

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Perdrix et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à Lausanne, recourante, représentée par le Service juridique de
INCA-CGIL, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 17 et 53 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. a) K._____, née en 1951, originaire d'Italie, entrée en Suisse en 1969, a travaillé comme nettoyeuse et femme de ménage auprès de plusieurs employeurs. Depuis le 1^{er} mars 2000, elle assume un emploi en qualité de femme de ménage auprès de l'entreprise [...] à Lausanne à raison de 3 heures par semaine. Tout en exerçant diverses activités à temps partiel, elle a connu des périodes de chômage dès décembre 1992, période durant laquelle elle a été considérée comme apte au placement à 100 %, puis à 56 % dès le mois de janvier 2001.

L'intéressée a déposé le 26 mars 2001 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'un cancer du sein gauche avec mastectomie en août 2000, d'état dépressif réactionnel et de lombalgie. Elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % pour des raisons financières.

Dans un rapport médical du 29 mai 2001, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de carcinome intracanalair du groupe III du sein gauche opéré en août 2000 et d'une hypertension artérielle (HTA) essentielle. Il a cependant considéré que les diagnostics d'état anxieux avec épuisement et d'obésité n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de sa patiente. Il a attesté une incapacité de travail à 50 % dès le mois de mars 2001 pour une durée indéterminée.

Par communication du 14 novembre 2001, l'OAI a informé K._____ que sa demande serait réexaminée à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 1^{er} mars 2002.

Dans un rapport médical intermédiaire du 18 mars 2002, le Dr Z._____ a précisé que l'évolution de l'état de santé de sa patiente

était actuellement stationnaire, mais avec des risques d'aggravation, le pronostic étant mauvais. Il a confirmé une incapacité de travail de 50 % afin d'éviter un épuisement physique complet.

En date du 8 août 2002, l'OAI a adressé un projet de décision dans le sens d'une acceptation de rente à 50 % avec effet au 1^{er} mars 2002. Se fondant sur l'examen du dossier et suite à l'analyse médicale et économique de la situation de l'intéressée, l'OAI a constaté qu'elle présentait une incapacité de travail de longue durée depuis le 1^{er} mars 2001, attestée médicalement à 50 %. Par prononcé du 23 août 2002, l'OAI a confirmé le projet précité, une révision de la rente devant être prévue pour le 1^{er} septembre 2005.

B. Par courrier du 13 septembre 2004, le Dr Z. _____ a informé l'OAI que sa patiente présentait une péjoration de son état de santé et qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une révision de rente. L'assurée a dès lors rempli en date du 5 novembre 2004 un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'un disque lombaire rétréci et d'une atteinte au bras gauche.

Dans un rapport médical du 7 mars 2005, le Dr Z. _____ a indiqué avoir constaté dans le courant de l'année 2004, une aggravation des douleurs dans la région lombaire avec un périmètre de marche restreint, lesquelles irradiaient dans les deux cuisses et devenaient insupportables dans la position debout. Malgré un drainage lymphatique du membre supérieur gauche, sa patiente gardait un lympho-œdème important qui impliquait la mobilisation. Elle présentait dès lors une lombalgie dans un contexte de canal lombaire étroit, qui ne lui permettait plus de marcher et de rester debout. Le Dr Z. _____ a ajouté n'avoir pas constaté de déficit sur le plan sensitivo-moteur au niveau des deux membres inférieurs. Devant un tel tableau clinique, il a estimé que l'assurée n'était plus en mesure d'assumer son emploi de femme de ménage et qu'une révision de rente était dès lors logique.

Compte tenu de ces éléments, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a, par avis médical du 27 avril 2005, requis un examen rhumatologique de l'assurée. Dans un rapport du 12 juillet 2005 faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 28 juin 2005 et une IRM lombaire du 18 novembre 2003, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec lipomatose épidurale et canal lombaire étroit L4-S1, de cervicobrachialgies G dans le cadre de troubles statiques du rachis et d'un lymphoedème du bras G après opération pour carcinome canalaire invasif du sein G en 2000 et de syndrome rotulien bilatéral. Il a estimé que les troubles statiques des pieds, l'obésité et la HTA n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail, en précisant notamment ce qui suit :

"Au vu des lombosciatalgies bilatérales, de la cervicobrachialgie G avec lymphoedème du MSG et du syndrome rotulien bilatéral, nous estimons que la capacité de travail de l'assuré est de 50 % d'un 100 % dans son activité habituelle de femme de ménage. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires sous-mentionnées, la capacité de travail est complète. Il faut relever à cet égard que l'obésité, l'HTA et les troubles statiques des pieds ne contribuent pas à augmenter le taux d'incapacité de travail. Par ailleurs, nous proposons au médecin-traitant de pratiquer des radiographies des genoux pour exclure une gonarthrose à la base du syndrome rotulien bilatéral".

Le Dr H._____ a en outre retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

- "a) *Rachis* : nécessité de pouvoir alterner 2X/h la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.
- b) *Genoux* : pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles et escaliers.
- c) *MSG (membre non dominant)* : pas de travail impliquant le lever de charges de plus de 5 kg, ni le déploiement de force répétitive".

Par avis médical du 26 juillet 2005, le Dr D._____, médecin au SMR, a conclu qu'il était médicalement démontré que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée au moment de l'octroi de la rente.

Au vu des éléments précités, l'OAI a sollicité l'avis du service de réadaptation pour l'examen des mesures professionnelles et, éventuellement reconsidération du cas. Dans un rapport final du 12 mai 2006, le service précité a constaté que le préjudice économique n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles. En date du 12 octobre 2006, suite à la demande de l'OAI, le Service de réadaptation a indiqué que pour l'année 2002, le revenu sans invalidité se montait à 40'619 fr. 97.

C. En date du 10 avril 2008, l'OAI a adressé à K._____ un projet de suppression de la rente d'invalidité par voie de reconsidération. L'intimé a ainsi indiqué que lors de la révision du dossier, il s'était avéré que l'intéressée présentait depuis le mois de mars 2001, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, lors de l'octroi de la rente, la capacité de l'assurée dans une activité adaptée n'avait pas été examinée, raison pour laquelle la décision de l'intimé était manifestement erronée et qu'il y avait lieu de procéder à sa reconsidération. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée. Sur la base d'un revenu mensuel de 3'982 fr. 35 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente), compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 41'296 fr. 94. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 42'962 fr., mettait en évidence une perte de gain de 1'665 fr. 06, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 3.87 %. En conséquence, l'OAI proposait la suppression de la demi-rente versée

jusqu'alors, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

En date du 9 mai 2008, l'intéressée a contesté le projet précité, en indiquant dans un courrier complémentaire à sa contestation, que son dossier médical faisait état d'une indubitable aggravation durant ces dernières années qui limitaient encore davantage une activité légère. Elle estimait dès lors que le droit à une demi-rente était pleinement justifié et demandait donc l'annulation de la décision de suppression de rente. Elle annexait un certificat médical du 9 mai 2008 du Dr Z. _____ qui se déclarait entièrement d'accord avec le "recours" déposé par sa patiente.

Par lettre du 14 juillet 2008, l'OAI a indiqué à K. _____ qu'il maintenait son projet de décision du 10 avril 2008, les arguments avancés n'étant pas de nature à modifier son appréciation du degré d'invalidité. Par décision du 14 juillet 2008, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.

D. a) K. _____ recourt contre cette décision par acte de son mandataire du 16 septembre 2008, en concluant à l'annulation de la décision attaquée et au maintien du versement d'une demi-rente d'invalidité, sous suite de frais et dépens. En substance, elle fait valoir que l'intimé n'a pas pris en compte un certificat médical du 23 mai 2008 du Dr Z. _____ qui a considéré que la capacité de travail de sa patiente n'était pas envisageable même à temps partiel en raison d'un lymphoedème chronique du membre supérieur gauche, de cervicobrachialgies gauches et d'un syndrome rotulien gauche. L'assurée a également annexé à son recours un consilium rhumatologique du 3 novembre 2008 de la Dresse J. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie que l'intéressée a consultée sur les conseils de son médecin traitant. Cette praticienne a notamment procédé à des examens complémentaires, soit une IRM cervicale pratiquée le 11 juillet 2008 et une évaluation neurologique effectuée le 22 août 2008 par la Dresse N. _____, spécialiste FMH en neurologie. Au vu de l'ensemble des éléments précités, la Dresse J. _____ a posé les diagnostics suivants :

- "-lombalgies chroniques et lomboradiculalgies G avec claudication neurogène :
 - ☐ sur sévère canal lombaire étroit L4-L5 et L5-S1 d'origine acquise sur troubles dégénératifs et lipomatose intracanalalaire
 - ☐ sur troubles dégénératifs pluri-étagé avec discopathies de L3-S1 et arthrose facettaire active de L2-S1
 - ☐ sur instabilité segmentaire manifeste en L5-S1
 - ☐ sur hémangiome de la partie latérale D de L4
 - ☐ sur troubles statico-posturaux
 - ☐ sur déconditionnement global dans le contexte d'une obésité morbide
- Douleurs du membre supérieur G sur volumineux lymphœdème subséquent à un status post mastectomie avec curage axillaire pour carcinome (2000), un status post-opération prothétique et cure par aspiration de l'œdème (septembre 2007)
- Douleurs du membre supérieur D :
 - ☐ sur sollicitation liée au peu de possibilité d'utilisation du membre supérieur G
 - ☐ sur atteinte de type épaule douloureuse simple sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs (juin 2008)
 - ☐ sur sévères troubles dégénératifs pluri-étagés avec discopathies, troubles dégénératifs prédominant en C4-C5 / C5-C6 avec rétrécissement foraminal C4-C5 D et hernie discale C4-C5 médiane exerçant une empreinte sur la face intérieure du cordon médullaire
- Gonalgie bilatérale sur arthrose fémoro-patellaire et douleurs référées lomboradiculaires d'origine lombaire
- Troubles statiques plantaires et troubles trophiques chez patiente diabétique
- Neuronite vestibulaire, troisième épisode en cours d'investigations (juin 2008)
- Obésité morbide (BMI : 36.6)
- HTA traitée
- Diabète insulino-requérant traité".

La Dresse J. _____ a conclu à une aggravation de la situation comparativement à l'examen effectué par le SMR en 2005 compte tenu des examens complémentaires effectués, de l'absence à l'examen clinique de signes comportementaux de Wadell et d'un traitement auprès de son physiothérapeute à raison de trois fois par semaine. Elle a en outre précisé ce qui suit :

"Les restrictions fonctionnelles concernent à mon sens les mouvements sollicitant de façon inadéquate le rachis (cf. feuille annexée). En ce qui concerne les deux membres supérieurs, les mouvements de port de charges, d'élévation des bras au-dessus de l'horizontale, les mouvements de rotations de l'épaule D. Au niveau de la nuque, les

mouvements contraignant la colonne cervicale en hyperextension et en rotations. Au niveau des membres inférieurs, la marche sur de longues distances, les travaux en flexion des genoux, les stations statiques prolongées. Je mentionnerai que même à domicile, la patiente a besoin au quotidien de l'aide de ses proches (mari et fille) pour l'aide au ménage (lit, aspirateur, commissions). Les douleurs actuelles se manifestant également dans le sommeil génèrent une fatigabilité et provoquent de façon évidente une baisse de rendement contribuant à un cercle vicieux algique s'entretenant".

b) Dans sa réponse du 15 décembre 2008, l'OAI a fait état d'un avis médical du SMR du 28 novembre 2008 établi par les Drs F._____, spécialiste FMH en rhumatologie et MPR et H._____. Ces praticiens ont conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise de médecine interne et de rhumatologie à l'extérieur en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen clinique du 28 juin 2005, avis auquel l'intimé s'est rallié.

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). 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, interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), 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; 117 LPA-VD).

2. a) La LPGA a entraîné de nombreuses modifications légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 82 al. 1 1^{re} phrase LPGA, les dispositions matérielles de cette loi ne sont pas applicables aux prestations en cours avant son entrée en vigueur, que le Tribunal fédéral des assurances a défini comme des prestations fixées par décision entrée en force au 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 445 consid. 1). En l'occurrence, la recourante était au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} mars 2002, octroyée par décision du 8 août 2002, de sorte que l'art. 41 LAI relatif à la révision de la rente, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA, est en principe applicable. Ceci est toutefois sans importance, dans la mesure où l'ancien art. 41 LAI correspond à l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Eu égard à la date à laquelle a été rendue la décision litigieuse (14 juillet 2008) et dans la mesure où le litige porte sur la réduction de la rente entière d'invalidité de la recourante dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de son prononcé, il faut prendre en considération les modifications de la LAI entraînées par la novelle du 21 mars 2003 (4^e révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (dispositions transitoires y relatives, litt.c), ainsi que la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont également applicables au présent litige. La législation applicable en cas de changement de règles de droit, reste en effet celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous

réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445, TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2).

b) Cela étant, le Tribunal fédéral a jugé que les principes développés par la jurisprudence en matière d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision, ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés (ATF 130 V 343 consid. 2, 3.6 ; TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2).

3. Le litige porte sur la suppression, par voie de reconsidération, du droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait l'octroi changent notablement. Si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. En effet, 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, ch. 18 ad art. 53). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de

l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 349 s. consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (TFA I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5, I 632/04 du 23 février 2005 consid. 1.2).

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. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références; DTA 2002 n° 27 consid. 1a p. 181). Cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation (par exemple l'invalidité selon l'art. 28 LAI), dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). 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 (par exemple TF 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2).

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 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. 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 (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

5. a) En l'espèce, force est de constater que l'intimé n'allègue pas qu'il y aurait eu amélioration de l'état de santé de la recourante. En effet, le Dr H._____, dans son rapport d'examen clinique d'octobre 2005, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec lipomatose épidurale et canal lombaire étroit L4-S1, de cervicobrachialgies G dans le cadre de troubles statiques du rachis et d'un lymphoedème du bras G après opération pour carcinome canalaire invasif du sein G en 2000 et de syndrome rotulien bilatéral, alors que le Dr Z._____, en 2001 avait posé les diagnostics de carcinome intracanaire du groupe III du sein gauche opéré en août 2000 et d'une hypertension artérielle essentielle. Dans un rapport médical du 7 mars 2005, le Dr Z._____ a fait état d'une aggravation clinique de l'état de santé depuis 2004, avec un changement dans les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, la patiente présentant désormais un lymphoedème important du MS gauche empêchant toute mobilisation normale, ainsi qu'une lombalgie dans un contexte de canal lombaire étroit. A l'époque de la décision initiale de rente, jamais les diagnostics précités n'avaient été même évoqués. L'argument de la recourante selon lequel son état se serait aggravé entre la décision initiale et la décision litigieuse ne peut être retenu, dans la

mesure où le changement de diagnostics n'a eu aucune influence sur sa capacité de travail en qualité de femme de ménage qui a été maintenue à 50 % (rapport d'expertise du 12 juillet 2005). Il n'était dès lors pas possible de procéder à une révision selon l'art. 17 LPGA et c'est à juste titre que l'intimé y a renoncé.

b) L'intimé a cependant estimé qu'il se justifiait de reconsidérer la décision du 8 août 2002 dès lors qu'il avait assimilé le degré d'invalidité de l'assurée à son taux d'incapacité de travail dans le métier de femme de ménage, alors qu'il n'avait jamais examiné la question de la capacité résiduelle de travail de l'intéressée dans une activité adaptée, élément qui établissait le caractère manifestement erroné de la décision précitée.

Ainsi, en 2002, l'intimé s'était fondé sur deux rapports médicaux établis par le Dr Z. _____ (rapport médical du 29 mai 2001 et rapport médical intermédiaire du 18 mars 2002) pour allouer une demi-rente d'invalidité. Ce praticien avait répondu par la négative à la question de savoir si l'on pouvait exiger de la patiente qu'elle exerce une autre activité (annexe au rapport médical), l'activité exercée jusqu'ici étant cependant encore exigible à 50 %.

La décision litigieuse, qui s'appuie sur l'expertise du Dr H. _____ qui a finalement retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage et complète dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, n'est en réalité qu'une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits, notamment de la situation médicale prévalant à l'époque. Certes, si l'instruction de la cause dès son origine peut sembler succincte, dans la mesure où seul l'avis du Dr Z. _____ avait été initialement requis, elle correspond cependant à une pratique communément admise à l'époque qui doit servir de base pour juger l'admissibilité de la reconsidération d'une décision (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par ailleurs, le fait que l'intimé se soit borné à reprendre le taux d'incapacité fonctionnelle retenu par le médecin traitant, sans chercher

concrètement à savoir - en violation du droit (ATF 114 V 310 consid. 3c p. 314) - 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 de rente. Pour pouvoir supprimer 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 (TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 3.3 in fine et les références; cf. également 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 le contexte. Plutôt que de procéder à une appréciation à la lumière des circonstances de fait et de droit existant à l'époque de la décision initiale de rente, l'intimé a examiné la situation de l'assurée telle qu'elle se présentait au moment où la décision de révision du droit à la rente a été rendue, puis a transposé le résultat de son évaluation à l'époque de la décision initiale de rente. Se fondant sur les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr H._____, l'intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée conduisant à une incapacité de gain de 3.87 %. Or, ce faisant, l'intimé n'a fait que procéder à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits, qui plus est sur la base de constatations médicales postérieures de près de 3 ans à la date de la décision initiale de rente.

c) Il apparaît dès lors que la nouvelle décision de l'intimé n'est en réalité qu'une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits, ce qui ne saurait constituer un motif valable de reconsidération. En l'absence d'un motif de reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente, le recours doit être admis, en ce sens que la décision initiale d'octroi de rente devait être maintenue, K._____ ayant droit à une demi-rente d'invalidité.

6. a) Autre est la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision litigieuse. En effet, se fondant sur plusieurs examens complémentaires, soit notamment une IRM cervicale pratiquée le 11 juillet 2008 et une évaluation neurologique effectuée le 22 août 2008 par la Dresse N._____, la Dresse J._____ a, dans un consilium rhumatologique du 3 novembre 2008, constaté qu'il existait une aggravation de l'état de santé depuis l'examen du SMR du 28 juin 2005. Ainsi, l'intéressée ne se plaignait pas seulement de cervicobrachialgies gauches, mais également droites. Elle ressentait également des douleurs au niveau de l'épaule gauche et avait d'ailleurs présenté en juin 2008 un épisode de possible neuronite vestibulaire qui s'était réactivée à trois reprises et qui nécessitaient dès lors des investigations oto-neurologiques. L'IRM cervicale pratiquée le 11 juillet 2008 aurait également mis en évidence de sévères troubles dégénératifs pluri-étagés avec discopathies, troubles dégénératifs prédominant en C4-C5 / C5-C6 avec rétrécissement foraminal C4-C5 D et hernie discale C4-C5 médiane exerçant une empreinte sur la face intérieure du cordon médullaire, ainsi que des signes d'arthrose facettaire active de L2-S1 sur instabilité segmentaire manifeste en L5-S1. La Dresse J._____ a en outre mentionné une aggravation du lymphoedème du MSG, puisque comme l'a indiqué le SMR dans son avis du 28 novembre 2008, l'assurée, ayant bénéficié dans l'intervalle d'une cure par aspiration de l'œdème en septembre 2007, a désormais besoin de trois drainages lymphatiques par semaine, alors que lors de l'examen clinique de la recourante pratiqué par le Dr H._____ le 28 juin 2005, elle n'avait annoncé que trente séances depuis 2000. Enfin, dans le cadre de l'évaluation neurologique effectuée le 22 août 2008 par la Dresse N._____, l'électromyogramme mettait en évidence des anomalies focales des nerfs médians aux canaux carpiens à prédominance droite sans évidence d'atteinte des muscles des myotomes C5-C6 et C7-C8 à droite.

Dans sa réponse du 15 décembre 2008, l'intimé s'est rallié à l'avis médical du SMR du 28 novembre 2008 qui proposait à la Cour de

céans de mettre en œuvre une nouvelle expertise de médecine interne et de rhumatologie à l'extérieur.

b) Au vu de ces éléments, la Cours de céans considère qu'une nouvelle expertise rhumatologique et de médecine interne s'impose, dans la mesure où si la Dresse J. _____ a constaté une probable aggravation depuis l'examen clinique de la recourante en date du 28 juin 2005 par le Dr H. _____, elle n'a précisé ni le moment exact à partir duquel l'assurée avait présenté une éventuelle augmentation de l'incapacité de travail, ni le taux qu'il y avait lieu désormais de retenir. Il sied dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en oeuvre une expertise auprès d'une institution ou de spécialistes en rhumatologie et médecine interne qui n'ont pas encore été saisis du dossier. Il n'est en effet pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer au considérant 5, à annuler la décision attaquée et à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

7. Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, 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 14 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que K._____ a droit à une demi-rente d'invalidité; la cause est cependant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à K._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Service juridique de INCA-CGIL, à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :