entretien du logement, les gros achats faits une fois par semaine en couple pour le poste emplettes) et de l'aide exigible du conjoint. Quant à l'incapacité de gain, l'OAI expliquait qu'elle était nulle étant donné que l'assurée avait une capacité de travail résiduelle de 75% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail sédentaire à semi-sédentaire sans port de charge, pas de travaux en flexion ou en porte-à-faux du tronc, pas de positions statiques prolongées, pas de travail des bras en-dessus de l'horizontale), compte tenu de l'atteinte psychique déjà reconnue comme invalidante dans la décision du 19 février 2003. La rente accordée à l'assurée par décision du 19 février 2003 devait donc être supprimée.

C. Par acte du 13 décembre 2010, G._____, par sa protection juridique, a adressé à la Cour des assurances sociales un recours contre la décision du 8 novembre 2010. Elle conclut à l'annulation de cette décision,

avec comme conséquence qu'elle a toujours droit à un quart de rente d'invalidité. Dans son argumentation, elle fait valoir qu'il n'y a pas eu de changement de son état de santé, que les empêchements ménagers n'ont pas changé et que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas remplies.

Dans sa réponse du 18 février 2011, l'OAI propose le rejet du recours. Admettant avoir omis dans la décision litigieuse de tenir compte du fait que l'activité habituelle de la recourante n'était plus adaptée à ses limitations fonctionnelles, il a calculé le taux d'invalidité de la manière suivante:

«Le taux d'invalidité de l'assurée sur la part active s'élève à 3,5% [10% (frs 17'979 - frs 16'180.82 / frs 17'979) x 35% (statut de 35%)], ce qui donne un degré d'invalidité global de 10% [taux d'invalidité sur la part ménagère est de 6,5% (10% x 65%).] Ce taux étant inférieur à 40%, c'est à bon droit que nous avons supprimé la rente d'invalidité.»

Invitée à déposer une réplique, la recourante n'a pas procédé.

E n d r o i t :

1. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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 devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), est donc recevable. Il y a ainsi lieu d'entrer en matière.

2. La recourante fait valoir qu'il n'y avait pas lieu de supprimer son droit au quart de rente de l'AI car aucun élément déterminant - s'agissant aussi bien de son état de santé que de son statut du point de

vue de la part ménagère - ne s'est modifié depuis la précédente décision de l'Office AI au sujet de son droit aux prestations. Elle fait en outre valoir que les conditions d'une reconsidération ne sont pas remplies et que l'invalidité doit toujours être fixée à 8,75% pour la part active.

a) Selon le droit fédéral, 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. 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; s'il est de 40% au moins, il donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 28a al. 1 LAI dispose que l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Conformément à cette norme, 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.

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses

qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 117 V 194, consid. 3b p. 194; voir également ATF 133 V 504, consid. 3.3 p. 507, ATF 131 V 51, consid. 5.1.2 p. 53 et ATF 125 V 146, consid. 5c/bb p. 157; TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008, consid. 3.1-3.4 et I 156/04 du 13 décembre 2005, consid. 5.1.2).

Dans le cas des assurés qui s'occupent du ménage, le taux d'invalidité est déterminé par le biais d'une enquête réalisée au domicile de l'assuré selon un questionnaire ad hoc ("enquête ménagère"; cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 3081 et 3083 ss, de l'Office fédéral des assurances sociales; cf. également, à ce propos: TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.1; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1er mai 2006 consid. 6.2 et les références).

b) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références). Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent 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 qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

3. a) En l'occurrence, l'OAI a appliqué la méthode mixte, en retenant pour la recourante le statut d'assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel (35%). Cette dernière ne critique pas la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée, mais fait valoir que c'est à tort que l'intimé a ramené les empêchements ménagers à 10%, alors que la décision initiale retenait à cet égard un taux de 48% et que l'invalidité dans la part active doit toujours être fixée à 8,75%.

b) La décision attaquée, prise à la suite d'une demande déposée par la recourante qui invoquait une aggravation de son état de santé, a en définitive pour objet de supprimer le droit à un quart de rente qui avait été reconnu par décision de février 2003.

c) La jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force (cf. ATF 135 V 215, consid. 4.1):

- une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA («Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant»);

- lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé

d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA;

- si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA («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»);

- si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de rentes en cours peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts (cf. ATF 135 V 215 consid. 5).

4. a) En l'espèce, pour l'appréciation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, le taux de 75% a initialement été retenu par l'OAI, sur la base de l'expertise du Dr M. _____ du 1^{er} novembre 2001. Dès lors que la recourante alléguait une péjoration de son état de santé, elle a été convoquée à un examen clinique orthopédique auprès du SMR le 10 septembre 2010. A cette occasion, le Dr Z. _____ a retenu que sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée (travail sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant le port de charges, les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux, les positions statiques prolongées de la colonne cervicales et les métiers impliquant une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale) était entière (cf. rapport médical du 8 octobre 2010), précisant qu'à la suite d'une possible lésion du ménisque externe du genou gauche en janvier 2007, elle ne pouvait plus exercer le travail de nettoyeuse. Dans son avis médical du 19 octobre 2010, le Dr P. _____ du SMR observe que l'examen orthopédique du 10 septembre 2010 conclut à des cervico-scapulalgies bilatérales, à des lombalgies chroniques et à des gonalgies gauches sur suspicion de lésion méniscale externe, cette dernière atteinte n'étant pas compatible avec une activité de nettoyeuse. L'ensemble des atteintes ostéo-articulaires est toutefois compatible avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, indications valables depuis janvier 2007. Le Dr P. _____ note encore

qu'en tenant compte de l'atteinte psychique reconnue en 2002, une incapacité de 25% même dans une activité adaptées aux limitations somatiques doit être reconnue. Il y a ainsi lieu de retenir qu'il n'y a pas eu, s'agissant de l'état de santé ou des atteintes invalidantes, de modification déterminante de l'état de fait depuis l'examen matériel de la situation dans le cadre de l'instruction de la demande initiale de rente. Du reste, la recourante elle-même relève dans son recours que son état de santé ne s'est pas modifié depuis l'octroi du quart de rente.

De ce point de vue, il n'y a pas lieu à révision, ni dans le cadre de l'art. 17 al. 1 LPGA, ni dans celui de l'art. 53 al. 1 LPGA.

b) Cela étant, l'OAI a retenu en l'espèce, après avoir effectué une nouvelle enquête ménagère au domicile de la recourante, que les empêchements ménagers étaient passés de 48,4% (selon le rapport d'enquête du 5 juillet 2002) à 10% (selon le rapport d'enquête du 5 février 2009). La recourante soutient quant à elle que le médecin du SMR a conclu que son état de santé était stable. Elle relève en outre que sa situation personnelle n'a pas changé par rapport à celle qui était la sienne lors de l'octroi du quart de rente (son époux était déjà au bénéfice d'une rente AI et les enfants du couple avaient déjà quitté le domicile conjugal) et en déduit que la modification du taux procède d'une nouvelle appréciation de sa situation. Elle soutient à cet égard que les critères fondant la première décision d'octroi de rente ne se sont pas modifiés, si bien que son taux d'empêchements au ménage est toujours de 48%.

Le but d'une enquête économique est de permettre de fixer objectivement le degré d'invalidité résultant des empêchements ménagers des assurés non actifs ou partiellement actifs, dont l'invalidité doit être calculée selon la méthode spécifique ou selon la méthode mixte. L'administration procède ainsi à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales (cf. TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008, consid. 3.3 et les arrêts cités; sur la valeur

probante d'une telle enquête cf: ATF 128 V 93, TF I 561/06 du 26 juillet 2007, consid. 5.5.2, TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.1).

Il est constant que pour évaluer les empêchements ménagers (cf. TFA I 257/04 du 17 mars 2005 c. 5.4.4), la personne assurée est tenue, au titre de son obligation de réduire le dommage, notamment d'adopter une méthode de travail appropriée, de répartir son travail en fonction de ses aptitudes et de ses disponibilités et de demander, dans la mesure du raisonnable, l'aide de ses proches (voir ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 et les références).

En l'espèce cependant, l'état de santé de l'assurée n'a pas subi de modification notable entre la décision initiale de rente et la décision attaquée (cf. supra c. 4a). En outre, en 2002, les travaux pénibles étaient assumés par la fille de la recourante, qui venait chaque semaine faire les nettoyages, ce qui n'est plus le cas selon le rapport d'enquête établi en 2009. Faute d'amélioration de l'état de santé de la recourante, et alors que cette dernière ne reçoit plus d'aide extérieure, on voit mal comment le taux d'empêchements ménagers reconnus initialement pourrait être passé de 48% à 10%.

Il apparaît bien plutôt que la seconde enquête ménagère revient à apprécier différemment une situation demeurée inchangée. Or il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b, ATF 112 V 387 consid. 1b, TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

c) Seule subsiste dès lors la possibilité d'une reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité

judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). 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. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_527/2008 du 29 juin 2009, consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1, I 338/06 du 30 janvier 2007, consid. 3, SVR 2009 UV n° 6 p. 21, U 5/07 consid. 5.3.1).

En l'occurrence, la décision du 19 février 2003 reconnaissant à l'assurée le droit à un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 40% dès le 1^{er} novembre 2000 retenait qu'elle avait un statut d'active à

35% et une incapacité de travail de 25%, et qu'elle présentait ainsi une invalidité de 8,75% pour la part active.

Or, lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (cf. 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2). C'est dire que lorsque l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée en février 2003, c'est à tort qu'il a retenu un taux d'invalidité comme active de 8,75%, faute de préjudice sur la part active. Il y a lieu de relever ici que lors de l'évaluation de l'invalidité intervenue en février 2003, l'activité habituelle de la recourante était encore adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant au préjudice pour la part ménagère, de 31,2% (65% x 48%), il n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Cela étant, il ressort de l'avis médical du SMR du 19 octobre 2010 que la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, taux admis par l'OAI dans sa décision du 8 novembre 2010. En calculant le degré d'invalidité en comparant les revenus pour un taux d'occupation à 35%, avec un taux d'abattement de 10% admis par l'OAI dans sa réponse, il résulte un degré d'invalidité de 3,5%. Même avec un abattement de 20%, il en résulterait alors un degré d'invalidité de 7%. Finalement, le taux d'invalidité déterminant serait compris entre 34,7% (avec un abattement de 10% [31,2 + 3,5]) et 38,2% (avec un abattement de 20% [31,2 + 7]). Or de tels taux sont en tous les cas inférieurs à 40% et n'ouvrent donc pas le droit à la rente.

Il résulte de ce qui précède que c'est à bon droit que l'autorité intimée a prononcé la suppression du quart de rente de la recourante, dans la mesure où il existait un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

Conformément à la règle générale de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), la suppression de la rente doit prendre effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision attaquée du 8 novembre 2010, soit le 1^{er} janvier 2011.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS-VD [tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2] applicable par renvoi de l'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 mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 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 8 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante G._____.

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 :

- CAP Protection juridique à Lausanne (pour G._____)
- 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 :