

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2016

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Dessaux et Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16 et 53 al. 1 et 2 LPGA ; art. 4 al. 1, 28, 28a al. 1, 2 et 3 LAI ; art. 27 et 88bis al. 2 let. a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> juin 1988 comme secrétaire auprès de S. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), d'abord à 100%, puis à 50% dès 1996. Elle présente une absence congénitale de l'avant-bras gauche, soit une amélie appareillée de l'avant-bras et de la main gauches.

Le 28 mars 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente. S'agissant de l'atteinte à sa santé, l'intéressée a précisé : « Prothèse avant-bras gauche. Surexploitation du bras droit, affection dorsale ; épaule droite, coude, poignet + doigts. Nuque douloureuse. Vieillesse précoce du bras droit ». Sous la rubrique « Remarques complémentaires » du formulaire de demande, l'assurée a précisé que si elle n'était pas handicapée, elle travaillerait à 80% ou 100%.

Par le biais du formulaire « 531 bis » visant à déterminer son statut, complété le 14 avril 2008, l'assurée a indiqué à l'OAI que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100%, par intérêt personnel et financier.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 30 juillet 2008, le service du personnel de S. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'office que, sans atteinte à la santé et occupée à 100%, l'assurée percevrait en 2008 un salaire mensuel de 7'466 fr. 42, servi treize fois l'an.

Aux termes d'une note téléphonique du 20 août 2008 figurant au dossier de l'OAI, l'assurée a indiqué que, ses enfants ayant grandi, elle

souhaiterait porter son taux de travail à 100%, mais que son état de santé ne permettait pas une telle augmentation, dès lors qu'elle se sentait déjà épuisée après une demi-journée de travail. Elle a également fait savoir à l'office que la tenue de son ménage lui prenait plus de temps que la normale et la fatiguait.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage, afin de préciser le statut de l'assurée. Aux termes de son rapport du 19 avril 2010, l'enquêtrice a notamment relevé ce qui suit :

« Sur le formulaire 531 bis complété le 14.04.2008, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100% par intérêt personnel et raisons financières.

Le statut doit être précisé.

Motivation du statut :

Ce point a été discuté avec l'assurée. Madame J. \_\_\_\_\_ nous dit s'être toujours débrouillée toute seule. A fait sa formation sans l'aide de l'Al. Elle ne voulait pas avoir un statut de personne handicapée. Elle a donc travaillé à 100% jusqu'à la naissance de son 1<sup>er</sup> enfant né en [...]. Puis dès 1996 a travaillé à 50% car elle n'aurait pu assumer un taux d'activité supérieur en raison de son handicap. Chaque activité lui prenait plus de temps avec un bras, comme par exemple langer son bébé. Son mari et elle ont donc décidé d'un commun accord qu'elle diminuerait son temps de travail à 50% tant que les enfants seraient petits. Elle pensait reprendre une activité à un taux supérieur dès que les enfants auraient été à l'école primaire. Elle s'est rendue compte qu'en raison de ses douleurs elle ne pourrait pas assumer un taux de travail supérieur et le vit très mal. Si elle n'avait pas ses problèmes de douleurs au bras droit, elle aurait augmenté son taux d'activité à 90%, gardant le mercredi après-midi pour être présente pour ses enfants. Avec l'horaire libre elle pourrait aller travailler à 7h00 le matin et serait de retour à 16h00 à la maison pour être présente pour ses enfants. Ainsi, ils ne resteraient pas seuls longtemps.

Mme J. \_\_\_\_\_ se sent dévalorisée du fait de ne pas pouvoir augmenter son temps de travail en raison de son handicap ; en voyant autour d'elle ses amies reprendre une activité à temps complet ou presque, cela lui renvoie l'image d'une personne handicapée. Ses enfants sont grands et elle aurait vraiment voulu travailler plus. Ce n'est donc pas par choix qu'elle travaille actuellement à un taux de 50%. Mais elle se rend compte qu'elle ne pourrait pas faire plus. Le jeudi, jour où elle travaille la journée entière, elle rentre très fatiguée et ses douleurs sont exacerbées.

Statut proposé par l'enquêtrice :

Au vu des explications apportées par l'assurée, nous proposons d'admettre un statut de personne

**Active à 90% et Ménagère à 10%,**

pas pour des raisons financières, mais en raison du statut social revendiqué par l'assurée et qui au vu du vécu et de la personnalité de l'assurée nous semble justifié ».

Procédant à l'évaluation des capacités de l'assurée dans les différents types de travaux, l'enquêtrice a estimé à 55,7% les empêchements ménagers.

Dans un rapport final du 23 mars 2011, le spécialiste en réadaptation en charge du dossier de l'assurée auprès de l'OAI s'est exprimé en ces termes :

« Selon l'avis médical SMR du 16.10.10, l'assurée a une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée. Elle travaille actuellement à 50% à S. \_\_\_\_\_ avec un revenu de 99'101 fr. à 100% en 2009. Cette activité à 50% est la solution la plus adaptée en termes de revenu et correspond à l'exigibilité fixée par le SMR. Selon l'enquête ménagère du 10.05.10 [sic], le statut de l'assurée est de 90% active et 10% ménagère.

RS : 89'190.- à 90% en 2009, selon rapport employeur du 30.07.08

RI : 49'550.- à 50% en 2009, selon rapport employeur du 30.07.08

Il faut examiner le droit à une rente partielle.

Nous fermons le dossier REA ce jour ».

Par projet d'acceptation de rente du 31 mai 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'en raison d'un degré d'invalidité de 51%, il envisageait de lui octroyer une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010. L'office a notamment motivé sa décision de la manière suivante :

« (...)

Résultat de nos constatations :

Par votre demande du 28 mars 2008, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Depuis décembre 2009 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est réduite.

Effectivement, suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, notamment un examen clinique orthopédique réalisé auprès du Service médical régional AI (SMR) le 6 décembre 2010, il ressort que votre capacité de travail dans votre activité habituelle d'employée de commerce est de 50% depuis décembre 2009.

Toutefois, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui respecte les limitations fonctionnelles (travail mono-manuel, vous devez éviter le port de charges à répétition de plus de 2kg, éviter les métiers qui impliquent des gestes répétitifs tant du coude que du

poignet ou de la main à droite), votre capacité de travail est de 70%, également depuis décembre 2009.

Cependant, après étude de votre dossier, il s'avère que votre activité actuelle représente la meilleure mise en valeur possible de votre capacité de travail résiduelle.

En outre, sur la base de l'enquête économique sur le ménage établie le 19 avril 2010, nous retenons un statut d'active à 90% et de ménagère à 10%.

Nous observons également que l'empêchement dans la tenue du ménage est de 55.7%.

Si vous n'aviez pas de problèmes de santé, vous auriez pu obtenir, en exerçant votre activité d'employée de commerce, à 90%, un revenu annuel en 2009 de CHF 89'190.00.

Le degré d'invalidité présenté à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'art. 29 LAI, soit en décembre 2010, est déterminé ainsi :

Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF	99'100.00	= à 100%
avec invalidité	CHF	49'550.00	
la perte de gain s'élève à de 50%	CHF	49'550.00	= invalidité

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	90%	50.0%	45.00%
ménagère	10%	55.7%	5.57%
Degré d'invalidité			50.57% = 51%

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, votre degré d'invalidité étant de 51%, vous avez droit à une demi-rente.

(...) »

Par décisions des 15 août et 5 septembre 2011, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 fondée sur un degré d'invalidité de 51%, reprenant la motivation de son projet d'acceptation de rente du 31 mai 2011. Non-contestées, ces décisions sont entrées en force.

**B.** Une révision d'office du droit à la rente a été entreprise par l'OAI en mars 2013. Dans ce contexte, l'assurée a indiqué le 26 mars 2013 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100%, depuis toujours, par intérêt personnel et nécessité financière. Elle a également indiqué que son état de santé était en aggravation.

Le 4 avril 2013, l'OAI s'est adressée à l'assurée en ces termes :

«Sur le formulaire 531 bis que vous avez rempli le 26 mars 2013, vous avez répondu que si vous étiez en bonne santé vous travailleriez à un taux de 100%.

Or, il s'avère que vous avez été considérée jusqu'à maintenant comme une femme active à 90% et ménagère à 10%, statut confirmé par l'enquête ménagère effectuée le 19 avril 2010 à votre domicile.

Au vu de ce qui précède, nous vous prions de répondre aux questions suivantes (par simple annotation sur la présente) :

- Maintenez-vous votre réponse, à savoir que vous travailleriez, aujourd'hui, à un taux de % [sic] si vous étiez en bonne santé ?
- Si tel est le cas, pour quelles raisons (quelles modifications avez-vous rencontrées depuis) ? »

Dans un courrier parvenu à l'OAI le 23 avril 2013, l'assurée a indiqué ce qui suit :

« NON : Je travaillerais à 90% (dans un bureau) + 10% pour mon ménage privé.

Je n'ai pas eu de modifications ces dernières années.

(...)

J'ai appelé votre collègue mardi 16 avril et lui ai expliqué qu'il s'agissait d'une erreur de ma part. J'ai vu les 50% et 100%, mais n'ai pas vu les « autre » !!! Désolée pour cette erreur ».

L'assurée a joint à son envoi le formulaire de détermination de statut modifié, en précisant que, sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 90%, les 10% restant étant consacrés à la tenue de son ménage.

Renseignant l'OAI le 29 novembre 2013 par le biais d'un questionnaire pour l'employeur, la S.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée percevait un salaire mensuel de 3'833 fr. 50, respectivement de 49'835 fr, 55 par an, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Dans la mesure où l'assurée avait argué d'une aggravation de son état sur le formulaire de révision complété le 26 mars 2013, une nouvelle enquête ménagère a été demandée.

Se prononçant dans une communication interne du 18 août 2014, l'enquêtrice s'est déterminée en ces termes :

« Suite à votre mandat du 4 décembre 2013, nous avons examiné les nouvelles pièces portées au dossier. Selon le rapport du Dr [...] du 30.04.2014, l'état de santé de cette assurée est stable ; elle présente toujours une surcharge chronique ainsi que des tendinites multiples du MSD [membre supérieur droit] restant. Sa capacité de travail est également toujours de 50% dans son activité qui est adaptée.

Lors de la prise de contact avec cette assurée afin de fixer un r.d-vs [rendez-vous], nous lui avons posé des questions par rapport à l'aggravation mentionnée dans le questionnaire de révision du 26.03.2013. L'assurée explique alors avoir des fourmillements plus importants, moins de force dans sa main valide. Elle fait état de « petites dégradations de manière sournoise » mais qui n'ont que peu d'impacts dans ses activités habituelles. Elle va donc régulièrement faire des balades avec son chien. Selon elle sa situation est globalement superposable à 2010, année de la 1<sup>ère</sup> enquête. Nous avons procédé à une enquête téléphonique afin de déterminer si des changements importants étaient survenus, justifiant une nouvelle enquête à domicile. Suite à ses déclarations, nous y avons renoncé. Nous vous rapportons les éléments suivants et restons à votre disposition si vous estimez qu'une enquête formelle soit effectuée.

L'assurée explique avoir changé d'organisation, elle a pris une femme de ménage 3h/semaine, et ne fait que l'entretien courant très léger comme enlever la poussière ou passer une patte. Suite au départ de sa femme de ménage pour l'étranger depuis ce printemps, ce travail a été repris par sa fille qu'elle dédommage. Ce fonctionnement est prévu jusqu'à mi-octobre 2014 car sa fille va entreprendre des études d'infirmière à [...]. D'ici là, elle va trouver quelqu'un pour la remplacer. En plus des heures de ménage rémunérées, elle peut toujours compter sur l'aide de son mari et de ses enfants, ce qui lui permet de se reposer afin de soulager ses douleurs. La situation est donc comparable à 2010.

Pour les courses, l'organisation est identique ; elle va parfois avec son fils dans la semaine faire quelques courses. C'est lui qui porte toutes les courses. Cette situation peut être comparée à 2010 où l'aide du mari a été compensée partiellement par celle du fils. A noter que l'assurée dispose maintenant d'un macaron « handicapé » ce qui lui évite de faire des manœuvres pour se parquer. Elle limite cependant ses déplacements au maximum.

En ce qui concerne les soins aux enfants : l'aînée va commencer des études à [...], mais son fils cadet est toujours à la maison. Il est autonome pour les activités scolaires et extrascolaires, seul le fait d'avoir dû renoncer à des activités avec ses enfants avait été pris en compte. La situation actuelle est identique.

Pour le poste « Divers », la situation est également superposable à 2010, l'assurée va toujours promener son chien qui est bien éduqué et ne tire pas sur sa laisse. La durée de la promenade est déterminée en fonction de ses douleurs.

#### Activité professionnelle

L'assurée travaille toujours au même taux. Cependant son activité a été allégée : elle ne fait plus de prise de PV, ni d'archivage, mais travaille plus sur ordinateur (consultation et mise à jour des journaux

des bénéficiaires). L'assurée désire continuer son travail au taux actuel, cela lui est nécessaire pour son moral.

Remarque

Ce dossier a été vu avec C. \_\_\_\_\_ (cheffe du service des enquêtes et juriste), il apparaît que le calcul pour l'octroi de la rente est erroné (RS calculé sur un 100% au lieu d'un 90%). »

Dans une fiche d'examen du dossier du 16 octobre 2014, l'OAI a fait état d'une erreur lors de l'octroi de la rente, laquelle avait été arrêtée sur la base d'une activité à 100%, et non à 90%. Procédant à un calcul rectificatif, l'office a fixé le revenu sans invalidité à 89'190 fr., ce qui portait le degré d'invalidité global à 45%, compte tenu d'un taux pondéré de 39,6% pour la part active et de 5,6% pour la part ménagère.

Dans un avis du 21 décembre 2014, la juriste en charge du dossier auprès de l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 39,99% pour la part active et de 5,57% pour la part ménagère, soit une invalidité totale de 46%, donnant droit à un quart de rente. Elle a préconisé de procéder à une diminution du droit à la rente de l'assurée par voie de reconsidération.

Aux termes d'un projet de décision du 4 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il envisageait de lui allouer un quart de rente, remplaçant la demi-rente qui lui était versée jusqu'alors. L'office précisait que la réduction de prestations serait effective dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision formelle à venir.

Désormais représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès d'Inclusion Handicap, l'assurée a réagi au projet de décision précité par courrier du 10 décembre 2014. Elle a argué que le taux de 90% indiqué à l'enquêtrice lors de l'enquête ménagère de 2010 s'agissant de la part active était basé sur son souhait de consacrer les mercredis après-midi à ses enfants, en congé. Cependant, depuis lors, ses enfants avaient grandi. Désormais âgés de 19 et 15 ans, ils ne nécessitaient plus la présence de leur mère à la maison le mercredi après-midi. Ainsi, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à plein temps, comme elle l'avait toujours fait de début avril 1981 à fin avril 1996. L'assurée a ajouté que si elle avait indiqué à l'enquêtrice de l'OAI en 2010 un taux de 90% s'agissant de la

part active, plutôt que de 100%, c'était sur « le conseil mal avisé d'un assistant social employé alors par la [...] », qui lui avait dit que « cela faisait mieux dans le paysage de parler d'un 90% que d'un 100% ». Elle a fait grief à l'office de ne pas avoir « creusé un peu la question de savoir pourquoi [elle] avait dit qu'en bonne santé, elle travaillerait à 90% et non à 100% ». L'assurée a conclu de ces différents éléments que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas réalisées et qu'en tous les cas, sous l'angle de la révision, son droit à une demi-rente devait être maintenu, ses enfants n'ayant maintenant plus besoin d'elle le mercredi après-midi. Elle estimait dès lors qu'il n'y avait pas lieu de diminuer ses prestations d'une demi à un quart de rente.

Par communication du 20 janvier 2015 à l'assurée, l'OAI a maintenu sa position. Se fondant sur un avis émis par l'un de ses juristes le 19 janvier 2014, l'office a relevé que si l'assurée avait en effet justifié son statut mixte en 2010 par sa volonté de consacrer le mercredi après-midi à ses enfants, elle avait précisé par courrier du 23 avril 2013 que le statut de 100% active indiqué sur le formulaire « 531 bis » du 26 mars 2013 était erroné et que son statut demeurait inchangé, à raison de 90% active et de 10% ménagère. L'office estimait que compte tenu de l'âge des enfants de l'assurée en avril 2013 (13 et 18 ans), le statut mixte confirmé par l'intéressée dans son courrier rectificatif du 23 avril 2013 n'avait plus de lien avec sa volonté d'être présente pour eux le mercredi après-midi. Il en voulait pour preuve la déclaration du 18 août 2014 de l'assurée, selon laquelle son fils était indépendant dans ses activités scolaires et extrascolaires. Le maintien du statut d'active à 90% était plutôt dû, selon l'OAI, au fait que le revenu du mari de l'assurée n'obligeait pas celle-ci à augmenter son taux de travail à 100%.

Par décision du 10 mars 2015, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015, sur la base d'un degré d'invalidité de 46%. L'office a motivé sa décision en ces termes :

« Vous êtes actuellement au bénéfice d'une demi-rente (invalidité 51%), versée depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

Une révision a été ouverte en mars 2013. A l'issue de celle-ci, nous constatons qu'il n'y a pas de motif de révision.

En effet, vous poursuivez l'exercice de votre activité habituelle au taux de 50% qui correspond au taux de capacité de travail attesté par le Dr [...].

Votre statut est également toujours le même, à savoir 90% active et 10% ménagère.

Il ressort également de votre dossier que vos empêchements dans la tenue de votre ménage ne se sont pas modifiés depuis l'enquête ménagère de 2011 [sic].

Par contre, nous constatons que le degré d'invalidité retenu lors de l'octroi de la rente était manifestement erroné.

Le préjudice économique que nous avons retenu dans la part active tient compte d'un revenu sans invalidité correspondant à un taux de 100% alors que vous aviez un statut mixte avec une part active de 90%.

Le calcul de votre préjudice économique devait donc se présenter comme suit :

Part active :

Revenu sans invalidité à 90% : CHF 89'190.-

Revenu d'invalidité à 50% : CHF 49'550.-

DONC

$$\frac{89'190 - 49'550}{89'190} \times 100 = 44.44 \times 90\% = 39,99\%$$

Part ménagère :

$$10 \times 55,7\% = 5,57 \%$$

Votre préjudice économique global est donc de 45,56% soit 46% ce qui devrait ouvrir le droit à un quart de rente au lieu d'une demi-rente.

Selon l'art. 53 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon l'art. 88bis al. 2 lettre a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Nous nous référons expressément à notre courrier du 19 janvier 2015 lequel fait partie intégrante de la présente décision.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demi-rente qui était versée jusqu'ici est remplacée par un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 46%.

La réduction de la prestation sera effective dès le premier jour du 2<sup>e</sup> mois qui suit la notification de la présente décision. [...] »

**C.** Par acte du 2 avril 2015, toujours par l'entremise de Me Agier, J. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 10 mars 2015, dont elle a conclu à la réforme en ce sens qu'elle continue à avoir droit à une demi-

rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015. A l'appui de sa contestation, la recourante remarque que le 24 avril 2008, par le biais du formulaire « 531 bis », elle avait indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100%. Si elle avait effectivement ensuite ramené ce taux à 90% lors de l'enquête ménagère du 19 avril 2010, c'était pour suivre les conseils que lui avait donné B.\_\_\_\_\_, ami assistant social à la [...]. Celui-ci lui avait en effet indiqué que « pour une femme cela faisait mieux dans le paysage de dire qu'en bonne santé on aurait travaillé non pas à 100% mais à 90% ! ». Sa réponse dans le sens d'une part active à 90% était selon elle guidée par la volonté de suivre le conseil de son ami, ce quand bien même elle était au fond d'elle-même sûre qu'elle aurait travaillé à 100% si elle avait été en bonne santé. La recourante estime qu'on ne peut rien tirer de ses déclarations contradictoires, celles-ci reflétant seulement « l'affolement dans lequel [elle] s'[était] trouvée à l'époque, par rapport à ce qu'elle devait dire ou pas, pour que sa rente ne change pas ». Dans un autre moyen, la recourante argue du fait qu'elle n'a maintenant quoi qu'il en soit plus à s'occuper de ses enfants le mercredi après-midi, de sorte qu'en bonne santé, elle aurait pu reprendre son activité à 100%, si bien qu'il y aurait lieu de procéder à une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Répondant au recours le 26 mai 2015, l'intimé a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il estime que l'erreur de calcul commise en 2011 dans la détermination du taux d'invalidité constitue un motif de reconsidération et renvoie à l'avis de son juriste du 19 janvier 2015. Toujours selon l'OAI, les déclarations faites par la recourante dans son courrier du 23 avril 2013 dans le sens d'une part active de 90% sont fiables.

Par réplique du 3 juin 2015, la recourante requiert l'audition de B.\_\_\_\_\_ en qualité de témoin.

Dans une duplique du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'OAI fait valoir que les premières déclarations de l'assurée paraissent vraisemblables et qu'elles prévalent sur celles faites ultérieurement. S'agissant de la révision du

droit préconisée par la recourante, l'intimé renvoie à nouveau à l'avis de son juriste du 19 janvier 2015.

Par déterminations du 25 août 2015, la recourante maintient qu'il y a matière à révision de sa rente, dès lors qu'aujourd'hui, ses enfants n'ont plus besoin de sa présence le mercredi après-midi. Elle réitère sa demande d'instruction complémentaire du 3 juin 2015.

Par courriers des 28 septembre et 10 octobre 2015, les parties sont restées sur leur position.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), sous réserve des dérogations expresses prévues par la LAI (cf. art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; cf. ég. TF 8C\_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2, 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à reconsidérer ses décisions d'octroi d'une demi-rente des 15 août et 5 septembre 2011.

**3. a)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

**aa)** Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (cf. ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 119 V 410 consid. 3a, 117 V 8 consid. 2c et 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des

conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit (cf. TF 9C\_194/2015 du 30 octobre 2015 consid. 2.2). Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable ; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (cf. TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.3 et 9C\_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2 et 3.2). Tel est notamment le cas lorsque le calcul de la rente a été effectué contrairement à la loi (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, Schulthess 2011, n° 3133 p. 848 et la référence). Par contre, s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C\_194/2015 précité, 9C\_7/2014 précité consid. 3.1 et 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 avec les références citées).

**bb)** L'importance notable de la rectification n'est pas cantonnée aux cas dans lesquels elle porte sur des sommes pécuniaires d'au moins quelques centaines de francs. En présence de décisions relatives à des prestations régulières et répétitives, il convient d'admettre que la rectification revêt une importance notable même en cas de corrections minimales. En outre, de légères rectifications dans un cas particulier peuvent s'avérer d'importance notable, pour autant qu'elles soient susceptibles de concerner un grand nombre de cas analogues (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 57 ad. art. 53 LPGA p. 711 s.).

**cc)** 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. 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 (cf. Michel Valterio, op. cit., n° 3128 p. 847 et les références).

**b)** La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI). Elle s'applique par contre rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner. Cette réglementation s'applique lorsque l'administration a manifestement mal apprécié des facteurs déterminants régis spécifiquement par le droit de l'AI (par exemple dans l'évaluation de l'invalidité). La suppression d'une rente d'invalidité par voie de reconsidération n'est admise que s'il est prouvé qu'aucune nouvelle invalidité n'est survenue jusqu'à la fin de la rente selon la décision rendue (cf. Michel Valterio, op. cit., n° 3146 et 3147 p. 852).

**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 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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

**b)** 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 (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1, 130 V 393 et 125 V 146 ; cf. TF 9C\_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4).

**aa)** 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) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

**bb)** 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). 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 (cf. art. 27 RAI ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

**cc)** Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; voir par ailleurs ATF 137 V 334 consid. 3.1.3, 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

**c)** 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, 133 V 504 consid. 3.3, 131 V 51 consid. 5.1.2, 125 V 146 consid. 5c/bb et 117 V 194 consid. 3b ; cf. TF 9C\_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (cf. TF 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

**d)** 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 130 V 61 consid. 6.1, 128 V 93 ; cf. TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3 ; TFA 90/02 du 30 décembre 2002, consid. 2.3.2 [non publié au Recueil officiel] in VSI 2003 p. 221).

**e)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 121 V 45 consid. 2a et 121 V 204 consid. 6b avec la référence). En outre, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Cette jurisprudence dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure » s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (TF 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, consid. 3.2 et les références).

**5. a)** Dans le cas d'espèce, par décisions des 15 août et 5 septembre 2011, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, compte tenu d'un degré d'invalidité de 51%. Sur la base d'une enquête économique réalisée au domicile de l'assurée le 19 avril 2010, l'office a retenu qu'en bonne santé, l'intéressée aurait travaillé à 90%. Il lui a donc reconnu un statut d'active à 90% et de ménagère à 10%. Procédant à une révision d'office en mars 2013, l'OAI a constaté que les décisions d'octroi initiales étaient entachées d'une erreur de calcul. Dans le cadre de la comparaison des revenus pour la part active, le revenu sans invalidité avait été fixé sur la base d'un taux

d'activité de 100% (99'100 fr.), au lieu de 90% (89'190 fr.), tel que retenu par l'enquête ménagère du 19 avril 2010 et la motivation de la décision du 15 août 2011. Par décision du 10 mars 2015, l'intimé a donc reconsidéré ses décisions des 15 août et 5 septembre 2011, réduisant dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 le droit de la recourante à un quart de rente, fondé sur un degré d'invalidité de 46%.

De son côté, la recourante ne conteste pas qu'une erreur de calcul soit intervenue en 2011, relevant dans son acte de recours qu'« une erreur de calcul [...] existe bel et bien ». Elle estime toutefois que celle-ci n'enlève rien au fait qu'il était manifestement erroné de retenir, en 2011, une part active de 90%. Elle soutient que si l'enquêtrice avait cherché à comprendre, lors de son intervention du 19 avril 2010, le fondement de sa détermination dans le sens d'une part active réduite à 90%, elle se serait rendue compte que ses indications ne reflétaient pas sa véritable volonté, mais tendaient à suivre les conseils d'un ami, dans son « affolement [...] par rapport à ce qu'elle devait dire ou pas, pour que sa rente ne change pas ». Elle affirme que, malgré ses dires, elle était sûre au fond d'elle-même que si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%. Cela étant, à ses yeux, les décisions des 15 août et 5 septembre 2011, en ce qu'elles retiennent un salaire sans invalidité correspondant à une activité à 100%, ne sont pas manifestement erronées et il n'existe aucun motif permettant leur reconsidération. Dans un second moyen, la recourante allègue que, même à retenir qu'elle présentait une part active limitée à 90% en 2011, il conviendrait de reconnaître, dans le cadre de la présente procédure de révision, que la part ménagère de 10% prévalant à l'époque, justifiée par le besoin de s'occuper de ses enfants, n'est plus de mise actuellement, compte tenu de leur âge et de l'indépendance qu'ils ont acquise depuis lors. Il conviendrait dès lors d'admettre, sur le plan d'une révision au sens de l'art. 17 LPGa, qu'en l'absence de toute atteinte à la santé, elle aurait repris une activité à plein temps. En définitive, la recourante estime que quel que soit le raisonnement opéré, il n'existe aucun motif permettant de réduire ses prestations dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 et que son droit à une demi-rente doit être maintenu au-delà de cette date.

**b)** Il incombe dès lors à la Cour de céans d'examiner en premier lieu si l'intimé était fondé à reconsidérer ses décisions des 15 août et 5 septembre 2011, au motif qu'elles étaient entachées d'une erreur de calcul.

**6. a)** On relèvera à titre préalable, pour autant que de besoin, que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa ne sont manifestement pas réunies. A teneur de cette disposition, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 134 III 669 consid. 2.2, 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 8C\_501/2014 du 5 août 2015 consid. 2, 9C\_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1, 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2, 9C\_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2).

Or, aucune de ces hypothèses n'est réalisée en l'espèce. L'intimé n'a découvert ni fait nouveau, ni nouveau moyen de preuve nécessaire à la détermination de l'invalidité de la recourante. Il n'a fait

que constater une erreur dans le calcul du revenu sans invalidité, commise en 2011 et mise en évidence par son enquêtrice en août 2014, lorsqu'elle s'est prononcée sur le dossier dans le cadre de la révision d'office en cours. En particulier, aucun fait nouveau n'est à l'origine de la découverte de ladite erreur ; l'OAI était en 2011 déjà en possession de tous les éléments permettant de procéder à une correcte évaluation du taux d'invalidité. Dans la motivation de sa décision d'octroi du 15 août 2011, l'office a en effet mentionné que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, l'assurée aurait pu obtenir un revenu annuel de 89'190 fr. en travaillant à 90% en qualité d'employée de commerce. Dans un second temps toutefois, au moment de procéder à la comparaison des revenus, il a à tort pris en compte un revenu sans invalidité de 99'100 fr., correspondant au salaire d'une activité à plein temps, comme il l'a d'ailleurs précisé en indiquant la mention « = 100% » au regard du chiffre litigieux.

**b)** Cela étant, il convient d'examiner la question sous l'angle de la reconsidération.

**aa)** Force est de constater qu'en retenant un revenu sans invalidité de 99'100 fr., correspondant au salaire que l'assurée aurait perçu si elle avait exercé son activité d'employée de commerce à 100%, alors que prévalait une part active de 90% seulement, l'intimé a agi de façon manifestement erronée. Dans l'hypothèse où il aurait fondé son calcul sur un revenu sans invalidité de 100%, l'office aurait alors dû pondérer le taux d'invalidité ainsi obtenu par 90%, pour permettre l'addition de celui-ci au degré d'invalidité reconnu s'agissant de la part ménagère (cf. consid. 4b/cc supra à propos de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Au vu des faits et de la situation juridique prévalant au moment des faits, le calcul sur lequel l'OAI a fondé ses décisions des 15 août et 5 septembre 2011 était ainsi sans nul doute erroné. La recourante admet d'ailleurs l'existence d'une erreur (cf. acte de consid. 5a supra). L'irrégularité commise par l'intimé est manifeste, dans le sens où l'on ne peut procéder à l'évaluation de l'invalidité en se fondant sur une part active de 100% et une part ménagère de 10%, au risque de dépasser le taux maximal de 100%. En outre, la détermination du taux

d'invalidité n'impliquait à ce stade aucun pouvoir d'appréciation, puisque qu'elle reposait sur un calcul arithmétique fondé, d'une part, sur les revenus indiqués par l'employeur et, d'autre part, sur la délimitation des activités professionnelles et ménagères, non contestée par l'assurée à l'époque des faits. Au demeurant, aucun indice ne tend à démontrer que les réponses retranscrites dans le rapport d'enquête du 19 avril 2010 ne traduiraient pas fidèlement les propos de l'assurée ou que l'enquêtrice aurait failli à son obligation d'instruire en ne cherchant pas à déterminer si les réponses de l'assurée étaient viciées par un quelconque élément.

**bb)** Pour qu'une reconsidération puisse s'imposer, il faut encore que la rectification de l'erreur revête une importance notable. En l'occurrence, l'erreur porte sur une prestation périodique, appelée à être versée durablement, ce qui plaide déjà en faveur d'une correction. En outre, le critère de l'importance notable de la rectification doit s'apprécier notamment au regard des effets de l'erreur sur le calcul de la rente. Or en l'occurrence, la rectification du revenu sans invalidité implique le passage d'une demi-rente à un quart de rente. En conséquence, il sied de retenir que la correction de l'erreur précitée revêt une importance notable au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

**cc)** En définitive, il y a lieu de retenir que l'intimé était fondé à reconsidérer les décisions initiales d'octroi d'une demi-rente des 15 août et 5 septembre 2011, dès lors que, d'une part dites décisions étaient entachées d'une irrégularité manifeste sous forme d'une erreur de calcul dans le taux d'invalidité de la part active et que, d'autre part, la rectification revêtait une importance notable, puisque justifiant le passage d'une demi à un quart de rente d'invalidité.

**7.** Se pose encore la question du statut de la recourante.

Se prononçant pour la première fois sur cette question en complétant sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 28 mars 2008, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas « handicapée », elle travaillerait à « 80% ou 100% ». Renseignant ensuite l'OAI par le biais du

formulaire « 531 bis » le 14 avril 2008, puis lors d'un entretien téléphonique du 20 août 2008, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100%. Dans le cadre de l'instruction du dossier et aux fins de préciser le statut de l'intéressée, l'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère, laquelle a eu lieu au domicile de l'assurée le 19 avril 2010. A cette occasion, la question du statut de l'intéressée a été longuement discutée. C'est dans ce contexte que l'enquêtrice a fixé le statut d'active à 90%, et de ménagère à 10%, en relevant en particulier qu'après avoir travaillé à 100%, l'assurée avait réduit son taux d'activité à 50% dès 1996, ensuite de la naissance de son premier enfant. Pensant reprendre une activité à un taux supérieur dès que ses enfants auraient commencé l'école primaire, elle s'était rendue compte qu'en raison de ses douleurs, elle ne pourrait pas assumer un taux de travail supérieur. L'enquêtrice mentionnait encore que l'assurée vivait mal ce constat et se sentait dévalorisée de ne pouvoir augmenter son temps de travail en raison de son handicap. Toujours selon le rapport d'enquête économique du 19 avril 2010, l'assurée avait indiqué que si elle n'avait pas ses problèmes de santé au bras droit, elle aurait augmenté son taux d'activité à 90%, gardant le mercredi après-midi pour être présente auprès de ses enfants. Bénéficiant d'un horaire libre, elle aurait pu débiter sa journée de travail à 7h00 et être ainsi rentrée chez elle à 16h00, pour le retour de l'école de ses enfants. Selon la jurisprudence fédérale évoquée plus haut, une enquête ménagère et le rapport en découlant constituent un moyen de preuve suffisant pour autant qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, des empêchements et handicaps découlant des diagnostics médicaux, qu'il soit motivé, et que l'enquêteur ait tenu compte des indications de l'assuré et protocolé son opinion (cf. consid. 4c supra). Tel est le cas en l'espèce. Pour sa part, la recourante n'avance aucun argument sérieux de nature à infirmer les conclusions de l'enquêtrice s'agissant de son statut. Elle admet même s'être prononcée dans le sens d'une part active à 90%. En recours, elle allègue cependant avoir à l'époque suivi les conseils d'un ami, B. \_\_\_\_\_ et avoir ainsi déclaré qu'elle travaillerait à 90% en suivant ses recommandations, alors qu'elle était « sûre au fond d'elle-même » qu'elle aurait travaillé à plein temps si elle avait été en bonne santé. Le

fait qu'elle aurait suivi à l'époque les conseils d'un ami n'est pas établi et n'a quoi qu'il en soit pas d'incidence, dans la mesure où l'enquêtrice a exposé les raisons la conduisant à retenir ce statut, par ailleurs admis par la recourante, du moins tant qu'elle n'était pas assistée.

A cela s'ajoute encore que la recourante a indiqué à l'OAI, dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente, qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% (cf. formulaire « 531 bis » du 26 mars 2013). Cependant, dès que l'OAI l'a interpellée le 4 avril 2013 sur la question de son statut, la recourante a bien spécifié, dans un écrit reçu par l'office le 23 avril 2013, qu'en bonne santé, elle ne travaillerait pas à 100%, mais à 90%, aucune modification n'étant intervenue à cet égard durant les dernières années. Ses explications ont été claires ; elle a précisé avoir d'ores et déjà contacté l'office le 16 avril 2013 par téléphone pour signaler avoir commis une erreur en complétant le formulaire « 531 bis » du 26 mars 2013. L'assurée a même joint à son courrier rectificatif du 23 avril 2013 le formulaire en question rectifié. C'est ainsi de manière convaincante que l'intimé a retenu que si l'assurée avait en effet justifié en 2010 son statut mixte par sa volonté de consacrer le mercredi après-midi à ses enfants, tel n'était pas le motif qui l'avait amenée à infirmer une part active de 100% au profit d'une part ménagère de 10% dans son courrier rectificatif du 23 avril 2013, dès lors qu'à ce moment-là, ses enfants, âgés de 13 et 18 ans, ne requéraient plus sa présence le mercredi après-midi. Ce constat s'imposait de manière d'autant plus évidente que le 18 août 2014, l'assurée avait indiqué que son fils cadet était indépendant dans ses activités scolaires et extrascolaires. A l'instar de l'intimé, il sied dès lors de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales (cf. consid. 4e supra) que le statut mixte de l'assurée à raison de 90% active et 10% ménagère prévaut toujours à l'issue de la procédure de révision d'office entreprise en 2013 et que celui-ci est désormais motivé par d'autres paramètres que la prise en charge de ses enfants le mercredi après-midi.

En définitive, il sied de retenir qu'en 2013, tout comme en 2010, le statut de la recourante consistait en une part active de 90% et une part ménagère de 10%. Sa situation à cet égard n'a ainsi subi aucune modification notable, de sorte que, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu de procéder à une révision de sa rente au sens de l'art. 17 LPGA dans le sens d'une part active à 100%. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a réduit les prestations de l'assurée à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2015, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI.

**8.** Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre des mesures d'instruction complémentaire requises par la recourante, à savoir d'audition de B.\_\_\_\_\_, n'apparaît 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.

**9. a)** Il apparaît ainsi que le recours est mal fondé, ce qui implique la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 10 mars 2015.

**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. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 mars 2015 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 J.\_\_\_\_\_.
- 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 Agier, Inclusion Handicap (pour J.\_\_\_\_\_),
- 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 :