

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

G. _____, à Renens, recourante

et

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

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 3 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI ; 88a al.
1 RAI**

E n f a i t :

A. **a)** Par décision du 9 novembre 1992, confirmée par le Tribunal cantonal des assurances dans un jugement du 18 mai 1994, G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 10 novembre 1947, a été mise dès le 1^{er} février 1991 au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 40%. L'assurée travaillait à 25% depuis janvier 1990 comme surveillante auxiliaire dans un réfectoire scolaire, après avoir notamment travaillé comme téléphoniste et comme auxiliaire d'imprimerie et alors que, d'après ses dires, elle aurait travaillé à 50% sans son atteinte à la santé. Considérée dès lors comme mi-active et mi-ménagère, son invalidité a été évaluée selon la méthode mixte (cf. infra, consid. 3.a).

Concernant la part active, il ressort d'un rapport médical établi le 6 avril 1992 par le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, que cette dernière souffrait notamment de lombalgies persistantes avec irradiations douloureuses vers les deux membres inférieurs, de status après lombosciatalgies gauches traitées conservativement en mars 1990, de status après cure de hernie discale L5-S1 du côté gauche pour importante hernie le 24 avril 1991 et de status après cure d'une compression radiculaire S1 du côté gauche (récidive), libération d'une fibrose post-opératoire et ouverture d'un kyste le 11 septembre 1991. L'état de santé de l'assurée était décrit comme stationnaire et le Dr S._____ concluait à une totale incapacité de travail dans la profession de téléphoniste, une reprise du travail à temps partiel pouvant être envisagée dans une profession adaptée, où de fréquents changements de position seraient possibles. Sur la base de ces renseignements médicaux, le degré d'invalidité de l'assurée a été fixé à 50% pour la part active.

Concernant la part non active, il ressort du rapport d'enquête économique pour les ménagères établi le 24 mars 1992 que l'assurée souffrait beaucoup du dos, surtout la nuit. De ce fait, elle ne pouvait pas

porter de charges telles que sacs à commissions, caisses de bouteilles ou corbeilles de linge, ni se baisser, ce qui l'empêchait notamment de passer l'aspirateur et de laver la baignoire. Elle recevait de l'aide de son mari qui, notamment, portait les sacs de commissions et suspendait les grosses pièces de linge, tout en exerçant pour sa part une activité professionnelle pour un salaire mensuel de 4'000 fr. environ. Sur la base des renseignements fournis par l'assurée lors de cette enquête, son invalidité pour la part non active a été fixée à 31%.

b) Dans le cadre d'une révision du droit de l'assurée à une rente d'invalidité, le Dr S. _____ a établi un rapport médical en date du 27 janvier 1995, dans lequel il indiquait que l'état de l'assurée s'était aggravé, son incapacité de travail étant désormais totale, depuis qu'elle avait souffert d'une fracture bimalléolaire droite le 18 septembre 1994, traitée par ostéosynthèse.

Une deuxième enquête ménagère a été effectuée le 15 mai 1995. Elle a conclu à une incapacité ménagère de 45%, l'état de santé de l'assurée s'étant péjoré, cette dernière se plaignant désormais également de douleurs à la nuque, aux bras, à la colonne vertébrale et à la tête. Par ailleurs, du fait de sa fracture bimalléolaire droite, l'assurée ne pouvait plus marcher longtemps, et les montées et les descentes lui étaient pénibles. Elle ne pouvait pas rester assise ou debout longtemps et devait souvent changer de position. Dans la tenue de son ménage, elle ne faisait plus que le minimum, laissant beaucoup de choses "en rade". Quant à son mari, qui avait changé d'horaire de travail et était de ce fait moins disponible, il ne lui donnait plus, durant la semaine, que des coups de main.

Par décision du 15 janvier 1996, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 1994, basée sur un degré d'invalidité de 72% (100% d'invalidité sur 50% de part active et 45% d'invalidité sur 50% de part non active).

c) Lors d'une procédure de révision de rente menée en 1999, le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a considéré dans un rapport du 13 janvier 1999 que l'assurée était toujours incapable de travailler et que son état de santé était stationnaire. Dans une communication du 26 février 1999, l'OAI a dès lors considéré que le droit de l'assurée à une rente entière était maintenu.

d) Lors d'une révision ultérieure, la Dresse C._____, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a rajouté le 14 avril 2003 le diagnostic d'état anxio-dépressif et a considéré que l'état de santé de l'assurée, qui se trouvait toujours en totale incapacité de travail, s'aggravait. Par communication du 13 août 2003, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.

B. a) Dans un questionnaire de révision de la rente complété le 23 avril 2008 à la demande de l'OAI, l'assurée a déclaré que son état de santé était toujours le même, qu'elle ne travaillait toujours pas et que son époux l'aidait beaucoup pour les tâches ménagères. Elle a toutefois affirmé que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait désormais à un taux de 100%. Interrogée à nouveau sur ce dernier point le 16 mars 2009, l'assurée a confirmé dans un courrier du 22 mars 2009 que, en bonne santé, elle travaillerait bien à 100%.

b) Dans un rapport médical du 15 août 2008, le Dr V._____, nouveau médecin traitant de l'assurée, décrit un état de santé stationnaire, l'assurée souffrant toujours de dorsolombalgies, de costalgies et d'asthme, sa capacité de travail restant nulle.

c) Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 28 avril 2009 au domicile de l'assurée. Il ressort de celle-ci que l'assurée, asthmatique, doit se faire soigner par injections depuis de nombreuses années, qu'elle souffre d'allergies multiples, qu'elle porte en permanence

une orthèse du tronc et qu'elle se plaint de douleurs très importantes sous forme de brûlures partant de la région lombaire et irradiant vers les membres inférieurs. Le statut de l'assurée est fixé à une part de 60% comme active et à une part de 40% comme ménagère, avec la motivation suivante :

« L'assurée est mariée et mère d'un adulte de 40 ans. Dès le début, notre assurée a été considérée comme mi-active mi-ménagère. Nous ne trouvons cependant aucune enquête ménagère dans la GED. Au 531bis, notre assurée revendique un status de 100% active. Le jour de l'enquête elle déclare qu'en bonne santé, elle travaillerait à hauteur de 25 heures par semaine pour des raisons économiques, ce qui nous donne un taux d'activité de 60% sur la base d'un horaire hebdomadaire de 42 heures. Nous proposons donc le status de 60% active et 40% ménagère. »

Le rapport d'enquête conclut à une invalidité ménagère de 13%. Il indique que l'aide du mari de l'assurée reste indispensable pour les gros travaux qui demandent de se baisser ou de soulever des charges, comme passer l'aspirateur et la serpillière, laver les vitres et la baignoire, remplir le lave-vaisselle, changer la literie, tourner le matelas ou faire les gros achats. L'assurée prépare les repas avec son époux, mais elle met et débarrasse la table seule. Elle est également capable de vider le lave-vaisselle, de nettoyer le plan de travail, de faire le lit, de nettoyer la poussière, le lavabo et la cuvette des WC, de faire les courses (petits achats), de faire la lessive et repasser en faisant des pauses, ainsi que d'arroser les plantes.

d) Le 10 juin 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision, dans le sens d'une réduction de sa rente d'invalidité à une demi-rente. Retenant que la situation familiale et économique de l'assurée n'avait pas changé, l'OAI a continué à la considérer comme mi-active et mi-ménagère. Les empêchements retenus par l'enquête ménagère ayant été évalués à 13% et aucun changement médical n'étant intervenu pour la part active, l'OAI a conclu à un degré d'invalidité de 56,5%, donnant droit à une demi-rente.

e) Le 18 juin 2009, l'assurée a contesté ce projet de décision, affirmant que son degré d'invalidité n'avait pas changé. Concernant la tenue du ménage, son mari s'occupait de tout à 100%, et l'assurée ne comprenait pas pourquoi la personne ayant effectué la dernière enquête ménagère voyait les choses différemment des inspecteurs ayant effectué les précédentes enquêtes.

Un avis juriste daté du 9 juillet 2009 constate que la rente de l'assurée a été maintenue depuis 1995 sans qu'une nouvelle instruction complète de son cas n'ait été faite. Or l'enquête ménagère effectuée en 1995 tenait compte de l'aggravation de l'état de santé de l'intéressée suite aux fractures dont elle avait été victime en septembre 1994, situation qui devait s'améliorer à moyen terme. Un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) sur la situation médicale de l'assurée était par conséquent nécessaire.

Dans un avis médical du 10 août 2009, le Dr T. _____ du SMR retient ce qui suit :

« Au plan médical, le médecin traitant atteste que l'état de santé de sa patiente est stationnaire. L'assurée présente un asthme bronchique, se plaignant en outre de dorso-lombalgies et de costalgies. Le status est inchangé. L'incapacité de travail reste entière. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de modifier notre position.

L'incapacité de travail comme active est maintenue.

L'empêchement ménager paraît correctement estimé, s'agissant d'une activité sans exigence de rendement, pouvant être répartie dans la journée selon l'état de l'assurée. »

f) Dans un courrier du 13 août 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait son projet de réduction de rente, du fait que son statut de mi-active mi-ménagère, ainsi que ses empêchements ménagers, avaient été correctement estimés.

Par décision du 21 août 2009, l'OAI a modifié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, ne lui reconnaissant plus le droit qu'à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2009.

C. **a)** Par acte du 25 août 2009, G. _____ a interjeté recours contre la décision du 21 août 2009, dont elle conclut implicitement à la réforme, dans ce sens que son droit à une rente entière d'invalidité est maintenu, son état de santé ne s'étant pas amélioré.

b) Dans sa réponse du 13 novembre 2009, l'OAI a maintenu sa position et a proposé le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à continuer à bénéficier, au-delà du 1^{er} octobre 2009, d'une rente entière d'invalidité, au lieu d'une demi-rente. En d'autres termes, il s'agit de déterminer s'il existait, au jour de la décision litigieuse, des motifs suffisants justifiant une révision de la rente entière octroyée à la recourante le 15 janvier 1996.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. D'après l'art. 8 al. 3 LPGA, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. 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.

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 ; cf. ATF 130 V 343, consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97, consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 130 V 393 ; 125 V 146 ; TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396, consid. 3.3 ; 125 V 146, consid. 2c ; 117 V 194, consid. 3b ; TFA I 257/04 du 17 mars 2005).

aa) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet ; cet article dispose 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 concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité (CIIAI, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique administrative aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008, consid. 3.3).

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).

b) 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 (art. 17 al. 1 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.

Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence rendue en application de l'ancien article 41 LAI, applicable par analogie sous l'empire de l'art. 17 LPGA, il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé de l'assuré, soit en cas de modification notable des répercussions économiques d'un état de santé inchangé (ATF 113 V 273, consid. 1a et les références). Une révision n'est admissible que si une modification effective s'est produite depuis qu'a été rendue la décision initiale et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente. Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (TF I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine, qui renvoie à RCC 1987 p. 36). Une révision peut également se justifier, selon une jurisprudence constante, lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable, par exemple lorsque l'assuré passe d'un statut d'assuré exerçant une activité lucrative à temps complet à celui d'assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'assuré non actif (ATF 119 V 475, consid. 1b/aa ; 113 V 273, consid. 1a et les références ; TFA I

707/04 du 2 août 2005, consid. 3.2.2). Le point de savoir si un changement important 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 reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves, une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5 ; 130 V 343, consid. 3.5.2 ; 125 V 368, consid. 2).

4. a) L'OAI ayant réduit le droit de l'assurée à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2009, il s'agit de déterminer si la situation de la recourante avait effectivement changé de façon à modifier son droit à une rente entière, en comparant la situation prévalant au moment de la dernière décision entrée en force, soit le 15 janvier 1996 (cf. supra, let. A.b), avec celle existant au moment de la décision litigieuse. Dans un premier temps, il convient d'examiner la question du statut de la recourante, qui déterminera quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il y a lieu d'appliquer à son cas.

La décision du 15 janvier 1996 reconnaissait à l'assurée un statut d'active et de ménagère à 50%. Ce statut était par ailleurs le même que celui qui lui avait été reconnu lors de la première décision fixant le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, le 9 novembre 1992 (cf. supra, let. A.a). Il se basait principalement sur les déclarations de l'assurée, qui avait elle-même affirmé que, sans son atteinte à la santé, elle travaillerait à 50%. Dans le questionnaire de révision de la rente complété par l'assurée le 23 avril 2008, cette dernière a toutefois indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait désormais à 100%. Or, si la recourante a maintenu ses déclarations par courrier du 2 mars 2009, elle n'a toutefois jamais motivé son affirmation (cf. supra, let. B.a). Dans un second temps, lors de l'enquête ménagère, elle a exprimé l'idée qu'elle travaillerait à 60% sans son atteinte à la santé, pour des raisons financières uniquement. Dans la décision litigieuse, l'OAI a néanmoins maintenu le statut de mi-active mi-ménagère.

Force est de constater, avec l'intimé, que la recourante n'a pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle aurait désormais augmenté son temps de travail, si elle avait été en bonne santé. Sa situation familiale est en effet restée la même, la recourante étant toujours mariée et n'ayant aucun enfant à charge. Par ailleurs, son mari travaille encore et a même vu son salaire augmenter (environ 4'000 fr. par mois en 1995 et 4'716 fr. par mois en 2009). On ne voit par conséquent pas quelle nécessité financière aurait poussé la recourante à devoir augmenter son temps de travail sans son atteinte à la santé. De ce fait, la décision litigieuse retient à juste titre le statut de mi-active mi-ménagère, ce qui entraîne l'application de la méthode mixte.

b) Pour le calcul du degré d'invalidité (fixé à 100%) pour le 50% de part active, l'OAI s'est basé sur le rapport du Dr V. _____ du 15 août 2008 (cf. supra, let. B.b), qui conclut à un état stationnaire et à une totale incapacité de travail, l'assurée souffrant toujours de dorsolombalgies, de costalgies et d'asthme. Cet état de santé étant essentiellement le même que celui prévalant le 15 janvier 1996 (cf. supra, let. A.b : rapport du Dr S. _____ du 27 janvier 1995), le diagnostic d'asthme étant même venu se rajouter, il convient en effet de continuer à reconnaître à la recourante un degré d'invalidité de 100% pour la part active, comme le retient le Dr T. _____ du SMR dans son rapport du 10 août 2009 (cf. supra, let. B.e).

c) En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité pour la part non active, l'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère, qui a été effectuée le 28 avril 2009 (cf. supra, let. B.c) et qui a retenu un taux d'invalidité de 13% dans la tenue du ménage. Les conclusions de cette enquête ne sauraient toutefois être suivies. En effet, l'enquêtrice ignorait l'existence des précédentes enquêtes effectuées en 1992 (cf. supra, let. A.a) et en 1995 (cf. supra, let. A.b) au domicile de la recourante et n'a donc pas pu comparer la situation actuelle de l'assurée à celle existant notamment en 1995, soit lors de la dernière décision entrée en force. Or l'OAI admet lui-même que l'état de santé de l'assurée est stationnaire et que sa situation économique et familiale ne s'est pas modifiée depuis les

dernières enquêtes. Il apparaît même que son état de santé s'est encore péjoré, puisqu'elle souffre désormais également d'asthme (cf. supra, let. B.b). Certes, l'avis juriste du 9 juillet 2009 (cf. supra, let. B.e) relève que la dernière enquête de 1995 tenait compte d'une aggravation de l'état de santé suite aux fractures dont l'assurée avait été victime en septembre 1994, situation qui devait s'améliorer, et qu'en conséquence il pouvait être implicitement retenu qu'il y avait une amélioration de l'état de santé lors de l'enquête de 2009. Ce raisonnement méconnaît toutefois le fait que l'enquête de 1992 avait retenu un taux d'invalidité de 31% pour des problèmes de dos et que celle de 1995 avait arrêté un taux d'invalidité de 45% principalement pour des problèmes similaires, affections qui existaient toujours en 2009 et auxquelles est venu se rajouter le problème d'asthme. Le rapport médical de la Dresse C. _____ du 14 avril 2003 (cf. supra, let. A.d) atteste même une aggravation de l'état de santé de la recourante. De ce fait, l'équipement à sa disposition pour faire le ménage ne s'étant pas amélioré non plus, il est tout à fait vraisemblable que l'assurée, avec l'âge (62 ans lors de la décision litigieuse), connaisse de plus en plus de difficultés à tenir son ménage. Les tâches ménagères effectuées par la recourante, respectivement par son époux, décrites dans les enquêtes de 1995 et de 2009 sont d'ailleurs fort semblables, le mari de la recourante continuant à aider cette dernière essentiellement pour les travaux nécessitant de porter des charges et de se baisser. Conformément à la jurisprudence selon laquelle il ne suffit pas, pour qu'une révision se justifie, qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (cf. supra, consid. 3.b), un changement dans l'évaluation ou dans le système d'enquête ménagère ne saurait constituer un motif suffisant pour retenir un degré d'invalidité différent. Il convient par conséquent de retenir une invalidité ménagère pour le moins inchangée, de 45% au minimum, soit un taux qui, combiné avec le taux d'invalidité retenu pour la part active, conduit à un taux d'invalidité global inchangé de 72,5%, qui ne modifie pas le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

5. **a)** En définitive, il n'existait, au jour de la décision litigieuse, aucun changement de circonstances justifiant de réduire la rente entière octroyée à l'assurée par décision du 15 janvier 1996. Le recours doit donc être admis et la décision attaquée annulée. Cette annulation a pour conséquence que le droit de la recourante à une rente entière est maintenu.

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. La recourante, qui obtient gain de cause sans l'aide d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (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 admis.

II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 21 août 2009 est annulée. Le droit de G. _____ à une rente entière d'invalidité est maintenu.

III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- G. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédérale 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 :