

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 février 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Thalmann et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Reil, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1959, est atteinte de cécité depuis 1970, des suites d'un méningiome suprasellaire avec hydrocéphalie.

Eu égard à cette atteinte, l'assurée a été mise au bénéfice de diverses prestations de l'assurance-invalidité (AI) en particulier sous la forme de moyens auxiliaires et de mesures d'ordre professionnel, dont une formation de téléphoniste suivie du 18 octobre 1976 au 31 mars 1978 à L. _____. Depuis le 1^{er} juillet 1980, elle perçoit par ailleurs une allocation pour impotence de degré faible (prestation à laquelle s'ajoutera une contribution d'assistance dès le 1^{er} janvier 2014). En outre, après avoir perçu une rente extraordinaire d'invalidité du 1^{er} mai 1978 au 30 avril 1981, l'intéressée s'est vu reconnaître le droit à une rente ordinaire d'invalidité à partir du 1^{er} août 1981, alternant entre une rente partielle et une rente totale jusqu'au 1^{er} juin 1983, date à partir de laquelle une rente entière lui a régulièrement été servie.

Domiciliée à l'origine dans le canton de M. _____ puis s'étant installée dans celui de F. _____ en 1996 suite à son mariage, l'assurée - entre-temps devenue mère d'une fille née en 1998 - s'est établie en territoire vaudois, à T. _____, dès la fin du mois d'août 1999.

B. Une procédure de révision d'office du droit à la rente a été engagée en mars 2000 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans ce contexte, aux termes d'un questionnaire pour la révision de la rente indexé le 4 avril 2000, il est ressorti que l'état de santé de l'intéressée demeurait inchangé et qu'elle n'exerçait aucune activité lucrative.

Sur interpellation de l'OAI, le Dr W._____, médecin généraliste traitant, a confirmé le 8 mai 2000 que la situation de sa patiente était totalement inchangée, avec une tumeur hypothalamo-chiasmatique de nature indéterminée d'évolution bénigne, une cécité sur hydrocéphalie interne, un status après dérivation ventriculo-cardiaque en 1970 et un status après pyélo-néphrites récidivantes gauches. Quant à l'incapacité de travail, elle était totale pour une durée indéterminée.

Par communication du 19 juin 2000, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'elle continuerait à toucher la même rente que jusqu'alors.

A teneur d'un courrier du 21 décembre 2001 rédigé par son conseil de l'époque, l'assurée s'est adressée à l'OAI aux fins de savoir quel salaire elle pourrait le cas échéant réaliser sans que cela ne remette en cause son droit à une rente entière d'invalidité, observant à cet égard qu'en 1997, l'Office AI du canton de [...] [recte : de F._____] avait retenu un revenu théorique sans invalidité de 63'500 fr. en application de l'art. 26 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Répondant le 21 janvier 2002, l'OAI a indiqué que le revenu théorique sans invalidité au sens de l'art. 26 RAI était de 69'000 fr. pour l'année 2002. L'office s'est pour le surplus référé à une notice explicative, jointe en annexe, touchant la problématique de l'exercice d'une activité et du versement de la rente.

Par correspondance du 19 janvier 2004 se référant à un précédent entretien téléphonique avec l'administration, le Service des Ressources humaines du Comité [...] (ci-après : le Comité R._____), à G._____, a confirmé à l'OAI que l'assurée avait été engagée en qualité de téléphoniste à un taux d'activité de 40% dès le 1^{er} février 2004.

Dans un questionnaire complété le 19 avril 2004, l'employeur susdit a en particulier précisé que l'assurée travaillait deux jours par semaine en qualité de téléphoniste depuis le 1^{er} février 2004 et qu'elle réalisait à ce titre un revenu mensuel de 1'949 fr. qui correspondait à ce

qu'elle aurait pu percevoir sans atteinte à la santé en exerçant la même activité.

Toujours le 19 avril 2004, l'assurée a transmis à l'OAI une copie de son contrat de travail avec le Comité R._____ tout en expliquant que sa prise d'emploi résultait de sa séparation d'avec son mari en octobre 2003, sa fille se trouvant à sa charge. Du contrat de travail en question, daté du 26 janvier 2004, il résultait en particulier que le salaire de base mensuel brut de 1'949 fr. était versé treize fois l'an.

A teneur d'une fiche d'examen du dossier du 6 mai 2004, l'office a notamment retenu que le revenu sans invalidité en tant que téléphoniste à 100% s'élevait à 65'885 fr. selon des renseignements obtenus auprès d'une collaboratrice de l'Etat de Vaud, et que le revenu avec invalidité atteignait quant à lui 25'337 fr. en tant que téléphoniste à 40% auprès du Comité R._____.

En date du 25 mai 2004, l'OAI a rendu une décision réduisant la rente entière d'invalidité de l'assurée à un trois-quarts de rente, avec effet au 1^{er} juillet 2004. A l'appui de cette réduction, il a exposé que la prise d'emploi intervenue au 1^{er} février 2004 avait entraîné un nouveau calcul du préjudice économique et que la comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité - de respectivement 65'885 fr. et 25'337 fr. - mettait en évidence une perte de gain de 40'548 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 61,54%, arrondi à 62%.

C. Par correspondance du 19 mai 2008, la D._____ a notamment informé l'OAI que l'assurée avait subi deux opérations importantes suite au diagnostic d'une grave maladie cancéreuse et que, après plusieurs mois d'incapacité totale de travail, elle souhaitait reprendre son activité au Comité R._____ à raison d'une demi-journée par semaine (10%) dès le 3 juin 2008.

Le 25 juillet 2008, la Caisse H._____, agissant en tant qu'assureur perte de gain de l'assurée, a adressé à l'OAI un courrier

faisant état de périodes d'incapacité de travail à 100% du 4 novembre 2007 au 2 juin 2008, à 90% du 3 juin 2008 au 6 juillet 2008 et à 50% depuis le 7 juillet 2008. A cet envoi étaient en outre joints divers documents, dont les pièces suivantes :

- deux rapports du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier Z._____ datés respectivement des 19 novembre et 12 décembre 2007, exposant que l'assurée, atteinte d'un carcinome endocrine bien différencié de l'iléon terminal pT3 pN1 pM1, avait été hospitalisée du 4 au 14 novembre 2007 pour une hémicolectomie droite par laparoscopie et biopsie hépatique, puis du 29 novembre au 13 décembre 2007 pour des métastasesectomies hépatiques multiples par laparotomie ;

- un formulaire de demande de prestations AI complété le 5 mai 2008 par l'assurée au motif d'un « *cancer général* » depuis septembre 2007 ;

- un rapport du 9 mai 2008 de la Dresse A._____, médecin généraliste, signalant une incapacité de travail à 100% dès le 5 novembre 2007 puis à 10% (sur la base du taux d'occupation de l'intéressée de 40%) depuis le 1^{er} juin 2008, et évoquant un haut risque de récurrence tumorale.

Dans ce contexte a par ailleurs été produite une copie du décompte de salaire de l'assurée pour le mois d'août 2008, faisant état d'un revenu mensuel brut de 2'742 fr. correspondant, après déductions, à un revenu net de 2'056 fr. 45.

On extrait ce qui suit d'un compte-rendu établi le 18 août 2008 par un collaborateur de l'OAI suite à un entretien téléphonique avec l'employeur de l'assurée :

"L'assurée travaille actuellement à 20%, soit un jour par semaine.

Elle reçoit Fr. 2'318.- correspondant à un 40%. Mais en vérité, l'employeur verse Fr. 1'159.- et l'assurance perte de gain couvre le reste du montant.

Sans atteinte à la santé, elle recevrait Fr. 5'795.- par mois.

Calcul du préjudice économique :

Salaire sans atteinte	Fr. 5'795.-	
Salaire réel actuel	Fr. 1'159.-	
Préjudice :	Fr. 4'636.-	soit <u>80 %</u> "

Sur la base de ces éléments, l'OAI a rendu le 19 décembre 2008 une décision confirmant un précédent projet du 18 août 2008 et reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2008, eu égard à un taux d'invalidité de 80%.

D. Dans le cadre d'une procédure de révision engagée en août 2012, un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier en date du 9 août 2012. Cet extrait mentionnait des revenus soumis à cotisations s'élevant notamment à 23'225 fr. en 2004, 28'886 fr. en 2005, 31'351 fr. en 2006, 31'133 fr. en 2007, 30'733 fr. en 2008, 31'038 fr. en 2009, 31'038 fr. en 2010 et 31'266 fr. en 2011.

Le 29 août 2012, l'assurée a rempli un questionnaire pour la révision de la rente, indiquant que son état de santé était toujours le même et n'avait motivé aucun changement professionnel. Dans un formulaire annexe, elle a de surcroît précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% depuis 1968 [sic], en tant que médecin. Elle a également produit copie de deux fiches de salaire portant respectivement sur les mois d'octobre 2010 et de juillet 2011, signalant un salaire mensuel brut de 2'750 fr. en 2010 et de 2'757 fr. en 2011 équivalant, après déductions, à un revenu net de 2'054 fr. 30 en 2010 et de 2'009 fr. 95 en 2011.

Par rapport du 4 octobre 2012, le Dr X._____, médecin au Centre hospitalier Z._____, a posé les diagnostics incapacitants de carcinome neuro-endocrine de l'iléon terminal avec métastases hépatiques en septembre 2007, atteinte traitée par hémicolectomie droite le 5 novembre 2007 et métastasectomie le 6 décembre 2007. Il a précisé que la maladie était actuellement stable, sans signe de récurrence, que le

pronostic était bon mais qu'une surveillance était nécessaire. Le Dr X. _____ a par ailleurs fait état d'une incapacité de travail de 80% de 2007 à 2012 et a ajouté que si l'asthénie initialement constatée n'était plus présente, la cécité de la patiente augmentait toutefois énormément les limitations fonctionnelles. Cela étant, il a estimé que l'activité exercée restait exigible médicalement à un taux de 20%, avec une diminution de rendement eu égard à la cécité de l'intéressée. Il a ajouté que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, évoquant un taux d'occupation de 40% à partir du début de l'année 2013.

A teneur d'un rapport du 18 octobre 2012, le Dr W. _____ a retenu des diagnostics superposables à ceux évoqués dans les précédents rapports médicaux. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée, signalant des restrictions essentiellement liées à la cécité.

D'un questionnaire pour l'employeur complété le 25 octobre 2012 par le Service du personnel du Comité R. _____, il est ressorti que le salaire de l'assurée s'élevait à 2'460 fr. par mois depuis le 1^{er} décembre 2011, que la rémunération versée correspondait au rendement et qu'elle équivalait en outre à ce que gagnerait l'intéressée à l'heure actuelle sans atteinte à la santé. Ce questionnaire faisait en outre mention d'une gratification de 800 fr. en 2010, de 1'000 fr. en 2011 et de 1'000 fr. en 2012, s'ajoutant au revenu annuel de l'assurée.

Dans un avis du 27 février 2013, le Dr J. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu qu'une amélioration avait eu lieu, que la capacité de travail exigible - tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée - était de 50% depuis le 7 juillet 2008 et que les limitations fonctionnelles avaient trait à la cécité.

Par communication du 1^{er} mars 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'elle remplissait les conditions pour une orientation professionnelle. Dans ce contexte, l'intéressée s'est entretenue le 15 mai

2013 avec une spécialiste en réinsertion de l'OAI, laquelle a exposé ce qui suit dans un rapport final du 22 mai 2013 :

"[...] Mme N. _____ nous a indiqué que son état de santé n'était pas stabilisé. En effet, elle a été en incapacité de travail fin décembre 2012, et durant plusieurs semaines début 2013. Elle relève qu'elle présente une forme de cancer « chronique » pouvant se développer sur n'importe quelle partie du corps. Selon son oncologue (Dr Q. _____ au Centre hospitalier Z. _____) il n'est pas exclu que cette atteinte ait occasionné la cécité dans l'enfance. Elle est également à l'origine du cancer de l'intestin et du foie diagnostiqu[é] en 2007. Récemment [en] 2013, des métastases ont cette fois été découvertes à l'œil gauche (en cours d'investigation). Elles n'empêchent pas notre assurée de travailler pour l'instant, mais occasionnent une très forte anxiété.

Depuis l'ablation d'une grande partie du colon en 2007, Mme N. _____ présente en outre de très fortes diarrhées. En période « calme » elle dit mener une vie normale, mais doit pouvoir accéder très rapidement à des WC. En période décompensée (début 2013 notamment), elle est contrainte de rester chez elle, en ICT totale durant plusieurs jours, parfois semaines.

Suite à ces derniers événements, Mme N. _____ n'a repris le travail à son taux habituel de 40% que début avril 2013.

Afin de préciser ces éléments (dont l'avis SMR du 27.02.2013 ne fait pas état), il nous semble nécessaire de **réinterroger son oncologue, le Dr Q. _____, au service d'oncologie du Centre hospitalier Z. _____ à T. _____.**

Actuellement, Mme N. _____ travaille 2 jours entiers par semaine (mardi et vendredi) au Comité R. _____ à G. _____. [...]

Mme N. _____ se rend au travail 2 jours par semaine en transports publics et compte enviro[n] 1h30 par trajet simple [...], soit 3 heures par jour, ce qui est considérable pour une personne non voyageante, en particulier aux heures de pointe.

A ce titre, si la capacité de travail de 50% estimée par le SMR se confirme, nous n'estimons ni judicieux ni exigible de demander à notre assurée d'augmenter son taux d'activité d'une demi-journée par semaine, compte tenu de l'énergie que ce déplacement supplémentaire lui coûterait, pour 4 heures de travail.

Un déménagement pour se rapprocher de son lieu de travail ne nous semble pas plus adéquat, notre assurée étant autonome grâce au soutien du [...] qui a longuement entraîné avec elle les déplacements nécessaires à son autonomie quotidienne dans son quartier (courses, banque, poste, etc), dans son appartement, et pour se rendre au travail. Un changement d'environnement impliquerait d'encoder de nouveaux trajets et topographies pour elle, mais aussi pour sa fille, également [malvoyante].

Pour ces différentes raisons, et pour autant que l'exigibilité de 50% se confirme après réception de l'avis du Dr Q._____, nous estimons qu'une augmentation de 10% du taux d'activité n'est pas raisonnablement envisageable pour notre assurée.

[...]"

Par télécopie du 24 mai 2013, l'OAI s'est vu communiquer le certificat de salaire de l'assurée pour l'année 2012 (partiellement illisible), chiffrant le salaire brut total à 39'269 fr. et le salaire net à 34'751 fr., étant notamment précisé que le salaire comprenait 2'689 fr. 35 de participation à l'assurance-maladie.

Aux termes d'un rapport frappé d'un timbre de la Direction médicale du Centre hospitalier Z._____ daté du 5 juin 2013, le Dr Q._____, chef de clinique au sein du Service d'oncologie médicale de cet établissement, a signalé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de cécité totale depuis 1970, posant en outre le diagnostic sans impact sur la capacité de travail de tumeur neuro-endocrine depuis 2007. Le Dr Q._____ a ajouté que, dans son activité exercée dans le domaine du secrétariat, l'assurée présentait une incapacité de travail de 60% depuis le 22 avril 2013 pour une durée indéterminée et que cette activité était toujours exigible d'un point de vue médical, avec des restrictions ayant trait à la cécité.

Par avis médical du 11 juillet 2013, le Dr J._____ a précisé avoir précédemment reconnu une incapacité de travail de 50% dès le 7 juillet 2008 sur la base des renseignements fournis par l'assureur perte de gain ; or, dans les faits, il apparaissait que l'assurée n'avait jamais travaillé à un taux supérieur à 40% depuis 2004. Le Dr J._____ a estimé qu'il y avait donc lieu de revenir sur la position annoncée dans l'avis SMR du 27 février 2013 et de reconnaître à l'intéressée une capacité de travail de 40% (et non de 50%) dans l'activité actuelle, qui était adaptée.

En date du 15 juillet 2013 a été complétée une fiche d'examen du dossier dans laquelle l'OAI se proposait de retenir un taux d'invalidité de 58%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 77'000 fr. basé sur

l'art. 26 RAI pour 2012/2013 et d'un revenu avec invalidité de 31'980 fr. selon l'employeur pour 2012/2013.

Aux termes d'un rapport final établi le 23 juin 2014 par une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, les éléments suivants ont été retenus :

"RS annuel brut : CHF 80'590.00 à 100 % en 2014 (CHF 79'950.00, selon rapport employeur du 25.10.2012, indexé à 2014 (+ 0.8 % et 0 % pour 2013/2014).

RI annuel brut : CHF 31'980.00[...] à 40 % en 2014, selon entretien téléphonique de ce jour avec l'employeur.

Sous l'égide de l'AI, l'assurée a suivi une école spéciale pour aveugles, avec une formation professionnelle de téléphoniste. Elle a donc été reclassée à satisfaction et il n'y a dès lors pas de raison de se référer à l'art. 26 RAI pour déterminer le RS [...]."

En date du 26 juin 2014, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'une réduction de la rente entière d'invalidité de l'assurée à un trois-quarts de rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré pour l'essentiel que, depuis le 7 juillet 2008 [sic], l'intéressée disposait d'une capacité de travail raisonnablement exigible de 40% dans son activité habituelle de téléphoniste, activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son atteinte à la santé. Cela étant, l'office a procédé à l'évaluation de la perte de gain de l'assurée en se fondant sur un revenu sans invalidité de 80'590 fr. et sur un revenu avec invalidité de 31'980 francs. De la comparaison de ces montants, il résultait un préjudice économique de 48'610 fr. équivalant à un degré d'invalidité de 60.31% n'ouvrant le droit qu'à un trois-quarts de rente et non pas à une rente entière.

Par écriture du 13 août 2014, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a fait valoir en substance qu'elle ne pouvait occuper qu'un certain type d'emploi, au service d'un employeur compréhensif et disposé à adapter son environnement de travail aux spécificités liées à son handicap. C'était ainsi qu'elle avait été engagée au service du Comité R. _____ à

G._____, bien qu'étant domiciliée à T._____ - situation nécessitant des déplacements lors des jours de travail, dont il y avait lieu de tenir compte dans le cadre de l'appréciation de sa capacité de gain. L'assurée a par ailleurs contesté que l'on puisse prétendre que sa capacité de gain, en l'absence de tout handicap, serait limitée à une activité de téléphoniste ; elle a estimé que, bien au contraire, sa capacité de gain serait nettement supérieure si elle n'était pas frappée de cécité.

Par décision du 12 septembre 2014, l'OAI a confirmé son projet précité et réduit le droit de l'assurée à un trois-quarts de rente d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre 2014.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, N._____ a recouru le 15 octobre 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité eu égard à un taux d'invalidité supérieur à 70%, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante conteste tout d'abord le revenu avec invalidité retenu par l'OAI. Elle estime que doivent en être soustraits la participation de l'employeur à l'assurance-maladie, la prime annuelle versée à bien plaie en récompense de la qualité du travail fourni, ainsi que les jours de vacances non pris et par conséquents compensés - le revenu déterminant s'élevant ainsi à 27'000 fr. au maximum. Elle allègue qu'il y a encore lieu de déduire de ce montant les frais d'acquisition du revenu consécutifs à l'éloignement entre son lieu de travail et son lieu de domicile, soit d'une part le prix d'un abonnement général (2'300 fr.) et d'autre part les coûts engendrés par l'obligation de prendre ses repas à l'extérieur (1'280 fr. par an selon les normes fiscales), déductions portant finalement à 23'420 fr. le revenu avec invalidité. La recourante critique également le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, faisant valoir qu'elle est capable de parler, respectivement parle couramment quatre langues (français, allemand, anglais et italien), qu'elle est capable de se débrouiller dans deux langues supplémentaires, pouvant répondre au téléphone en espagnol et en arabe, et qu'il apparaît ainsi qu'elle bénéficie

d'une « *capacité d'apprentissage bien au-dessus de la moyenne* », ce d'autant qu'elle a perdu la vue lorsqu'elle était âgée d'à peine dix ans. Elle en déduit que, sans handicap, elle pourrait prétendre à un poste de cadre ou de responsable lui permettant de réaliser un salaire de 9'000 fr. par mois, soit 108'000 fr. par an. Sous un autre angle, se référant à un futur rapport de son médecin traitant, la recourante soutient que si son état de santé est stable, il reste néanmoins très précaire et sujet à de fortes variations, ce qui influence son taux d'activité possible. Elle considère que, dans ces conditions, son degré d'invalidité n'est pas inférieur à 70%. A l'appui de ses dires, la recourante produit un onglet de pièces comportant notamment son certificat de salaire pour l'année 2013.

Dans sa réponse du 20 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant tout d'abord le revenu avec invalidité, l'OAI observe que le questionnaire rempli le 25 octobre 2012 par le Comité R. _____ faisait mention d'un salaire mensuel de 2'460 fr. auquel s'ajoutait un treizième salaire, soit un revenu total de 31'980 fr. par an – montant correspondant également au revenu annuel en 2014 selon les indications données par l'employeur. Quant aux coûts relatifs aux déplacements pour aller au travail et pour les repas pris à l'extérieur, l'office relève qu'ils ne sont pas directement ou indirectement imputables à l'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé rappelle avoir tenu compte d'un montant de 80'590 fr. en 2014 sur la base du rapport de l'employeur du 25 octobre 2012 et relève que, conformément au rapport final du 23 juin 2014, il n'y a pas lieu de se référer à l'art. 26 RAI pour déterminer le gain de valide dans la mesure où l'intéressée, qui a suivi une école spéciale pour aveugles avec une formation de téléphoniste, a été reclassée à satisfaction.

Aux termes de sa réplique du 18 mars 2015, la recourante persiste dans ses conclusions. Concernant le revenu d'invalidité, elle maintient qu'il s'élève à 23'420 fr. compte tenu du revenu annuel net de 31'240 fr. indiqué sur le certificat de salaire relatif à l'année 2013, dont il y a lieu de déduire – en référence à l'art. 21bis al. 4 RAI – une « *prime performance* » de 500 fr., un solde de vacances par 586 fr., la participation

de l'employeur à l'assurance-maladie à concurrence de 2'556 fr., ainsi que les coûts d'acquisition du revenu de respectivement 2'300 fr. et de 1'280 fr. afférents aux frais de déplacements professionnels et aux repas pris à l'extérieur. Elle s'en tient par ailleurs à l'argumentation développée dans son recours s'agissant du revenu sans invalidité, dont elle prétend qu'il ne saurait être inférieur à 108'000 fr. par an. Finalement, à titre de mesure d'instruction, elle requiert production par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale, d'un rapport portant sur son état de santé actuel, les traitements nécessités, les perspectives d'évolution à court et moyen terme, ainsi que les conséquences du point de vue de la capacité de travail. En annexe, la recourante produit copie du Mémento « *Cotisations à l'AVS, à l'AI et aux APG* » publié par le Centre d'information AVS/AI en collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2015.

Dupliquant le 26 mai 2015, l'intimé confirme sa position. Il relève tout d'abord que selon la législation topique, le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé, et englobe notamment les commissions, les gratifications et les indemnités de vacances ou pour jours fériés. Concernant le revenu d'invalidité, l'OAI rappelle que le salaire annuel était de 31'980 fr. selon les informations fournies par l'employeur les 25 octobre 2012 et 23 juin 2014. Or, un nouvel extrait du compte individuel de l'assurée fait état d'un revenu annuel de 33'144 fr. [recte : 33'114 fr.] en 2013 et de 32'980 fr. en 2012, soit des montants plus élevés que celui retenu dans la décision litigieuse. Ne parvenant pas à s'expliquer cette différence, l'office évoque l'hypothèse que la recourante ait effectué des heures supplémentaires en 2012 et 2013 et que le taux d'invalidité soit éventuellement inférieur à 60%. Il estime dans ces conditions que l'employeur devrait être réinterrogé sur ce point. S'agissant des frais d'acquisition du revenu (déplacements pour se rendre au travail et repas pris à l'extérieur) ainsi que du revenu sans invalidité, l'intimé renvoie à sa précédente écriture du 20 janvier 2015. Enfin, l'OAI estime qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante. En

annexe figure l'extrait précité du compte individuel AVS de la recourante, daté du 23 avril 2015.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Est en l'occurrence litigieuse la réduction, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité de l'assurée à un trois-quarts de rente avec effet 1^{er} novembre 2014.

3. a) Selon 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. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet

constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

b) Dans le cas particulier, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 19 décembre 2008 (dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel de la situation), justifiant la réduction de cette prestation à un trois-quarts de rente décidée par l'office intimé le 12 septembre 2014.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. 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 (cf. art. 6 LPGA *in fine*).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Un rapport émanant d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (cf. art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (cf. art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. Il convient à ce stade d'examiner si, du point de vue médical, la situation de la recourante a évolué de manière significative depuis la décision d'octroi d'une rente entière du 19 décembre 2008.

a) Cette décision s'inscrivait dans le cadre d'une péjoration de l'état de santé de la recourante non pas sous l'angle de son handicap visuel (celui-ci n'ayant, au vu des pièces du dossier, plus connu de modification significative depuis plusieurs années) mais au niveau oncologique, ensuite d'un carcinome neuro-endocrine de l'iléon terminal ayant nécessité une hémicolectomie en novembre 2007 puis de multiples métastases hépatiques en décembre 2007. De cette atteinte cancéreuse avait découlé une diminution de la capacité de travail de l'assurée, laquelle avait finalement repris son activité de téléphoniste au Comité R._____ à un taux de 20% selon les renseignements fournis par l'employeur (cf. compte-rendu d'entretien téléphonique du 18 août 2008).

b) La procédure de révision initiée en août 2012 par l'OAI montre que l'état de santé de la recourante a de toute évidence suivi une évolution favorable.

A cet égard, il faut rappeler que, par rapport du 4 octobre 2012, le Dr X._____ a précisé que la maladie était stable sans signe de récurrence, que le pronostic était bon bien qu'une surveillance fût nécessaire et que la capacité de travail, toujours estimée à 20% dans l'activité - médicalement exigible - exercée au Comité R._____, pourrait être augmentée à 40% dès le début de l'année 2013. En revanche, par compte-rendu du 18 octobre 2012, le Dr W._____ a de son côté signalé une incapacité complète de travail de durée indéterminée, précisant toutefois que les lésions hépatiques connues étaient stables et que les restrictions présentées étaient essentiellement liées à la cécité. En outre, lors d'un entretien le 15 mai 2013 avec une spécialiste en réinsertion de l'OAI, l'assurée a expliqué que sa maladie n'était pas stabilisée puisqu'elle s'était trouvée en incapacité à la fin décembre 2012 et durant plusieurs semaines début 2013 et que des métastases avaient récemment été

découvertes au niveau de l'œil gauche ; elle n'en a pas moins indiqué avoir repris le travail à son taux habituel de 40% dès le début du mois d'avril 2013 (cf. rapport final du 22 mai 2013). Enfin, interpellé aux fins d'éclaircir la situation du point de vue oncologique, le Dr Q._____ s'est déterminé dans un rapport du 5 juin 2013 dont il est ressorti que la cécité de la recourante continuait certes d'influer sur sa capacité de travail, que tel n'était en revanche plus le cas de la tumeur neuro-endocrine diagnostiquée en 2007 et que, dans son activité habituelle médicalement exigible, l'intéressée présentait une incapacité de travail de 60% depuis le 22 avril 2013 et ce pour une durée indéterminée, les limitations fonctionnelles étant essentiellement induites par le handicap visuel.

De ce qui précède, il ressort qu'en dépit de l'avis isolé du médecin généraliste traitant de l'assurée, le pronostic favorable évoqué par le Dr X._____ s'est vérifié dans les faits - nonobstant une période apparemment plus fluctuante entre fin 2012 et début 2013 - dans la mesure où la recourante a pu reprendre en avril 2013 son activité habituelle à son taux d'occupation usuel de 40%, taux qui coïncide avec l'exigibilité médicale évoquée par le médecin susdit le 4 octobre 2012 et corroborée par le Dr Q._____ dans son rapport du 5 juin 2013. C'est sur cette base que, par avis médical SMR du 11 juillet 2013, le Dr J._____ a procédé à la synthèse du cas de l'assurée et admis l'existence d'une capacité de travail de 40% dans l'activité habituelle considérée comme adaptée, revenant par là même sur les termes d'un précédent avis du 27 février 2013 allant dans le sens d'une exigibilité de 50% dès le 7 juillet 2008 au seul regard du dossier communiqué en son temps par l'assureur perte de gain.

A la lumière de ces éléments, l'OAI était donc fondé à conclure à une modification notable de la situation (au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA) depuis l'état de fait ayant donné lieu à la décision du 19 décembre 2008, compte tenu de l'évolution positive ayant conduit à la reprise d'activité à 40% intervenue dès le mois d'avril 2013. Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que la date du 7 juillet 2008 retenue dans la décision du 12 septembre 2014 comme début de l'exigibilité relève manifestement d'une

mauvaise lecture des pièces au dossier, singulièrement d'une référence erronée à l'avis SMR du 27 février 2013 sur lequel le Dr J._____ est revenu le 11 juillet 2013.

C'est par ailleurs en vain que la recourante conteste l'appréciation de l'intimé au motif que son état de santé actuel, certes stable, reste précaire et pourrait entraîner de futures variations de sa capacité de travail (cf. mémoire de recours du 15 octobre 2014 p. 8 s.). En effet, selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 362 consid. 1b avec les références), soit en l'occurrence le 12 septembre 2014. Or, la recourante n'allègue pas - et a fortiori ne démontre pas - que l'appréciation médicale à la base de la décision entreprise n'était déjà plus d'actualité lorsque cette dernière a été rendue. Pour le reste, sans chercher à minimiser les troubles affectant l'assurée, il reste que selon le principe de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 et les arrêts cités), l'on ne saurait se fonder sur la simple évolution hypothétique de l'état de santé de la personne assurée pour statuer sur le droit à la rente. C'est ici le lieu de relever que si l'état de santé de l'assurée devait effectivement venir à évoluer négativement, il lui appartiendrait, le cas échéant, d'introduire auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations dûment étayée, sans qu'il ne soit toutefois préjugé ici de l'issue d'une telle requête.

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît en outre que l'interpellation du Dr C._____ - telle que requise par l'assurée (cf. réplique du 18 mars 2015 p. 6) - ne s'avère pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. On ajoutera au demeurant que, conformément au devoir des parties de collaborer à

l'établissement des faits, il incombait notamment à l'assurée d'apporter, dans la mesure où cela pouvait raisonnablement être exigé d'elle, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, au risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 193 consid. 2).

6. Sur le plan économique, la recourante conteste le calcul de son degré d'invalidité, singulièrement les revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'intimé.

a) D'emblée, il convient de relever que l'analyse de ces questions s'avère en l'espèce dénuée de pertinence. En effet, il semble avoir échappé aux parties que l'assurée dispose, depuis avril 2013, d'une capacité résiduelle de travail de 40% dans son activité habituelle, considérée comme adaptée à son état de santé (cf. consid. 5b supra). Or, dans de telles circonstances, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6) et doit donc être arrêté à 60% dans le cas particulier - soit un taux ne permettant de prétendre qu'à un trois-quarts de rente d'invalidité.

b) Par surabondance, la même conclusion s'imposerait en procédant à l'évaluation de la perte de gain de la recourante sur la base d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité au sens de l'art. 16 LPGA.

aa) Selon cette disposition, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF

130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

L'art. 25 al. 1 RAI précise en outre qu'est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGa le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), hormis certaines exceptions non réalisées en l'occurrence. Par ailleurs, en vertu de l'art. 5 al. 2 LAVS, le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé. Il englobe les allocations de renchérissement et autres suppléments de salaire, les commissions, les gratifications, les prestations en nature, les indemnités de vacances ou pour jours fériés et autres prestations analogues, ainsi que les pourboires, s'ils représentent un élément important de la rémunération du travail.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). En l'espèce, cette comparaison doit se faire au regard de la situation existant en 2014, dès lors que la rente a été réduite au cours de cette année (cf. pour un cas d'application : TF 8C_515/2013 du 14 avril 2014 ; cf. également TF I 700/05 du 12 janvier 2007 consid. 8 et TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 5.1 concernant le cas d'une rente temporaire).

bb) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une

modification de la situation de l'assuré (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et 128 V 174 consid. 4a).

En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 80'590 fr. (cf. décision querellée du 12 septembre 2014 p. 3), que la recourante conteste en arguant qu'au vu d'une « *capacité d'apprentissage bien au-dessus de la moyenne* » illustrée notamment par ses connaissances linguistiques, acquises nonobstant la cécité dont elle est atteinte depuis l'âge de dix ans, elle aurait pu, bien portante, occuper un poste de cadre ou de responsable et ainsi prétendre à un revenu de l'ordre de 108'000 fr. par an (cf. mémoire de recours du 15 octobre 2014 p. 8 et réplique du 18 mars 2015 p. 4 s.).

Contrairement à ce que prétend la recourante, rien ne permet néanmoins de tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle aurait exercé une activité lui permettant de réaliser un salaire annuel de 108'000 fr. si elle avait été en bonne santé. On ne voit en particulier pas en quoi les connaissances linguistiques dont l'intéressée se prévaut – mais dont rien au dossier ne vient étayer l'ampleur – seraient révélatrices d'une « *capacité d'apprentissage bien au-dessus de la moyenne* » et permettraient de préjuger du parcours professionnel qui aurait été le sien sans atteinte à la santé. Il sied de souligner à ce propos que, par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas (cf. TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.2 avec les références citées). Sous cet angle, les seules prédispositions de l'assurée sur le plan linguistique – aussi favorables soient-elles – s'avèrent donc irrelevantes. Partant, l'argumentation de la recourante ne saurait être suivie.

Cela dit, le gain de valide arrêté à 80'590 fr. par l'intimé appelle certains commentaires. En effet, le raisonnement suivi par l'OAI repose essentiellement sur le fait que l'assurée a pu achever une formation nonobstant son invalidité précoce et qu'elle se trouve ainsi au

bénéfice de connaissances professionnelles suffisantes – ces circonstances excluant l'application de l'art. 26 RAI (cf. rapport final du 23 juin 2014 et réponse du 20 janvier 2015 p. 2). L'office est dès lors parti du salaire mensuel de 2'460 fr. indiqué dans le questionnaire pour l'employeur du 25 octobre 2012 pour un taux d'activité de 40%, en a déduit qu'un travailleur occupé à 100% pourrait prétendre à un salaire de 79'950 fr. par an ($[2'460 \text{ fr.} \times 100] / 40 = 6'150 \text{ fr.} \times 13 = 79'950 \text{ fr.}$), puis a procédé à l'indexation de ce salaire de 2012 à 2014 (+ 0,8% + 0%), soit 80'590 fr. au total (cf. rapport final du 23 juin 2014). Si ce raisonnement peut en soi être admissible au vu des circonstances du cas particulier, les chiffres retenus par l'intimé sont cependant sujets à caution. On constate notamment que l'OAI a indexé le montant de 79'950 fr. à l'évolution des salaires entre 2012 et 2014 (cf. rapport final du 23 juin 2014), alors même que le revenu de 31'980 fr. annoncé par le Comité R. _____ pour l'année 2014 (cf. ibid.) reste inchangé par rapport à 2012 ($2'460 \text{ fr.} \times 13 = 31'980 \text{ fr.}$) – ce qui plaide à l'encontre d'une quelconque indexation. En outre, le montant de 79'950 fr. arrêté par l'OAI correspond à un salaire annuel servi treize fois l'an hors gratification, alors même que le versement régulier d'une gratification est attesté par le questionnaire de l'employeur du 25 octobre 2012 (800 fr. en 2010, 1'000 fr. en 2011, 1'000 fr. en 2012) et le certificat de salaire 2013 (500 fr.) et que de telles gratifications sont en principe comprises dans le salaire déterminant (cf. consid. 6b/aa supra), les pièces au dossier ne permettant en revanche pas de se prononcer plus avant sur la nature et l'importance de ces primes. Ces interrogations ne sont toutefois pas déterminantes en tant que telles, puisque même à admettre un revenu (non indexé) de 79'950 en 2014 augmenté d'une gratification annuelle de 1'000 fr. (correspondant à la prime la plus élevée versée jusqu'alors), on obtient un gain de valide de 80'950 fr. qui ne dépasse que de 360 fr. celui retenu par l'intimé. Or, cette différence n'aurait pas d'incidence sur le taux d'invalidité, ainsi qu'il sera démontré plus bas (cf. consid. 6b/dd infra).

Par surabondance, on ajoutera que la prise en compte, à titre de revenu sans invalidité, du salaire auquel pourrait prétendre un assuré pour un poste de téléphoniste à 100% non pas auprès du Comité

R._____ mais au sein de l'administration vaudoise – comme cela avait été fait lors de la décision du 25 mai 2004 (cf. let. B supra) – ne serait pas plus favorable à la recourante. En effet, selon la fiche d'emploi-type relative à l'activité de réceptionniste-téléphoniste (cf. www.vd.ch > Thèmes > Etat, Droit, Finances > Personnel de l'Etat > Répertoire des EMPlois-types [REM], consulté le 26 octobre 2015) et les données salariales publiées sur le site internet de l'Etat de Vaud (cf. www.vd.ch > Thèmes > Etat, Droit, Finances > Personnel de l'Etat > Politique salariale > Rémunération des fonctions, consulté le 26 octobre 2015), il appert qu'en 2014 (soit à l'époque de la décision entreprise), une personne travaillant en tant que réceptionniste-téléphoniste pour le compte de l'administration cantonale pouvait prétendre à un revenu annuel de 48'768 fr. au minimum et de 80'439 fr. au maximum, soit dans tous les cas des montants inférieurs à ceux issus des renseignements fournis par le Comité R._____.

cc) Pour ce qui est du revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C_496/2013 du 4 décembre 2013 consid. 5.1).

En l'espèce, les parties s'accordent à admettre que le revenu d'invalidé doit être fixé sur la base de la rémunération réalisée par la recourante dans le cadre de son activité de téléphoniste à 40% pour le compte du Comité R._____. La Cour de céans ne peut qu'abonder dans ce sens attendu que les rapports de travail – qui remontent à 2004 – sont stables, que l'activité susdite met en valeur la capacité de travail exigible de 40% reconnue sur le plan médical (cf. consid. 5b supra) et que la rémunération versée ne contient pas d'élément de salaire social

puisqu'elle correspond au rendement observé par l'employeur (cf. questionnaire pour l'employeur du 25 octobre 2012. Cela étant, si l'intimé s'est référé au revenu annuel brut de 31'980 fr. annoncé par l'employeur pour l'année 2014 (cf. rapport final du 23 juin 2014), la recourante se prévaut pour sa part d'un montant de 31'240 fr. résultant de son certificat de salaire 2013 (cf. réplique du 18 mars 2015 p. 3). A l'examen de ce document, il apparaît toutefois que le montant de 31'240 fr. correspond au revenu net de l'assurée et non à son revenu présumable sur lequel des cotisations AVS seraient perçues (cf. art. 25 al. 1 RAI) – le certificat susdit mentionnant à cet égard un revenu brut de 35'671 fr. qui s'avère supérieur au revenu d'invalidité retenu par l'intimé et qui est, par conséquent, défavorable à l'assurée puisque réduisant d'autant sa perte de gain. La Cour de céans privilégiera donc l'hypothèse la plus avantageuse pour la recourante, soit le montant de 31'980 fr. arrêté par l'OAI.

Cela précisé, les parties s'opposent encore quant à la question de savoir si des déductions doivent être opérées sur le montant précité, la recourante faisant plus particulièrement valoir qu'il y a lieu de soustraire de son revenu d'invalidité la participation de l'employeur à l'assurance-maladie, la prime annuelle versée en récompense du travail fourni, les jours de vacances non pris, ainsi que les frais d'acquisition du revenus liés aux déplacements et au repas pris à l'extérieur (cf. mémoire de recours du 15 octobre 2014 p. 7 et réplique du 18 mars 2015 p. 3 s.).

Selon l'art. 8 let. b RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101), ne sont pas comprises dans le salaire déterminant les cotisations de l'employeur aux assureurs maladie et accidents de leurs salariés et aux caisses de compensation pour allocations familiales, si tous les salariés sont traités de la même manière. Cette disposition doit être interprétée en ce sens que l'exception du salaire déterminant suppose, d'une part, l'égalité de traitement de tous les salariés et, d'autre part, que l'employeur verse les cotisations directement aux assureurs et caisses de compensation concernés (cf. Valterio, op. cit., n°376 p. 120). En l'espèce, il résulte de la Convention

collective de travail du Comité R._____ que tout collaborateur doit obligatoirement être assuré contre les conséquences de la maladie soit par une assurance individuelle souscrite par lui-même, soit par l'assurance maladie contractée par le Comité R._____ et que, dans le second cas, le Comité R._____ participe au financement de la prime en ce sens qu'il paie sa participation chaque mois au collaborateur, retient la totalité de la prime sur le salaire de l'assuré et se charge de la verser à l'assureur (cf. art. 28 CCT Comité R._____, consulté sur internet le 26 octobre 2015 à l'adresse suivante : [...]) - l'assurée se trouvant dans cette seconde situation selon les décomptes de salaire au dossier. Dans la mesure où le système instauré par le Comité R._____ ne prévoit donc pas une égalité de traitement de tous les salariés mais leur laisse le choix entre deux alternatives, il n'y a ici pas lieu d'exclure la participation à l'assurance-maladie du salaire déterminant.

Il ne saurait en outre être question de déduire la gratification annuelle versée à l'assurée, le salaire déterminant comprenant justement les gratifications ainsi que les primes de fidélité et au rendement (cf. art. 5 al. 2 LAVS et art. 7 let. c RAVS). Dans ce contexte, c'est par ailleurs à mauvais escient que la recourante s'est prévaluée de l'art. 21bis al. 4 RAI (cf. réplique du 18 mars 2015 p. 3) - selon lequel « *les éléments de salaire versés régulièrement une fois par année ou à des intervalles de plusieurs mois, tels que les provisions et les gratifications, sont ajoutés au revenu déterminé selon l'al. 3* » - puisque cette disposition porte sur le calcul spécifique de l'indemnité journalière. On peine de surcroît à suivre la recourante lorsqu'elle prétend que les jours de vacances non pris mais compensés devraient être soustraits du salaire déterminant, dès lors que l'art. 7 du règlement annexe à la CCT du Comité R._____ prévoit justement que, tant que durent les rapports de service, les vacances qui n'ont pas été prises ne peuvent être compensées en espèces (cf. art. 7 RA CCT Comité R._____ [annexe 3], consulté sur internet le 26 octobre 2015 à l'adresse suivante : [...]). Tout au plus relèvera-t-on, sur ce point, que les indemnités de vacances sont en principe comprises dans le salaire déterminant (cf. art. 5 al. 2 LAVS et art. 7 let. o RAVS).

En ce qui concerne finalement les frais d'acquisition du revenu liés aux déplacements et aux repas pris à l'extérieur, on notera que les coûts que l'invalidité impose durablement à l'assuré pour l'obtention ou le maintien de son gain peuvent être déduits du revenu brut lorsqu'ils sont clairement établis, causés par l'invalidité et supportés par l'assuré (cf. Valterio, op. cit., n°2075 p. 550). En l'espèce, on doit toutefois constater que les coûts invoqués (frais d'abonnement général, frais de repas) ne sont pas liés à l'invalidité de l'assurée puisque toute personne vivant à T._____ mais travaillant à G._____ devrait faire face à des dépenses analogues.

Il suit de là que les griefs soulevés par l'assurée à l'encontre du revenu d'invalidité de 31'980 fr. retenu par l'OAI sont sans fondement.

S'agissant finalement de la mesure d'instruction requise par l'intimé dans sa duplique du 26 mai 2015 (p. 1), visant à l'interpellation de l'employeur eu égard aux montants plus élevés figurant dans l'extrait de compte individuel AVS du 23 avril 2015 (de 32'980 fr. en 2012 et 33'114 fr. en 2013), la Cour de céans ne voit aucune raison d'y faire droit. En effet, il convient de rappeler ici que, selon l'art. 31 al. 1 LAI, si un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, que si l'amélioration du revenu dépasse 1'500 fr. par an - la Haute Cour ayant du reste confirmé que l'art. 31 LAI s'applique aussi bien à la perception d'un nouveau revenu qu'à l'augmentation d'un revenu existant (cf. TF 9C_518/2011 du 18 janvier 2012 consid. 3.3). Or, en l'espèce, la différence entre le revenu de 31'980 fr. annoncé par le Comité R._____ en 2014 et les montants résultant de l'extrait de compte individuel AVS du 23 avril 2015 s'avère inférieure à 1'500 fr. et ne saurait dès lors ouvrir la voie à la révision. Un complément d'instruction sur ce point serait par conséquent inutile.

dd) Cela étant, que l'on compare un gain de valide de 80'590 fr. ou de 80'950 fr. à un gain d'invalidité 31'980 fr., il reste que dans les

deux cas le degré d'invalidité (de respectivement 60,31% et 60,49%) n'ouvre le droit qu'à un trois-quarts de rente.

c) En définitive, c'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer le droit à la rente (cf. art. 28 al. 1 LAI). Ce changement ayant duré plus de trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine fût à craindre (cf. consid. 5b supra), l'OAI était fondé à réduire la rente entière de l'assurée à un trois-quarts de rente dès le premier jour du deuxième mois à compter de la notification de la décision du 12 septembre 2014, soit dès le 1^{er} novembre 2014 (cf. art. 88a al.1 et 88bis al. 2 let. a RAI).

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours déposé le 15 octobre 2014 par N. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Reil (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :