

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 avril 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Pasche et M. Merz, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, à O._____, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante espagnole au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, est mariée et mère d'une fille née le [...]. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de bureau, elle a travaillé en qualité d'agent Call center du 1^{er} mai 2002 au 30 novembre 2004 à 82% et dès le 1^{er} décembre 2004 à 47%.

L'assurée a présenté une incapacité de travail à 100% du 21 juin 2006 au 10 septembre 2006, du 4 janvier 2007 au 21 janvier 2007 puis du 12 mars 2007 au 2 septembre 2007, entrecoupées d'incapacités de travail à 50% (du 11 septembre 2006 au 3 janvier 2007 et du 22 janvier 2007 au 11 mars 2007). Depuis le 3 septembre 2007, elle a travaillé à 50% de son taux normal de 47%, auprès du même employeur.

En date du 30 septembre 2007, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI), tendant à l'octroi d'une rente. Comme atteintes à la santé, elle a fait état de deux hernies en L4-L5 et L5-S1 ainsi que d'une maladie auto-immune (connectivite).

Dans le formulaire 531bis signé le 18 novembre 2007, l'assurée indiquait qu'en bonne santé elle aurait travaillé à 100% par nécessité financière en tant qu'employée de bureau.

Le 4 février 2008, l'assureur perte de gain a fait parvenir à l'office AI l'expertise réalisée à sa demande par le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 22 janvier précédent, il a retenu qu'il ne lui apparaissait pas d'affection médicale susceptible au jour de l'expertise d'empêcher l'assurée de travailler à son taux antérieur de 50% dans un emploi léger de téléphoniste. Il a précisé que l'intéressée n'avait pas contesté cette appréciation sur le fond mais qu'elle avait émis des remarques quant aux difficultés qu'elle rencontrait pour concilier

l'accomplissement de son activité avec ses problèmes de santé et sa vie de famille. Le Dr T. _____ signalait par ailleurs que les médecins traitants de l'assurée (Drs X. _____ et B. _____, spécialistes en rhumatologie et médecine interne générale, ainsi que P. _____, spécialiste en médecine interne générale) s'étaient déclarés d'accord avec l'exigibilité retenue.

Dans un avis médical du 7 août 2008, le Dr J. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) et spécialiste en médecine interne générale, s'est rallié à l'appréciation du Dr T. _____ et a confirmé l'exigibilité d'une capacité de travail de 50% sur un 100% dans l'activité habituelle de téléphoniste considérée comme adaptée, précisant que les médecins traitants de l'assurée n'avaient pas critiqué ce taux.

L'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage réalisée le 22 juin 2009. Dans le rapport dressé en date du 26 juin 2009, il était relevé ce qui suit sous la rubrique « détermination de l'activité lucrative » :

« Mauvaise compréhension du formulaire 531bis.

L'assurée, en bonne santé, aurait maintenu son taux d'activité à 50% auprès de la maison Q. _____ SA à S. _____, par intérêt personnel et pour raisons financières.

L'assurée a une petite fille de 5 ans à s'occuper, une grande maison à entretenir, selon ses dires, elle n'aurait pas pu travailler à un taux de 100%.

Par contre, en bonne santé, peut-être lorsque sa fille sera plus autonome dans quelques années, elle aurait envisagé d'augmenter son taux à 70-80% pour raisons financières. »

Au vu des renseignements obtenus, l'enquêtrice a en fin de compte retenu un statut de 50% en tant qu'active et un statut de 50% comme ménagère. Les empêchements pour la part ménagère s'élevaient à 31,35%, d'où un taux d'invalidité total de 15,67% (50% de 31,35%).

Par projet de décision du 6 juillet 2009, l'office AI a constaté que, dès le 21 juin 2006, la capacité de travail de l'assurée et son aptitude

à accomplir ses travaux habituels étaient considérablement restreintes. Pour calculer le degré d'invalidité, il s'est fondé sur les éléments suivants :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	50%	25%
Ménagère	50%	31,35%	15,87%

Il en résultait un total de 40,67%, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2007. Il convient ici de remarquer que le degré d'invalidité de 15,87% pour l'activité ménagère est inexact puisque 50% de 31,35% conduit à 15,657%. Cela est de toute façon sans incidence sur le calcul final, puisque le taux d'invalidité total est de 40,67%. Quant à l'empêchement de 50% afférent à la part active, il est également erroné comme on le verra ci-après (cf. let. B infra).

Selon une lettre du même jour à la Caisse de compensation, une procédure de révision était prévue au 1^{er} août 2010.

En date du 20 juillet 2009, l'assurée a réagi à ce projet en déposant des observations. Elle a contesté le taux d'invalidité, sans toutefois remettre en question la répartition des statuts actif et ménager.

Statuant par décision formelle du 26 octobre 2009, l'office AI a entériné l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2007 telle qu'annoncé dans son projet du 6 juillet précédent avec une motivation identique à celle contenue dans ce dernier. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

B. Dans le cadre de la procédure de révision engagée le 25 août 2010, l'office AI a adressé à l'assurée un questionnaire accompagné d'un formulaire intitulé « Détermination du statut (part active/part ménagère) ». Celui-ci précisait en exergue ce qui suit :

« Afin d'évaluer votre taux d'invalidité, nous devons déterminer quelle part de votre temps vous consacriez à l'exercice d'une activité lucrative, salariée ou indépendante (en plus de la tenue de

votre ménage) **si vous n'étiez pas atteint(e) dans votre santé** (soit sans tenir compte de votre handicap, bien que nous soyons conscients que vous présentez actuellement une atteinte à la santé).

Exemples :

- **Un statut d'active à 100%** signifie que vous exerceriez une activité lucrative à plein temps.

- **Un statut de 60% active** signifie que vous exerceriez une activité lucrative à 60%, le 40% restant consacré à la tenue de votre ménage. »

Complétant ce formulaire en date du 13 septembre 2010, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% depuis décembre 2004 en qualité d'agente Call center par nécessité financière et intérêt personnel.

Le 11 octobre 2010, l'employeur de l'assurée, Q. _____ SA, a complété un questionnaire à l'attention de l'office AI dans lequel il a indiqué que, sans atteinte à la santé, l'intéressée percevrait un salaire annuel de 22'920 fr. correspondant à un taux d'activité de 47,06%. Etaient joints les décomptes de salaire pour la période courant de janvier 2007 à septembre 2010.

Il ressort ce qui suit d'un avis juridique interne de l'office AI daté du 1^{er} novembre 2011 :

« Ce dossier nous est soumis afin de déterminer les suites à donner quant à l'instruction de celui-ci. La gestionnaire considère que notre décision du 29.10.2009 (recte : 26 octobre 2009, réd.) est manifestement erronée et s'interroge sur la possibilité d'une reconsidération.

Assurée au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce qui travaillait avant les problèmes de santé à 47% comme téléphoniste chez Q. _____ SA puis en raison de 10 heures par semaine (25%).

Nous retenons une capacité de travail de 50% sur un 100% (expertise du Dr T. _____, avis SMR du 7 août 2008) dans une activité adaptée ou habituelle.

Il ressort de l'enquête ménagère du 29 juin 2009 que le statut de l'assurée est mi-active, mi-ménagère.

Les empêchements ménagers reconnus s'élèvent à 31,35% soit sur un 50% 15,87%.

Compte tenu des avis médicaux, la capacité de travail étant de 50% dans l'activité habituelle, il semble (évident) que l'assurée ne présentait pas de préjudice économique pour la part active. C'est donc manifestement à tort que nous avons retenu un taux d'invalidité de 25% pour la part active et qu'un quart de rente a été retenu.

Nous relevons à la lecture de la lettre de contestation de l'assurée du 20 juillet 2009 que contrairement au dire du SMR, soit que les conclusions de l'expert ont été acceptées cela semble manifestement inexact.

La décision initiale est manifestement erronée.

Pour corriger l'erreur en reconsidérant notre décision précitée, il nous faut savoir si l'état de santé de l'assurée n'a pas évolué dans le sens d'une aggravation. Or, en l'état du dossier, la réponse semble plutôt aller dans le sens d'une aggravation.

Nous relevons premièrement que l'assurée n'a jamais repris son activité professionnelle à 50% mais uniquement à 25% (rapport employeur du 11 octobre 2010). Ensuite, à la lecture du rapport médical du 8 novembre 2010, la Dresse P._____ indique à l'époque de l'examen médical une poussée. Le médecin indique également depuis avril 2010 une nette aggravation. L'assurée devait être vue par le Dr I._____ au mois de novembre 2010.

Compte tenu de ce qui précède, il s'avère indispensable d'interroger le médecin traitant mais surtout le Dr I._____.

Il nous faut savoir s'il y a aggravation et si oui depuis quand, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations etc.

Une fois les rapports de retour, nous soumettre ce dossier oralement pour voir quelle suite à donner. »

Dans un avis médical du 4 février 2013, le Dr V._____, médecin au SMR et spécialiste en médecine interne générale, s'est exprimé en ces termes :

« Le juriste (...) a demandé à ce que l'instruction soit reprise, estimant selon son interprétation, que la capacité de travail annoncée par la Dresse P._____ n'était que de 25%. En conséquence, des questions spécifiques aux médecins ont été posées et nous discuterons leurs réponses comme suit :

Rapport du Dr I._____, FMH en médecine interne, allergologie et immunologie clinique, daté du 3.10.2012 : il ne répond pas à l'évaluation de la capacité de travail sur un 100%. L'aggravation définitive de l'état de santé date d'octobre 2010. Les limitations fonctionnelles sont énumérées et le pronostic est réservé et difficile à évaluer.

Rapport médical de la Dresse P. _____, du 3.10.2012 : la capacité de travail sur un 100% serait de 10 heures par semaine. L'aggravation est dite définitive et pourrait aller plus mal. En ce qui concerne une amélioration, le Dr P. _____ nous renvoie au spécialiste du lupus qui la suit (Dr I. _____).

En conclusion, il nous semble étonnant qu'une affection évoluant par poussées ne puisse, dans le cas d'espèce, permettre une capacité de travail de 50% en moyenne. S'il est certain que lors de poussées, qui sont limitées dans le temps, la capacité de travail pourrait être amenée à devenir nulle, il n'en demeure pas moins que le médecin traitant ne s'exprime que par rapport au taux de travail habituel et non par rapport à un 100% théorique. Nous comprenons bien la difficulté du praticien en question, tenu par l'empathie qu'il se doit de manifester envers son patient et que nous saluons. Cependant, dans la mesure où le Service juridique estime qu'il faudrait suivre l'avis du médecin traitant, nous suggérons la tenue d'une expertise de médecine interne qui pourrait être effectuée par le Dr W. _____. »

Le 12 février 2013, l'office AI a chargé le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, de procéder à l'expertise médicale de l'assurée. Dans son rapport du 1^{er} mai 2013, il a retenu une capacité de travail à 50% d'un 100% dans l'activité exercée, compte tenu de la fatigabilité et des polyarthralgies. Dans une activité d'employée de bureau adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, cette capacité de travail pourrait être de 100% avec une baisse de rendement de 30%, dès le moment de l'expertise (70% d'un horaire complet).

Par projet de décision du 17 juillet 2013, l'office AI, après avoir rappelé la teneur de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), a notamment constaté ce qui suit :

« Vous êtes actuellement au bénéfice d'un quart de rente (invalidité 40%) versée depuis le 1^{er} juin 2007.

Vous avez été considérée comme une personne active à 50% et ménagère à 50%, statut que vous avez par ailleurs confirmé dans votre questionnaire de révision rempli le 21 septembre 2010.

Selon les renseignements dont nous disposons, **il y a en effet, dans votre cas, un motif de reconsidération au sens de l'art. 53, al. 2 LPGA.** Lorsque nous vous avons octroyé le quart de rente, notre décision était manifestement erronée au motif que l'incapacité de travail évaluée par l'expert de 50% portait sur un taux d'activité de 100% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une autre

activité adaptée n'avait pas été prise en compte en tant que telle. En effet, nous avons retenu une incapacité de travail de 50% sur votre 50% de part active, soit un empêchement de 25%.

Une récente expertise a été réalisée par le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne, datée du 1^{er} mai 2013. Il en ressort qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé et que votre capacité de travail est bien de 50%. Le médecin-conseil du Service Médical Régional a confirmé les données objectives de cette expertise.

Sur le plan ménager, l'enquête réalisée à domicile en juin 2009 a démontré que vous présentiez des empêchements ménagers, lesquels ont été évalués à 31,35%. Etant donné que votre état de santé est inchangé, nous pouvons dès lors admettre que vos empêchements sont à ce jour identiques.

L'examen des nouvelles pièces médicales, de l'avis du Service Médical Régional et de l'expertise effectuée par le Dr W. _____ du 1^{er} mai 2013 confirment que votre capacité de travail est toujours de 50% dans toutes activités en respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

« Pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de mouvements soutenus et répétitifs des mains, pas de travaux des bras portés en hauteur, pas de longues positions assises ou debout, possibilité de changer de positions à sa guise, pas d'exposition au froid, des horaires réguliers sont souhaitables. »

En reprenant les éléments ci-dessus, la décision suivante aurait dû être rendue :

Evaluation globale de l'invalidité :

<u>Activité partielle</u>	<u>Part</u>	<u>Empêchement</u>	<u>Degré d'invalidité</u>
Active	50%	0,00%	0,00%
Ménagère	50%	31,35%	15,87%
Degré d'invalidité			15,87%, soit 16%

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à une rente d'invalidité aurait dû être refusé.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La rente sera supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. »

Le 18 septembre 2013, l'assurée a présenté des objections à ce projet, reprochant en substance à l'office AI d'avoir retenu une amélioration de son état de santé. Elle a développé ses moyens dans une lettre du 11 octobre 2013 à la teneur suivante :

« Suite à votre courrier du 1^{er} octobre 2013 et avant qu'une décision soit rendue, je souhaite vous soumettre des explications concernant le taux que j'aurais effectué sans atteinte à la santé.

J'ai déclaré dans le document 531bis avant l'octroi initial du quart de rente que mon taux sans atteinte à la santé aurait été de 100% et précisé lors de votre passage pour définir le taux dans l'activité ménage que mon taux dans une activité lucrative aurait été, en tous les cas, entre 70% et 80% et ceci clairement pour une raison financière.

Je travaille chez Q. _____ SA à 25% et vous m'avez octroyé depuis juin 2007 un droit de rente sur la part lucrative de 25% ce qui représente un taux de 50%. Au moment de la révision, j'ai exprimé le taux de 50% dans le document 531bis qui correspond au taux supplémentaire que j'aurais effectué sans atteinte dans ma santé en plus du taux de 50% qui était déjà reconnu par l'office AI.

J'ai réduit mon taux à 50% à la naissance de ma fille et ceci pour des raisons financières, nous ne pouvons pas profiter des structures d'accueil qui sont malheureusement trop chères (le revenu que je percevais avant la naissance de ma fille moins les frais de garde aurait représenté un revenu inférieur à celui que je percevais avec un 50%) et ceci en tenant compte des jours que ma famille avait de disponible pour garder ma fille.

Il est évident que mon intention de reprendre une activité lucrative à un taux plus élevé relève du bon raisonnement. Lorsque votre revenu est modeste et que votre enfant devient plus autonome et surtout que vous avez la possibilité d'avoir une structure moins coûteuse pour les repas de midi, comme c'est le cas dès que l'enfant est scolarisé, il est évident que l'augmentation du taux de l'activité lucrative est fondée.

Je suis comme vous le savez atteinte d'une maladie évoluant par poussée qui est incurable et qui peut avec les années évoluer dramatiquement, la possibilité d'avoir un emploi qui me permettrait de percevoir un revenu de 100% n'est plus envisageable, je devrais donc me contenter d'un revenu de 50%, ceci parce que j'ai dû en 2004 réduire temporairement, comme beaucoup de femmes, mon taux d'activité lucrative pour m'occuper de mon enfant. De plus, vous avez la confirmation que mon état de santé ne s'est pas amélioré ni même ma situation financière depuis la décision initiale de mon droit à un quart de rente.

Pour conclure, je vous rappelle la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », s'appliquant de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. Tribunal fédéral, arrêts non publiés 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3 ; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2).

[Salutations] »

Par décision formelle du 7 février 2014, l'office AI a entériné la suppression du droit à la rente, telle qu'annoncée dans son projet du 17

juillet 2013 avec une motivation identique à celle contenue dans ce dernier. Il a par la même occasion retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Pour le surplus, l'office AI se référait à une lettre d'accompagnement du même jour dont il précisait qu'elle faisait partie intégrante de la décision et qui avait la teneur suivante :

« Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'audition que vous avez déposée en date du 18 septembre 2013 à l'encontre de notre projet de décision de suppression de rente du 17 juillet précédent.

Dans le cadre de cette révision, vous estimez que notre projet de suppression de rente ne peut être fondé sur une amélioration de votre état de santé, état de santé que nous considérerions nous-même comme inchangé.

Vous contestez également le fait qu'une décision erronée ait été rendue.

De plus, dans votre courrier du 11 octobre 2013, vous contestez le statut reconnu de 50% ménagère - 50% active.

Vos remarques appellent les commentaires suivants :

- Lors de l'enquête ménagère du 22 juin 2009, il ressort que vous n'aviez pas compris le formulaire concernant la détermination du statut, c'est pour cette raison que vous aviez mis que, en bonne santé, vous auriez travaillé à plein temps.

Vous précisiez que votre fille avait 5 ans, que vous deviez vous en occuper et que vous aviez une grande maison à entretenir.

Vous avez également précisé que, une fois que votre fille serait plus autonome, vous envisageriez peut-être d'augmenter votre taux à 70%-80% pour des raisons financières.

Au vu de la situation économique relevée par l'enquêtrice à l'époque, ainsi que selon vos dires, le statut d'active à 50% et ménagère à 50% retenu à l'époque était tout à fait plausible.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le statut actuel n'est pas clairement établi et qu'il n'est pas défendable de retenir sans autre que, sans atteinte à la santé, vous travailleriez toujours à 50%. En effet, vos dires quant à une reprise d'activité à un taux supérieur sont constants.

A relever que, durant deux ans, avant vos problèmes de santé, vous travailliez à un taux de l'ordre de 80% et, selon les pièces économiques au dossier, manifestement à temps plein durant plusieurs années pour L. _____ SA Laboratoires.

Nous retenons donc le statut d'active de 80% et ménagère 20%, vu vos déclarations lors de l'enquête ménagère.

A partir du moment que nous admettons un changement de statut, il y a une modification de l'état de fait et par conséquent, nous pouvons appliquer l'article 17 LPGA et ainsi revoir le droit à la rente sous l'angle de la révision.

- Il ressort clairement que votre capacité de travail dans votre activité habituelle est de 50% selon l'expertise du 1^{er} mai 2013.

Compte tenu que nous reconnaissons un statut d'active de 80% et que vous pouvez travailler à 50%, votre préjudice économique est de 30% pour la part active.

En reprenant les empêchements retenus lors de l'enquête ménagère de juin 2009, compte tenu que l'atteinte à la santé n'a pas particulièrement changé, le taux d'invalidité pour la part ménagère est de 6,27% (31,35% x 20%).

De plus, il ressort de l'expertise du 1^{er} mai 2013 que l'on peut retenir un rendement diminué de 30% dans les tâches ménagères.

Le taux d'invalidité s'élève donc à 36,27%.

- Le Dr T._____, dans son expertise du 22 janvier 2008 (expertise pour l'assureur perte de gain du 22.01.2008), sur laquelle nous nous étions largement appuyés à l'époque, pour admettre que vous aviez une capacité de travail de 50%, ne s'est exprimé que sur la capacité de travail dans votre activité habituelle et ne parle pas de la capacité de travail dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.
- De l'expertise du 1^{er} mai 2013 du Dr W._____, il ressort un tableau très frustré [sic] de polyarthralgies migrantes asymétriques sans signe d'inflammation et stable depuis 7 ans, avec un pronostic rassurant.

Au point 6.3, l'expert estime que la capacité de travail est susceptible d'être diminuée pendant 20 jours par an au maximum. L'expert précise que, en-dehors de ces périodes, la capacité de travail dans votre activité habituelle est d'au moins à mi-temps.

L'expert n'a pas d'explication évidente quant à la fatigabilité, qui n'est pas clairement limitatrice dans les activités de la vie quotidienne.

Il n'en reste pas moins que l'expert considère que la capacité de travail dans une activité adaptée, sans mouvements répétitifs des mains, sans stress intense, avec possibilité de varier les positions, serait de 100%. Mais, en raison de la fatigabilité, pour laquelle nous n'avons pas d'explication, le rendement est réduit de l'ordre de 30%.

Compte tenu de la dernière expertise, votre capacité de travail dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles est de 70%.

- Dès lors, vu que vous bénéficiiez d'une rente depuis de nombreuses années de manière erronée, nous allons, comme susmentionné, supprimer la rente sur la base de l'art. 17 LPGA [relatif à la] révision, subsidiairement par la reconsidération, ceci au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.
- La modification de votre statut, actuellement de 80% active - 20% ménagère, ne va pas modifier notre décision de suppression de rente.
- Nous vous informons également que nous allons soumettre votre dossier à un spécialiste en réadaptation, afin d'analyser les différentes possibilités d'améliorer votre capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, comme l'expert l'a préconisé.

En conclusion, toutes les conditions sont remplies pour supprimer la rente sous l'angle de la révision et à titre subsidiaire de la reconsidération, ceci au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

[Salutations] »

C. Par acte du 10 mars 2014, D._____ a recouru contre la décision du 7 février 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de dépens à son annulation. A titre liminaire, elle relève que son état de santé n'a pas évolué au cours des dernières années, de sorte que si l'on considère qu'elle serait désormais en mesure de travailler à 50%, il s'agit d'une nouvelle appréciation d'un état de fait demeuré inchangé, ce qui ne suffit pas à justifier une reconsidération ou une révision. Cela étant, elle conteste que l'office AI aurait commis une erreur dans la décision initiale du 26 octobre 2009 ou, à tout le moins, si cela avait été le cas, cette erreur aurait été à son détriment. D'après elle, l'intimé aurait dû à cette époque calculer son invalidité en se fondant sur les éléments suivants : pour une activité professionnelle à 100%, il convenait de retenir un empêchement d'au moins 50% d'où un taux d'invalidité de 50%. En revanche, en admettant une situation durable de travail sans invalidité de 82% avec un empêchement de 50%, le taux d'invalidité professionnelle aurait été de 41% auquel s'ajoutait un empêchement ménager de 5,6% (31,35% de 18%), soit au total 46,6%. Par conséquent, dès lors qu'il est admis que son état de santé n'a pas changé, la recourante estime avoir droit à un quart de rente au minimum, si bien qu'elle ne saurait admettre

qu'une erreur ait pu être commise permettant la reconsidération de la décision litigieuse. Elle a joint un bordereau de pièces figurant déjà au dossier administratif.

Dans sa réponse du 26 mai 2014, l'office AI explique que, dans la décision attaquée, il a considéré qu'il existait d'une part un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) en ce sens que le statut de la recourante s'était modifié et d'autre part, à titre subsidiaire, un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA en ce sens que le calcul du taux d'invalidité sur la part ménagère n'avait pas été effectué correctement et que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'avait pas été examinée. S'appuyant sur les déclarations de la recourante faites lors de l'enquête ménagère du 22 juin 2009 selon lesquelles, lorsque sa fille serait plus grande, elle envisageait d'augmenter son taux à 70-80%, l'intimé a estimé que le statut de l'intéressée s'était modifié depuis la décision initiale d'un quart de rente et qu'il convenait de retenir un statut de 80% active et de 20% ménagère. Renvoyant pour le surplus à la lettre explicative du 7 février 2014, il propose en conséquence le rejet du recours.

En réplique du 17 juin 2014, la recourante critique la manière de procéder de l'office AI consistant à retenir principalement un motif de révision (art. 17 LPGA) et subsidiairement de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), en tant que la révision et la reconsidération s'excluent l'une l'autre. Cela étant, elle fait valoir qu'elle aurait toujours travaillé à 100% mais que c'est uniquement des motifs tenant à son état de santé qui l'auraient empêchée de travailler à un taux supérieur à 47%. Elle estime dès lors qu'il ne saurait être soutenu dans la décision entreprise qu'elle se serait vue attribuer à tort un quart de rente en 2009. Sous l'angle de la révision, elle allègue que celle-ci devrait être en sa faveur dans la mesure où, dans la décision attaquée, l'intimé admet lui-même qu'elle présente une invalidité d'au moins 50% dans toute activité professionnelle. Se rapportant à un statut d'active de 100%, il s'ensuit que, par voie de

révision, le droit à une demi-rente devrait lui être reconnu. Elle a joint à son écriture un second bordereau comportant neuf certificats médicaux pour la période du 8 décembre 2003 au 7 juillet 2004. Figurait en outre une attestation de Q. _____ SA du 4 juin 2014 à la teneur suivante :

« Nous, soussignés, certifions que Madame D. _____, née le [...], est employée au sein de notre entreprise depuis le 1^{er} mai 2002.

Employée de commerce CFC de formation, elle a été engagée, suite à une période de chômage, au sein de notre département « Opérations » en qualité d'Agente Contact Center.

Lors de son entrée dans l'entreprise, elle nous avait informés de sa volonté de travailler à 100%. Cependant, compte tenu de la nature du poste d'agente ainsi que des contraintes liées à la prise d'appels téléphoniques et à la gestion du planning, nous n'avons pu accéder à sa demande.

En effet, nous ne proposons aucun poste d'agent contact center à 100% dans notre entreprise. Un pourcentage de 30 à 80% environ est proposé de manière systématique à nos agents.

De ce fait, nous avons conclu avec Madame D. _____ un contrat de travail sur la base de 35 heures par semaine de travail soit un taux d'activité de 82%, correspondant au maximum d'heures que nous pouvons lui attribuer.

Nous tenons également à préciser qu'aucun autre poste à 100%, correspondant aux qualifications de Madame D. _____, n'était ouvert durant cette période dans notre entreprise.

Après la naissance de sa fille (...), née le [...], elle a réduit son taux d'activité pour s'occuper de son enfant, et est donc passée à un taux d'activité de 47%, correspondant à 20 heures par semaine, dès le 1^{er} décembre 2004.

Malheureusement, à partir de l'année 2006, Madame D. _____ a subi d'importants problèmes de santé qui l'ont conduite à réduire, à nouveau, son temps de travail pour n'assurer que 10 heures de travail par semaine.

Nous tenons, par la présente, à mentionner, également, que Madame D. _____ a toujours montré une grande diligence, et ce malgré sa maladie, dans l'exercice de son travail. Nous savons que nous pouvons compter sur elle pour venir travailler durant les heures qui ont été prévues pour elle au planning. »

Dupliquant en date du 7 juillet 2014, l'office intimé rappelle en préambule que la lettre d'accompagnement du 7 février 2014 fait partie intégrante de la décision formelle rendue le même jour et précise que, contrairement à ce que prétend la recourante, son erreur manifeste a

porté, dans la décision du 26 octobre 2009, sur le calcul du taux d'invalidité de la part active. En effet, dans la mesure où la capacité de travail de 50% se rapportait à un statut d'active de 50%, il n'y avait pas de préjudice économique de ce chef. Renvoyant pour le surplus à sa réponse du 26 mai 2014, il confirme ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Dans ses déterminations du 18 août 2014, la recourante met en exergue la position contradictoire de l'office intimé. En effet, dans son écriture du 7 juillet 2014, il indique qu'il aurait dû retenir un statut d'active de 50% excluant toute perte de gain vu la capacité de travail de 50%, alors que dans sa lettre du 7 février 2014, il retient un statut d'active de 80% et de ménagère de 20%. La recourante renvoie dès lors aux calculs figurant dans son mémoire de recours, lesquels ne peuvent selon elle qu'être confirmés.

Par pli du 4 septembre 2014, l'intimé rappelle que la décision du 26 octobre 2009 était erronée. En effet, le calcul du taux d'invalidité sur la part ménagère n'avait pas été effectué correctement et il avait en outre omis d'examiner quelle était la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il relève par ailleurs que, lorsque la décision initiale d'octroi d'un quart de rente a été rendue, le statut de la recourante était de 50% active et de 50% ménagère. Il ressortait en effet du rapport médical du Dr T. _____ du 22 janvier 2008 que l'assurée avait travaillé à 80% et avait diminué son taux d'activité à 47% à la suite de la naissance de sa fille en 2004. Par conséquent, l'intimé confirme derechef ses conclusions et préavise pour le rejet du recours.

S'exprimant une ultime fois en date du 23 septembre 2014, la recourante fait valoir qu'elle serait aujourd'hui active à 100%, à la fois parce que l'âge de sa fille le permet et pour des raisons financières. Or, elle présente une incapacité de travail de 50%, ce qui lui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité, sans qu'il soit par ailleurs nécessaire d'appliquer la méthode mixte.

Dans une lettre du 2 octobre 2014, l'intimé rappelle que la lettre du 7 février 2014 fait partie intégrante de la décision rendue le même jour. Par ailleurs, une erreur s'est glissée dans son courrier du 4 septembre 2014 : c'est bien le taux d'invalidité sur la part active qui n'avait pas été effectué correctement et non celui afférent à la part ménagère.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA 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 1968 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 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur la suppression, par la voie de la révision ou de la reconsidération (par substitution de motifs), du droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 7 février 2014.

3. 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 al. 1 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 (première phrase).

En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

4. En premier lieu, au vu du texte même de la décision entreprise, laquelle indique que le courrier explicatif du même jour fait partie intégrante de la décision, on ne peut que constater que l'office AI a statué en invoquant des motifs de reconsidération et de révision dans la même décision.

a) Selon la jurisprudence, la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) et la révision (art. 17 al. 2 LPGA) se distinguent et s'excluent l'une l'autre. Selon la définition usuelle, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul

doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Elle procède au contraire à une révision, c'est-à-dire qu'elle augmente, réduit ou encore supprime, d'office ou sur demande, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Cela étant précisé, conclure à l'existence d'un motif de reconsidération implique par conséquent que la décision initiale était manifestement erronée, alors qu'admettre un motif de révision signifie implicitement que la décision initiale était correcte, mais que les circonstances dont dépendait son octroi avaient changé (TF 9C_536/2014 du 9 décembre 2014 consid. 3.1).

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA. L'administration peut ainsi également modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision ne sont pas remplies. Cette faculté correspond à celle du juge de confirmer, le cas échéant, une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable. Le principe de la priorité de la reconsidération sur la révision permet donc à l'administration de reconsidérer une décision lorsque les conditions d'une révision ne sont pas réalisées. A plus forte raison, celle-ci peut procéder à une reconsidération lorsque l'instruction ne permet pas d'affirmer à coup sûr que les conditions d'une révision sont réalisées. Il serait en effet superflu de l'obliger à compléter l'instruction (avec tout ce que cela suppose de démarches dispendieuses) lorsque le caractère manifestement erroné de la décision initiale ressort clairement du dossier et qu'une reconsidération apparaît, pour ce motif, justifiée (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève-Zurich-Bâle 2011, n. 3128, p. 847 et les références).

b) La décision de l'office AI du 7 février 2014, en tant que motivée sous l'angle de la reconsidération, est justifiée. La décision originale du 26 octobre 2009 n'a pas fait l'objet d'un recours. Il existe une erreur quant à la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Celle-ci a été évaluée à l'époque par le Dr T._____, lequel a retenu, certes sans motivation, qu'il n'existait pas d'affection médicale susceptible au jour de l'expertise d'empêcher l'assurée de travailler à son taux antérieur d'environ 50% dans un emploi léger de téléphoniste. Ce médecin a néanmoins rapporté au passage que son évaluation était acceptée sur le fond par la patiente comme par ses médecins traitants. Le SMR adopte l'évaluation de la capacité de travail posée par le Dr T._____. C'est en fait au stade du projet de décision que l'erreur apparaît pour la première fois en ce sens que le 50% du 100% devient un 50% de 50%. L'expertise W._____, laquelle répond aux exigences jurisprudentielles pour se voir conférer pleine valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées) – ce qui n'est d'ailleurs pas contesté –, vient confirmer qu'à l'époque de la décision litigieuse, la capacité de travail de l'assurée était bien d'un 50% par rapport au plein temps de son activité habituelle. Dans l'hypothèse où la validation de l'avis du Dr T._____ par les médecins traitants était contestée, cette expertise permet d'écarter une hypothétique contestation. On rappellera au surplus qu'il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant en raison de la relation de confiance qui unit ce dernier à son patient (voir ATF 125 V 351 consid. 3b/cc p. 353). Enfin, la troisième condition de la reconsidération est également réalisée dans la mesure où la rectification revêt incontestablement une importance notable. C'est ici le lieu de préciser que la part active/ménagère déterminée en 2009 n'est pas contestable. On ne saurait en l'occurrence appliquer la jurisprudence s'agissant des premières déclarations lorsque celle-ci consiste en un formulaire rempli à domicile, manifestement sans conseil d'un tiers expérimenté, alors que dans les actes subséquents de la procédure, cette part 50/50 ressort clairement des déclarations de l'assurée (rapport d'enquête ménagère du 26 juin 2009, observations sur le projet de décision du 11 octobre 2013) comme de l'attestation de son employeur du 4 juin 2014. Le choix d'une activité à

47% dès le 1^{er} décembre 2004 ressort manifestement du nouveau statut de mère de l'assurée et ne découle pas de ses ennuis de santé. La date du 1^{er} décembre 2004 correspond probablement à la fin du congé-maternité, ce qui explique qu'elle coïncide avec la réduction du taux d'activité de l'intéressée. A cela s'ajoute que la part 50/50 n'a pas été contestée au stade du projet de décision en 2009, ce qui se déduit du silence sur ce point dans les observations déposées alors.

5. Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique de la recourante.

a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; 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; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29).

Chez les assurés 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, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

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. 27^{bis} RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2; cf. aussi consid. 5b infra).

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 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; 117 V 194 consid. 3b).

Comme exposé ci-dessus, lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) – est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore

raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément à la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 consid. 4.2; 130 V 61).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne 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 137 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références). Les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille 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).

b) Dans le cas présent, la capacité de travail résiduelle telle que médicalement établie à l'époque de la décision du 26 octobre 2009 correspondait au pourcentage de la part active ; le taux d'invalidité calculé sur cette part aurait ainsi dû être nul. Quant à l'invalidité ménagère, elle était de 15,657%. L'assurée n'avait donc pas droit à une rente. La condition de l'importance notable était donc réalisée elle aussi et l'office AI était ainsi légitimé à reconsidérer sa décision.

En revanche, l'office AI ne pouvait simultanément procéder à une révision au sens de l'art. 17 LPGA, si c'est ainsi qu'il faut comprendre la lettre explicative du 7 février 2014. La décision de reconsidération n'étant pas entrée en force, elle ne peut être révisée. En revanche, et c'est vraisemblablement ce à quoi l'office AI a voulu procéder, il devait s'assurer, avant de rendre sa décision de reconsidération, de l'absence d'une modification de l'état de fait survenue depuis le 26 octobre 2009 susceptible d'entraîner un taux d'invalidité suffisant au maintien d'un quart de rente (cf. Valterio, op. cit., n. 3134 in fine et la référence citée). Et pour déterminer si une telle modification était survenue, l'office AI n'avait d'autre choix que d'apprécier la situation à l'aune des critères jurisprudentiels relatifs à l'art. 17 LPGA (TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références).

L'expertise du Dr W._____ a permis d'exclure une aggravation de l'état de santé et le dossier tel que constitué ne contient pas de rapports médicaux postérieurs à cette expertise attestant d'une aggravation entre la date de l'expertise et celle de la décision litigieuse. Ce sont en fait les observations de l'assurée sur son statut, au stade du projet de décision, qui ont incité l'office AI, à juste titre, à vérifier quelle était l'incidence d'un statut d'active à 80% et de ménagère à 20% sur la détermination du taux d'invalidité, étant rappelé que la modification de l'état de fait peut porter sur les atteintes à la santé comme sur les circonstances économiques personnelles à l'assuré. On doit admettre qu'il en va ainsi de la modification des parts active et ménagère lorsqu'est applicable la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

Le moins que l'on puisse dire est que les observations de l'assurée du 11 octobre 2013 concernant son statut sont confuses, sauf sur la question du principe d'une augmentation de son taux d'activité dès sa fille autonome, respectivement dès l'accès possible à des structures d'accueil moins onéreuses (dans l'hypothèse où elle était en bonne santé). On peut présumer, vu l'âge de l'enfant à la date de la décision, que l'assurée aurait augmenté son taux d'activité si elle avait été en bonne santé, pour atteindre au moins 70%, si ce n'est plus, ses explications

n'étant pas précises sur le taux d'activité qui aurait effectivement été le sien en 2013 si elle était en bonne santé. Quoi qu'il en soit, que ce soit sous l'angle d'un taux de 60, 70, 80, 90 ou 100%, le droit à une rente n'est pas ouvert.

En admettant une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, on obtient les degrés d'invalidité suivants, étant rappelé que le total des empêchements ménagers s'élève à 31,35% :

Actif	préjudice	Ménage	préjudice	Total
60%	10%	40%	12,54%	22,54%
70%	20%	30%	9,40%	29,4
%				
80%	30%	20%	6,27%	
	36,27%			
90%	40%	10%	3,13%	
	43,13%,			

ce dernier taux pouvant donner droit à un quart de rente.

Toutefois, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.1, 3.2 et 3.3), dans l'hypothèse d'un statut actif de 90% (comme d'ailleurs d'un statut actif entre 60 et 80%), il serait exigible de l'assurée d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dans laquelle à dire d'expert sa capacité de travail serait de 100% avec rendement réduit de l'ordre de 30% (cf. rapport d'expertise du Dr W. _____ du 1^{er} mai 2013, pp. 21-22).

c) Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010

consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3).

Dans le cas d'espèce, le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2012 (ESS 2012, TA1 ; niveau de qualification 1) de 4'112 fr., part au treizième salaire comprise. En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique 1/2 - 2015, p. 92 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'286 fr. 76, ce qui correspond à un salaire annuel de 51'441 fr. 12, soit 46'297 fr. 01 à 90%. Attendu que le rendement de la recourante est réduit d'environ 30%, le salaire exigible annuel s'élève à 32'407 fr. 91. Quant au salaire sans invalidité, il doit être fixé, sur la base des indications fournies par l'employeur en octobre 2010, à 43'889 francs. Indexé à l'année 2010 (1,1%), puis à 2011 (1%), il se monte à 44'815 fr. 50. Il s'ensuit un degré d'invalidité de 27,68% pour la part active auquel s'ajoute celui pour la part ménagère de 3,13% (10% de 31,35%), soit 30,81% au total.

Dans l'hypothèse d'un statut d'active à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 30%, le salaire exigible de l'assurée serait de 36'008 fr. 78 (70% de 51'441 fr. 12). En le comparant avec un gain sans invalidité de 49'795 fr. 45, le taux d'invalidité serait de 27,68%. Pour le surplus, un abattement (cf. sur cette question ATF 126 V 75 consid. 5) sur le revenu d'invalidité n'y changerait rien. S'agissant du taux, on retiendra que la recourante est encore relativement jeune, qu'elle est titulaire d'un permis d'établissement, qu'elle est bien intégrée, au bénéfice d'une formation achevée en Suisse et dispose d'une longue expérience dans le domaine commercial. Dans ces circonstances, le taux d'abattement ne saurait excéder 10%, d'autant plus que les limitations fonctionnelles présentées par la recourante (découlant pour l'essentiel de sa fatigabilité) ont déjà justifié une diminution de rendement de 30%. Il s'ensuit un salaire

d'invalide de 32'407 fr. 90 (36'008 fr. 78 - 10%) lequel, comparé à un gain sans invalidité de 49'795 fr. 45, conduit à un taux d'invalidité de 34,91%. En ce qui concerne le statut d'active à 90%, le salaire exigible annuel s'élèverait, après réduction, à 29'167 fr. 12 (32'407 fr. 91 - 10%). En comparaison avec un gain sans invalidité de 44'815 fr. 50, il s'ensuit un degré d'invalidité de 34,91% pour la part active auquel s'ajoute celui pour la part ménagère de 3,13% (10% de 31,35%), soit 38,04% au total.

d) Dans ces conditions, il est donc vain de renvoyer la cause à l'office AI pour qu'il complète l'instruction sur la modification exacte du statut de l'assurée et actualise auprès de l'employeur le salaire sans atteinte à la santé.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé doit être rejeté et la décision de l'office AI du 7 février 2014 en tant qu'elle reconsidère la décision du 26 octobre 2009 et supprime le droit au quart de rente est donc confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 février 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour D. _____),
- 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).

Le greffier :