

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Métral, juge et Bonard, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Feue K._____, à H._____, recourante, agissant par l'intermédiaire de son époux L._____, lui-même représenté par Me Christophe Misteli, avocat à Vevey,

et

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

Art. 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI ; 88a al. 2 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissante italienne, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, était mariée et mère de quatre enfants. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse obtenu en 1973, elle a travaillé en cette qualité dans la boutique de cycles et motos tenue par son frère.

Le 18 décembre 2009, l'assurée est tombée de sa hauteur en allant chercher son cyclomoteur. Elle a présenté une fracture diaphysaire de l'humérus distal gauche réduite et ostéosynthésée le 22 décembre 2009 ainsi qu'une fracture du trochiter pour laquelle le traitement est resté conservateur. Le cas a été annoncé à l'assureur-accidents. Elle a présenté une incapacité de travail totale dès la date de l'accident.

Le 29 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). S'agissant des atteintes à la santé, outre l'accident de 2009, elle a en particulier mentionné un diabète, une polyarthrite, des apnées du sommeil ainsi qu'une obésité.

L'office AI a recueilli divers renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée. Il a également demandé la production du dossier de l'assureur-accidents.

Sur formulaire ad hoc, l'assurée a indiqué le 19 avril 2010 qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% par nécessité financière en tant que vendeuse en cycles et motos.

L'office AI a fait réaliser une enquête économique sur le ménage effectuée le 14 avril 2011. Dans son rapport du 27 avril 2011, l'enquêtrice a signalé que depuis environ un mois, l'assurée se plaignait

d'une « boule » au niveau de l'abdomen et que des examens avaient déjà eu lieu avant de nouvelles investigations. Le taux d'empêchement dans l'accomplissement des travaux ménagers s'élevait à 12,3% (rapporté à un 100%). Elle a retenu un statut d'active de 50%, les 50% restants étant dévolus aux tâches domestiques.

Dans un rapport médical sur formule ad hoc du 28 juin 2011 à l'intention de l'office AI, la Dresse T._____, médecin assistante au Centre pluridisciplinaire d'oncologie de l'Hôpital J._____, a posé le diagnostic d'adénocarcinome métastatique des ovaires existant depuis le mois de mai 2011.

Dans un avis médical du 15 juillet 2011, le Dr B._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé une nouvelle enquête ménagère au vu de la gravité de l'affection présentée depuis peu par l'assurée.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée le 28 septembre 2011. Dans son rapport du 7 octobre 2011, l'enquêtrice a maintenu la répartition retenue à l'occasion de la précédente enquête, le taux d'empêchements ménagers s'élevant toutefois désormais à 25,5%, rapporté à un 100%.

Par deux décisions datées du 8 mai 2012, l'office AI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité de trois quarts à compter du 1^{er} décembre 2010. Dans le statut d'active à 50%, son incapacité de travail était totale et dans le statut de ménagère, il existait un empêchement de 25,5%, soit calculé sur un 50%, un degré d'invalidité de 12,75%, d'où une invalidité totale de 62,75% (50 + 12,75).

Ces décisions sont entrées en force faute d'avoir été contestées.

B. Le 19 février 2014, l'administration a engagé une procédure de révision d'office de la rente en transmettant un questionnaire à

l'assurée que celle-ci a complété en date du 28 février 2014. Elle y faisait état d'une aggravation de son état de santé, consécutive à une lésion accidentelle de l'épaule gauche survenue le 8 octobre 2013 ainsi qu'à une récurrence de son cancer découverte le 24 février 2014. Elle a derechef confirmé sur formule ad hoc que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% dans sa profession habituelle pour des motifs d'ordre financier.

Procédant à l'instruction de l'aggravation de l'état de santé, l'office AI a notamment recueilli un rapport médical auprès du Service d'oncologie médicale de l'Hôpital J. _____ (timbre humide du médecin assistant et signature illisibles). Daté du 1^{er} avril 2014, il y était fait état d'un diagnostic d'adénocarcinome d'origine tubaire, d'emblée métastatique au niveau osseux, avec carcinose péritonéale et masse sous-cutanée para-ombilicale, existant depuis 2011. En septembre 2012, une augmentation en taille du nodule para-ombilical a été observée, laquelle a été traitée par cinq cures de Carboplatine/Gemzar jusqu'au mois de janvier 2013. L'auteur du rapport a en outre relevé une augmentation du métabolisme de la masse para-ombilicale droite au mois de février 2013 traitée par exérèse le 12 avril 2013. Aucun traitement oncologique n'avait été entrepris depuis lors. Si le marqueur tumoral était alors à la hausse, aucun corrélat n'était cependant retrouvé à l'imagerie. L'auteur du rapport relevait qu'il n'y avait pas de traitement sur le plan oncologique, tout en réservant l'éventualité de la reprise d'une chimiothérapie dans les mois à venir en raison de signes biologiques de récurrence tumorale. Selon lui, le pronostic à long terme était défavorable sur le plan oncologique en raison du caractère métastatique de la maladie.

L'administration a également mis en œuvre une nouvelle enquête ménagère, effectuée le 26 janvier 2015. Il ressort du rapport dressé le 30 janvier suivant un empêchement dans les tâches ménagères de 33,1%, tenant compte de l'aide des proches. L'incapacité de travail était toujours totale et le statut inchangé.

Le 28 avril 2015, l'office AI a informé l'assurée qu'il refusait l'augmentation de la rente d'invalidité servie jusqu'alors. Sur la base des

données résultant de la dernière enquête ménagère, le degré d'invalidité s'élevait à 67%, soit 50% pour la part active (50% x 100%) et 16,55% pour la part ménagère (50% x 33,10%). Il en résultait le maintien du droit à un trois-quarts de rente.

En l'absence d'objections, l'office AI a entériné son refus par décision formelle du 8 juin 2015.

C. Par acte du 8 juillet 2015, K. _____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité complète à compter du 24 février 2014. Subsidiairement, elle a demandé l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Tout en précisant qu'elle ne contestait pas l'invalidité de 100% retenue pour la part active, la recourante s'en est prise au taux d'empêchements ménagers fixé dans l'enquête du 30 janvier 2015 en soutenant avoir été en rémission au jour où celle-ci avait été effectuée (26 janvier 2015). Dès lors qu'il s'agissait d'un « bon jour », le résultat de l'enquête n'était nullement représentatif de sa situation et s'en trouvait par conséquent faussé. Son hospitalisation du 22 avril au 6 mai 2015 en raison de pertes de sang dues à une nouvelle lésion à l'œsophage associées à une ostéoporose mise en évidence à cette occasion ainsi que la lourde et longue chimiothérapie ayant débuté au mois de février 2015 permettaient d'inférer qu'au jour de l'enquête, la situation n'était pas stabilisée. Dans ces conditions, l'incapacité à raison d'un tiers dans la tenue du ménage ne correspondait en aucun cas à la réalité quotidienne.

Dans sa réponse du 28 septembre 2015, l'office AI a proposé au tribunal de demander à la recourante de produire toute pièce médicale utile attestant de l'aggravation de son état de santé.

A l'appui de sa réplique du 30 novembre 2015, la recourante a déposé un bordereau comportant un rapport du 23 octobre 2015 de la Dresse N. _____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale de

l'Hôpital J._____, ainsi qu'une lettre du 28 octobre 2015 à l'office AI du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale. De ces deux documents, la recourante a déduit une aggravation de son état de santé depuis le mois de janvier 2015, soulignant que le Dr Z._____ exprimait son incompréhension quant au fait qu'aucune rente d'impotente ne lui avait été accordée.

Le 17 décembre 2015, l'office AI a relevé qu'il ne ressortait pas des documents produits par la recourante que son état de santé avait fortement évolué entre janvier et avril 2015. Il était bien plutôt fait état d'une évolution négative entre juillet et septembre 2015. Il a ajouté que le dossier tel que constitué ne contenait pas de renseignements au sujet des effets des chimiothérapies subies entre janvier et avril 2015 sur l'état général de la recourante durant cette période et qu'il se justifiait dès lors de recueillir des informations complémentaires à cet égard.

D. Le 11 janvier 2016, la magistrate instructrice a soumis à chacune des parties une liste de questions qu'elle envisageait d'adresser au Service d'oncologie médicale de l'Hôpital J._____. Après avoir pris connaissance des observations et compléments formulés par la recourante et l'office intimé, elle a requis, en date du 9 février 2016, le service précité de répondre à une liste de six questions ainsi qu'à celles posées par le conseil de la recourante. Elle a attiré son attention sur la nécessité de distinguer l'évolution de l'état de santé de la recourante avant et après le 8 juin 2015.

Le 20 avril 2016, le Dr X._____, médecin assistant auprès du Service d'oncologie médicale de l'Hôpital J._____, a répondu en ces termes aux questions posées par le conseil de la recourante :

[1. Quelle était l'évolution de l'état de santé de Madame K._____ dès le traitement de chimiothérapie de janvier 2015 puis par la suite ?]

En janvier 2015, la patiente a présenté une récurrence de la masse para-ombilicale droite et l'apparition de nodules pulmonaires sur le Pet scanner du 6 janvier 2015. Elle a, par la suite, bénéficié de 6 cures de chimiothérapie par carboplatine et doxorubicine liposomale

et de bévacicumab arrêté après le 4^{ème} cycle en raison d'une hémorragie digestive haute. En juillet 2015, la patiente a de nouveau progressé à l'étage thoracique et abdominal sous forme de nodules pulmonaires en lâcher de ballons et de carcinose péritonéale. D'octobre à novembre 2015, la patiente a bénéficié de 3 cycles de gemcitabine et d'oxaliplatine stoppés en raison d'une progression au niveau abdominal de la masse mésentérique et des nodules pulmonaires. De fin novembre 2015 à début janvier 2016, la patiente bénéficie d'une nouvelle ligne de chimiothérapie par paclitaxel hebdomadaire arrêtée en raison d'une progression de sa maladie oncologique. Actuellement, la patiente présente une progression avec augmentation des adénopathies axillaires droites [et] inguinales gauches et des multiples métastases pulmonaires distribuées diffusément sur les deux plages et bénéficie actuellement d'un séjour en soins palliatifs à l'Hôpital S. _____ et d'une chimiothérapie par trabectedine aux trois semaines.

[2. Plus particulièrement, quel est depuis janvier 2015, selon vous, la capacité physique voire psychique de Madame K. _____ ? notamment à accomplir des travaux ménagers usuels ?]

La capacité de ma patiente à accomplir les travaux ménagers usuels est actuellement nulle en raison d'une asthénie importante et de douleurs dorsales et abdominales très intenses qui diminuent fortement son indice de performance. Elle est actuellement la plupart du temps alitée et se mobilise difficilement. Elle n'est plus entièrement autonome pour les activités de la vie quotidienne.

[3. Pouvez-vous préciser la durée et l'intensité de l'atteinte et la mesure à laquelle la capacité est (encore) aggravée par le traitement ?]

Il s'agit d'une atteinte très intense et cette incapacité ne nous semble pas aggravée par le traitement actuel, au contraire, son but est d'améliorer la qualité de vie de la patiente sachant que sa maladie oncologique est extrêmement avancée.

[4. Avez-vous d'autres observations à formuler sur cette patiente (mobilité, activités qu'elle peut entreprendre, etc.) ?]

Je n'ai rien à ajouter. Sa situation oncologique et médicale me semble très claire. Il s'agit d'une patiente fortement polymorbide, en soins palliatifs, qui nécessite un accompagnement moral et des soins de support adaptés, ce qui est le cas à présent.

Ayant constaté que seules les questions du conseil de la recourante avaient fait l'objet d'une réponse, la magistrate instructrice a demandé au Dr X. _____ le 26 avril 2016 de répondre aux questions figurant dans son courrier du 9 février 2016.

Dans une lettre du 23 mai 2016, co-signée par la Dresse F._____, cheffe de clinique, spécialiste en oncologie médicale, le Dr X._____ a écrit ce qui suit :

En réponse à votre courrier du 26 avril 2016, je me permets de vous écrire la chose suivante. Si j'ai préféré répondre aux questions de Me Misteli, avocat de ma patiente, la raison première en était qu'elles me paraissaient plus adéquates dans ce contexte de maladie oncologique avancée. Entre janvier 2015 et juin 2015, je n'étais pas moi-même présent, n'ayant suivi Mme K._____ que sur les 6 derniers mois. Si je me réfère aux notes de mes collègues datant de l'époque, elle était alors traitée par une chimiothérapie de carboplatine et doxorubicine liposomale pour une récurrence métastatique de son cancer et la patiente présentait à l'époque d'ores et déjà un état de fatigue conjointement à d'importantes nausées et vomissements et de douleurs abdominales. Ce traitement était administré aux 4 semaines conjointement à une perfusion d'Avastin aux 15 jours. En ce qui concerne sa capacité à accomplir des travaux ménagers pendant cette période, il est clair à mon sens qu'elle était très limitée, d'ores et déjà.

Je regrette de ne pas pouvoir être plus précis quant à ce sujet, n'ayant pas été moi-même présent à cette époque-là. Mme K._____ est actuellement en soins palliatifs où elle bénéficie de soins de support à l'Hôpital S._____, avec une asthénie extrême et un conditionnement à l'effort extrêmement limité. Ma patiente a toujours fait preuve d'un énorme courage face à sa maladie dont le pronostic qui était déjà plus que réservé en début 2015 s'est révélé meilleur que prévu.

Le 24 mai 2016, les Dresses F._____ et C._____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale de l'Hôpital J._____, ont écrit ce qui suit :

[1. Quelle était l'évolution de l'état de santé de Madame K._____ dès le traitement de chimiothérapie de janvier 2015 puis par la suite ?]

L'évolution de santé de Madame K._____ a été à la baisse avec instauration d'une asthénie importante, inappétence, incapacité de soins avec une dyspnée d'effort de grade 3. La patiente présente une amyotrophie au niveau des membres inférieurs avec une perte d'autonomie installée progressivement et finalement nécessitant un transfert dans un service de soins palliatifs.

En janvier 2015, la patiente a présenté une récurrence de la masse para-ombilicale droite et l'apparition de nodules pulmonaires sur le PET-scanner du 6 janvier 2015. Elle a, par la suite, bénéficié de 6 cures de chimiothérapie par carboplatine et doxorubicine liposomale et de bévacizumab arrêté après le 4^{ème} cycle en raison d'une hémorragie digestive haute. En juillet 2015, la patiente a de nouveau progressé aux étages thoracique et abdominal sous forme

de nodules pulmonaires en lâcher de ballons et de carcinose péritonéale. D'octobre à novembre 2015, la patiente a bénéficié de 3 cycles de gemcitabine et d'oxaliplatine stoppés en raison d'une progression au niveau abdominal de la masse mésentérique et des nodules pulmonaires. De fin novembre 2015 à début janvier 2016, la patiente bénéficie d'une nouvelle ligne de chimiothérapie par paclitaxel hebdomadaire arrêtée en raison d'une progression de sa maladie oncologique.

[2. Plus particulièrement, quel est depuis janvier 2015, selon vous, la capacité physique voire psychique de Madame K. _____ ? notamment à accomplir des travaux ménagers usuels ?]

La capacité de notre patiente à accomplir les travaux ménagers usuels est actuellement nulle en raison d'une asthénie importante et de douleurs dorsales et abdominales très intenses qui diminuent fortement son indice de performance. Comme vous voyez ci-dessus dans le résumé sur l'histoire oncologique, la dégradation de son état de santé a été progressif et déjà en janvier 2015, elle souffrait d'une atteinte oncologique sévère, de traitements de chimiothérapie lourds et a présenté une importante diminution de sa capacité physique à assumer des tâches quelconques, ménagères ou autres. Il s'agit d'une patiente avec une atteinte multiorganes, la patiente présente une progression de la maladie. Elle est actuellement la plupart du temps alitée et se mobilise difficilement. Elle n'est plus entièrement autonome pour les activités de la vie quotidienne.

[3. Pouvez-vous préciser la durée et l'intensité de l'atteinte et la mesure à laquelle la capacité est (encore) aggravée par le traitement ?]

Il s'agit d'une patiente avec une atteinte multiorganes, une progression active de la maladie. Cette situation et cette incapacité ne nous semblent pas aggravées par le traitement administré en 3 cycles, au contraire, son but a été d'améliorer la qualité de vie de la patiente sachant que sa maladie oncologique est extrêmement avancée.

Se déterminant en date du 30 mai 2016, la recourante a indiqué que les Drs X. _____, F. _____ et C. _____ avaient été factuels et clairs quant à l'évolution de son état de santé. Ils ne faisaient pas état d'un début de capacité physique pour accomplir les tâches ménagères, même en janvier 2015. L'accompagnement était désormais complet en soins palliatifs en situation d'asthénie extrême.

De son côté, l'intimé a relevé en date du 6 juin 2016 que même si les renseignements médicaux mettaient en évidence une capacité à accomplir les travaux ménagers déjà très limitée entre janvier

et juin 2015 avec une dégradation progressive de la situation ayant nécessité une hospitalisation en soins palliatifs en 2016, ils ne remettaient toutefois pas en cause l'appréciation faite lors de l'enquête ménagère du 26 janvier 2015 faite pour le dossier constitué de contenir des éléments suffisants attestant d'une progression durable et importante de ces empêchements déjà en mars 2015. L'intimé estimait par conséquent que la décision attaquée devait être confirmée, dès lors qu'elle se révélait correcte au moment où elle avait été prise.

Le 20 juin 2016, le conseil de la recourante a fait savoir que sa mandante était décédée en date du 25 mai 2016 et qu'il poursuivait en l'état le mandat de représentation pour le compte de la succession. Il a joint un certificat de décès du 31 mai 2016 ainsi qu'un projet de décision de l'office AI du 6 juin 2016 octroyant à feu la recourante une allocation pour impotent de degré grave pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 mai 2016, dernier jour du mois durant lequel le décès est survenu. Il y était mentionné que, depuis le mois de janvier 2015, la recourante nécessitait l'aide régulière et importante d'un tiers pour exécuter les six actes suivants de la vie courante : se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer/entretenir des contacts sociaux. En outre, son état de santé requérait des soins permanents.

Par pli du 11 novembre 2016, le conseil de feu la recourante a déposé une copie du certificat d'héritiers du 4 novembre 2016 indiquant par ailleurs avoir été mandaté par l'époux de cette dernière pour poursuivre la présente procédure.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément

à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 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.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et dans les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) par K. _____ contre la décision rendue le 8 juin 2015 par l'office AI.

2. Le litige porte sur le droit à une rente entière dans le cadre d'une procédure de révision, plus particulièrement sur la variation du taux d'empêchement ménager depuis le 28 septembre 2011 et par conséquent sur le degré d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50 % au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

c) 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 conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. 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 (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2, première phrase).

4. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGa; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (cf. ATF 130 V 393 ; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI), assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI) et assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI); est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 130 V 396 consid. 3.3 ; 117 V 194 consid. 3b et les arrêts cités ; RCC 1989 p. 125).

Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet ; il dispose que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TF I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en

corrélation avec les art. 27^{bis} RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; 125 V 146).

b) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique administrative aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3 et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 ; 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3).

Toujours selon la jurisprudence, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés

n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2 ; Pratique VSI 2001 p. 158 consid. 3c; TFA I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 6 ; I 249/04 du 26 juillet 2004 consid. 5.1.1 ; I 155/04 du 28 février 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

Il découle logiquement de ce qui précède qu'étant donné les exigences en matière de valeur probante, la jurisprudence citée n'interdit pas à l'autorité amenée à statuer de s'écarter sur certains points particuliers d'un rapport d'enquête économique sur le ménage reconnu globalement comme probant, y compris lorsque les atteintes incapacitantes sont d'ordre somatique, dès lors que les documents médicaux disponibles mettent en évidence des contradictions qu'il faut trancher en faveur de l'avis spécialisé d'un médecin (TF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.3).

Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; 123 V 230 consid. 3c et les références citées ; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable

de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2 ; 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 déjà cité. ; I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1 ; 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2 ; 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 précité ; 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1 ; 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que le cas de la recourante relève d'un statut mixte, pas plus que n'est critiquée la répartition retenue par l'office intimé s'agissant du statut, à raison de 50% pour la part active et 50% consacré aux tâches ménagères. Sans pour autant remettre en cause les constats de l'enquêtrice, la recourante soutient que son état de santé le jour de l'enquête (26 janvier 2015) n'était pas représentatif de son état de santé habituel en ce sens que la maladie était alors moins active. Plus précisément, elle fait grief à l'office intimé d'avoir sous-estimé les empêchements rencontrés dans l'accomplissement de ses travaux habituels en raison de ses atteintes à la santé.

a) Il sera relevé préliminairement qu'aucun rapport médical pour la période antérieure à janvier 2015 ne se prononce expressément sur la capacité de travail ménagère de la recourante. Il est vraisemblable que l'atteinte à l'épaule gauche survenue au mois d'octobre 2013 aura impacté cette capacité. Les pièces au dossier ne permettent cependant pas de connaître l'ampleur et la durée - qui aurait éventuellement pu être supérieure à trois mois - de cette atteinte sur la capacité ménagère et le décès de la recourante empêche une instruction complémentaire sur ce point. A priori, on peut supposer que l'assurée a pu compter sur une aide provisoirement plus intensive de son entourage.

S'agissant de l'évolution de son cancer, il ressort du rapport médical oncologique du 1^{er} avril 2014 que depuis l'exérèse du 12 avril 2013, il n'y avait pas eu de traitement oncologique, l'éventualité d'une reprise d'une chimiothérapie dans les mois à venir en raison de signes biologiques de récurrence tumorale étant néanmoins déjà réservée à l'époque. Concrètement, cette récurrence avec reprise de la chimiothérapie est survenue en janvier 2015. En conclusion, si aggravation de l'état de santé il y a, il n'est pas démontré qu'elle ait influencé la capacité ménagère avant janvier 2015.

b) Les rapports médicaux obtenus du Service d'oncologie médicale de l'Hôpital J. _____ au printemps 2016 mentionnent

l'existence d'une capacité d'accomplir les travaux ménagers très limitée déjà en janvier 2015. Elle n'était certes pas encore nulle. Néanmoins, si l'on considère qu'une chimiothérapie entraîne un état de fatigue chez un bon nombre de patients et que la recourante présentait lors de sa chimiothérapie entre janvier et juillet 2015 un tel état de fatigue, conjointement à d'importantes nausées, vomissements et douleurs abdominales, des fluctuations de son état général en fonction des étapes du traitement sont très vraisemblables, ce qui rend très vraisemblable également l'allégué de la recourante quant au fait que l'enquête ménagère de 2015 a été réalisée durant « un bon jour ». Une aggravation influant sur l'exercice des activités ménagères doit donc être admise dès janvier 2015. Le taux d'empêchement ménager ne peut pas être déterminé rétroactivement. Toutefois, au vu du projet d'acceptation d'une allocation pour impotent du 6 juin 2016 constatant que depuis janvier 2015, la recourante nécessitait une aide régulière et importante de tiers pour exécuter les six actes ordinaires de la vie et requérait des soins permanents, ce qui correspond à une impotence grave, il y a lieu de considérer que le taux d'empêchement ménager devait être globalement supérieur aux 33,1% retenu par l'intimé, même si l'enquête d'impotence et l'enquête ménagère ne se fondent pas sur les mêmes critères. Ainsi, quand bien même le taux d'empêchement ménager ne peut plus être déterminé précisément, les rapports médicaux du Service d'oncologie médicale de l'Hôpital J._____ comme l'instruction de la demande d'allocation pour impotent permettent de considérer qu'il est vraisemblablement proche des 100%, à tout le moins supérieur à 40%. En conséquence, le degré d'invalidité pour la part active étant de 50% ($50\% \times 100\%$) et celui pour la part ménagère d'au moins 20% ($50\% \times 40\%$), le degré d'invalidité s'élève à 70%, ce qui permet l'octroi d'une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

c) Compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI, la recourante a droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2015.

7. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit donc être admis et la décision rendue le 8 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour

le canton de Vaud est réformée, en ce sens que feu K._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015.

8. Il reste à statuer sur les frais et dépens de la cause (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante qui obtient gain de cause a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36]) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA).

Compte tenu du décès de la recourante, l'indemnité de dépens sera versée en faveur de sa succession, étant précisé que la représentation de l'hoirie par le conjoint survivant peut en l'occurrence être présumée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 8 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que feu K._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la succession de feu K._____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christophe Misteli, avocat (pour L._____, agissant pour feu K._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :