

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 février 2017

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Dessaux, juge et M. Kung, juge assesseur  
Greffière : Mme RoCHAT

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,  
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

**E.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 17 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], a travaillé en qualité de vendeuse en alimentation auprès du supermarché [...] à [...], dès le 1<sup>er</sup> novembre 1997, à un taux de 50%. Elle a subi une incapacité de travail totale dès le 12 février 2008.

Le 17 décembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), indiquant qu'elle souffrait de trouble du comportement alimentaire et de troubles dermatologiques.

Le 29 décembre 2009, renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire visant à déterminer son statut, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait comme vendeuse à un taux de 50%, par nécessité financière.

Dans un rapport du 5 février 2009 à l'OAI, la Dresse [...], spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a exposé que l'assurée lui avait été adressée par un confrère en raison d'une dermatose inflammatoire récurrente du visage. Elle a mis en évidence un lupus érythémateux, après avoir pratiqué un examen histo-pathologique d'un prélèvement cutané.

Aux termes d'un rapport du 5 février 2009 à l'OAI, la [...], spécialiste en psychiatrie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'anorexie mentale de type restrictif existant depuis l'âge de (...). L'assurée s'installait en outre depuis une année dans un retrait social qui ne pouvait qu'aggraver ses symptômes anorexiques. Une reprise d'une activité professionnelle dans un milieu protégé, sans pression sur le rendement et sans lien avec l'alimentation, devait lui permettre de reprendre progressivement confiance en elle et de se détacher de ses obsessions et ruminations. Une reprise de l'activité professionnelle était envisageable à 20% dès le mois de mai 2009.

Le 14 octobre 2009, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à des mesures de réinsertion.

L'assurée a effectué une mesure d'entraînement à l'endurance puis d'entraînement progressif au travail auprès de [...], du 3 novembre 2009 au 11 avril 2010. Il ressort du rapport final établi par l'OAI le 5 mai 2010 que pendant cette période, l'assurée a pu augmenter son taux de présence ainsi que son rendement et atteindre une capacité de travail de 50%.

L'assurée a trouvé un emploi de vendeuse à temps partiel auprès de [...], dès le 12 avril 2010.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 16 juin 2010. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice a retenu le statut de 50% active et de 50% ménagère, les empêchements ménagers s'élevant à 13.9%.

Interpellé par l'OAI, la Dresse [...] a exposé dans un rapport du 22 septembre 2010 que l'état de dénutrition de l'assurée restait bien présent, d'un degré de gravité qui s'était même accentué, son BMI [indice de masse corporel] se situant à 15,4 kg par m<sup>2</sup> au début du mois de septembre 2010. L'assurée avait pu néanmoins reprendre une activité professionnelle au printemps 2010, qu'elle parvenait à maintenir au prix d'un très grand investissement physique et psychologique. L'équilibre était précaire chez une assurée rendue extrêmement fragile psychologiquement et somatiquement par sa pathologie alimentaire. Sans évolution de la situation ou en cas d'aggravation, la capacité de travail serait à nouveau compromise et ce vraisemblablement de façon durable.

Le 23 décembre 2011, l'OAI a requis de la Dresse [...] des renseignements médicaux complémentaires, auxquels elle a répondu comme suit :

"Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis votre rapport du 22 septembre 2010 :

Depuis notre précédent rapport, et comme nous le redoutions, la situation de Madame F. \_\_\_\_\_ s'est dégradée tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique. Ainsi, après avoir très transitoirement et au prix d'efforts considérables repris un kilo dans le courant de l'automne 2010, celui-ci a été rapidement reperdu, notamment à l'occasion d'une nouvelle exacerbation des restrictions alimentaires et de l'accentuation du comportement purgatif (vomissements provoqués). Ceci s'est accompagné d'un état de fatigue tant physique que psychologique croissant. L'anxiété, les ruminations alimentaires, la baisse de la thymie ont accompagné cette nouvelle dégradation. Dans ce contexte, l'indication à une prise en charge hospitalière est devenue patente et la patiente l'a finalement acceptée. Elle a donc été admise à l'Unité Hospitalière [...] dès le 4 janvier 2011, dans le cadre d'une hospitalisation de renutrition.

L'activité qu'exerce l'assurée à mi-temps est-elle toujours adaptée ?

Du fait de son hospitalisation, la patiente se trouve en incapacité de travail à 100% depuis le début du mois de janvier 2011.

Si tel n'est pas le cas, pour quelles raisons ? Doit-on considérer qu'elle travaille au-dessus de ses forces ?

Cf. ci-dessus. Les raisons de l'incapacité de travail se fondent aussi bien sur des facteurs somatiques (état de dénutrition chronique de grade III selon la classification de l'OMS) que neuropsychologiques (difficultés cognitives de concentration et de mémorisation, ruminations, symptômes anxio-dépressifs).

Avez-vous attesté des incapacités de travail depuis le 12 avril 2010 ? Si oui, merci de nous les communiquer et d'indiquer le taux d'incapacité et les périodes exactes.

Madame F. \_\_\_\_\_ n'a pas bénéficié de ma part de certificats d'incapacité de travail durant la période allant du 12 avril 2010 au 2 janvier 2011. En revanche, et du fait de son admission à l'Unité Hospitalière [...], j'ai établi un nouveau certificat d'incapacité de travail à 100% de son taux d'activité de 50% depuis le 3 janvier 2011 et ceci pour une durée encore indéterminée".

Dans un rapport du 29 avril 2011, la Dresse [...] a indiqué que l'assurée avait séjourné à l'Unité hospitalière d [...] du 4 janvier au 22 mars 2011. La symptomatologie alimentaire s'était sensiblement amendée durant le séjour, le BMI de l'assurée étant passé de 14,4 kg/m<sup>2</sup> à 16,7 kg/m<sup>2</sup> à sa sortie de l'hôpital. L'assurée avait insisté pour reprendre son activité professionnelle de vendeuse, dès le 2 mai 2011, bien qu'étant toujours sujette à un état de dénutrition.

Le 8 mars 2012, à la suite d'une aggravation de son état de santé, l'assurée a été hospitalisée une seconde fois. Dans leur rapport du 30 mai 2012, les Drs [...], spécialiste en psychiatrie, et [...], médecin-assistant, ont constaté une incapacité de travail totale dès la date de l'hospitalisation, pour une durée indéterminée. Une activité professionnelle à temps partiel, avec un rendement diminué en raison des troubles mnésiques et anxieux ainsi que de la fatigabilité, était encore exigible, mais dans un contexte plus adapté à la problématique alimentaire. On pouvait s'attendre à une reprise effective d'une activité dans quelques mois, en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assurée.

Interpellée par l'OAI au sujet de cette seconde hospitalisation, la Dresse [...] a exposé, par courrier du 4 septembre 2012, que l'assurée avait présenté un état de dénutrition très avancée qui avait justifié son hospitalisation en mars 2012. Elle avait regagné son domicile au terme de quatre mois d'hospitalisation avec un poids de sortie se situant aux alentours de 17.5 kg par m<sup>2</sup> mais la symptomatologie anorexique restait extrêmement prégnante et s'accompagnait d'un haut niveau d'anxiété et d'une tendance manifeste à l'hyperactivité physique. L'ensemble de ces éléments faisaient que la capacité de travail de l'assurée était nulle. Il fallait s'attendre à ce que cette incapacité se prolonge, bien qu'une amélioration sur le long terme reste possible, notamment en raison du très fort investissement de l'assurée dans son traitement.

Le 17 avril 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, lui reconnaissant un droit à une demi-rente AI (degré d'invalidité 57%) du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 31 juillet 2010, puis du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 août 2011 et du 1<sup>er</sup> février 2012 au 30 avril 2012, avec passage à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2012. L'OAI a confirmé son projet d'acceptation de rente par décision du 26 juillet 2013.

**B.** L'OAI a entrepris la révision de la rente de l'assurée et lui a remis le questionnaire correspondant le 29 avril 2015. L'assurée y a répondu le 4 mai 2015, en indiquant que son état s'était récemment aggravé, précisant qu'elle risquait "à tout moment une 3<sup>ème</sup> hospitalisation

pour TCA" [trouble du comportement alimentaire]. Dans le formulaire de détermination du statut annexé au questionnaire, elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100% dans le domaine de la vente.

Le 6 mai 2015, l'OAI a réinterpellé l'assuré sur la question du statut, en ces termes:

"Maintenez-vous votre réponse, à savoir que vous travailleriez, aujourd'hui à un taux de 100% si vous étiez en bonne santé ?

L'assurée a répondu comme suit à cette question :

"(désolé pas compris) NON je travaillerai à 50%".

Interpellée dans le cadre de la révision de la rente, la Dresse [...], dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, a retenu les diagnostics d'anorexie mentale de type restrictif, d'évolution chronique, s'accompagnant d'un état de dénutrition de grade I selon la classification de l'OMS (code CIM-10 ; F50.0) et d'ostéoporose de la colonne lombaire. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité accrue en lien avec un état de dénutrition chronique, une altération cognitive en lien avec les obsessions et les ruminations anxieuses autour du poids, de la silhouette, de l'alimentation, des difficultés d'adaptation et une sensibilité exacerbée au stress découlant d'un besoin d'anticipation et de contrôle de son environnement. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle.

L'OAI a diligenté une seconde enquête économique sur le ménage, effectuée au domicile de l'assurée le 8 décembre 2015. A l'issue de son rapport du 9 décembre 2015, l'enquêtrice de l'OAI a confirmé le statut d'active à 50% et de ménagère à 50%, mettant à jour un degré d'empêchement ménager de 12,10%.

L'OAI a établi un projet de décision le 18 décembre 2015, envisageant de réduire le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, retenant un degré d'empêchement de 100% s'agissant de la part active et

de 12,10% s'agissant de la part ménagère, correspondant à un degré d'invalidité de 56%.

Par courrier du 8 janvier 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a fait valoir une hyperactivité dans la prise en charge des tâches ménagères, qui reflétait une aggravation et non pas une amélioration de son trouble du comportement alimentaire. Elle a exposé qu'elle refusait l'aide de ses proches, afin d'être toujours occupée et ne pas penser à ses problèmes de santé, mais aussi pour dépenser les calories de chaque repas. Elle assumait par ailleurs seule la préparation des repas, pour pouvoir contrôler son alimentation.

Par courrier du 14 janvier 2016 à l'assurée, l'OAI a rappelé que l'incapacité de travail dans toutes activités professionnelles était reconnue. En revanche, il ressortait de l'enquête ménagère réalisée le 8 décembre 2015 que l'assurée pouvait accomplir les tâches habituelles à son domicile, sous réserve d'un empêchement évalué à 12,10%.

Par décision du 26 février 2016, l'OAI a confirmé le projet de décision du 18 décembre 2015, remplaçant dès le 1<sup>er</sup> avril 2016 la rente entière allouée jusqu'ici par une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 56%.

**C.** Par acte du 10 mars 2016, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 26 février 2016, concluant implicitement à son annulation. Elle a exposé que le fait d'être une ménagère très organisée et active ne démontrait pas une amélioration des symptômes liés à son trouble du comportement alimentaire mais plutôt une aggravation de son état de santé, qui l'avait d'ailleurs conduit à une nouvelle hospitalisation de février à mars 2016. Elle a joint un rapport de la Dresse [...] du 10 mars 2016, dont la teneur est la suivante:

" Comme l'atteste notre dernier rapport à l'Office de l'Assurance Invalidité daté du 1<sup>er</sup> juin 2015, Madame F.\_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail totale découlant des symptômes associés à une anorexie mentale de type restrictif d'évolution chronique. Pour rappel, les limitations fonctionnelles chroniquement présentes sont une fatigabilité accrue en lien avec un état de dénutrition chronique

ainsi que des altérations cognitives (difficultés de concentration et de mémorisation) en lien avec les obsessions et les ruminations anxieuses autour du poids, de la silhouette et de l'alimentation. A ceci s'ajoutent des difficultés d'adaptation et une sensibilité exacerbée au stress, conséquence d'un besoin d'anticipation et de contrôle omniprésent de son environnement.

J'ai été informée par Madame F. \_\_\_\_\_ de la décision de l'Assurance Invalidité de diminuer de moitié la rente qui lui était jusque-là octroyée. Cette décision se baserait sur une amélioration de son état de santé. En lien avec la révision périodique du droit à la rente de la patiente, une enquête à son domicile a été effectuée en décembre 2015 concluant à la capacité de la patiente à effectuer ses tâches ménagères. Je ne peux que contester cette évaluation. En effet, et depuis la date de notre précédent rapport, la situation de la patiente ne s'est en aucune façon améliorée. Son incapacité de travail reste inchangée par rapport à l'évaluation faite au moment de l'octroi de sa rente en 2013. Ce que l'office de l'assurance invalidité considère comme une compétence ménagère s'avère être l'un des symptômes de la psychopathologie présentée par cette patiente. Il en est d'ailleurs déjà fait mention dans notre précédent rapport. En effet, Madame F. \_\_\_\_\_, en plus des symptômes précités, présente de longue date une hyperactivité physique à visée anxiolytique. Celle-ci, conjuguée à son besoin de contrôle, l'amène à multiplier les travaux de nettoyage (plusieurs heures chaque jour) à son domicile sans que ceci ne puisse être refreiné. Cette hyperactivité a été particulièrement intense ces derniers mois, la patiente présentant une exacerbation de ses symptômes anorexiques et anxieux. Parallèlement à la majoration de son hyperactivité physique, elle a présenté une aggravation des restrictions qualitatives et quantitatives de ses apports alimentaires. Il en est résulté une perte pondérale significative nécessitant de recourir à une hospitalisation dans notre unité spécialisée de [...], où Madame F. \_\_\_\_\_ séjourne actuellement.

Par ailleurs, en lien avec son besoin de contrôler à l'ingrédient près son alimentation, il lui est impossible de laisser son mari ou ses enfants cuisiner.

Ce n'est donc pas en raison d'une amélioration de son état de santé que Madame F. \_\_\_\_\_ effectue toutes ces tâches ménagères, mais bien du fait de sa maladie : notre objectif thérapeutique est donc une diminution de son besoin de contrôle et de son hyperactivité physique pour espérer une stabilisation de sa situation. Compte tenu de ce qui précède, je vous demande de bien vouloir reconsidérer la décision de réduction de la rente d'invalidité de cette patiente".

Le 28 avril 2016, l'intimé a suggéré que [...] soit questionnée sur la durée prévisible du nouveau séjour hospitalier annoncé, admettant que si l'hospitalisation devait se prolonger, il ne se justifierait pas de diminuer maintenant les prestations qui étaient servies jusqu'à fin mars 2016. Quant aux autres renseignements médicaux fournis, ils n'étaient pas de nature à remettre en cause l'évaluation effectuée dans le cadre de l'enquête ménagère du 8 décembre 2015.

Par courrier du 23 mai 2016, la recourante, désormais représentée par Me Florence Bourqui, a souligné la nécessité de compléter l'instruction auprès de la Dresse [...], concluant à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction.

Par courrier du 11 juillet 2016, la recourante a maintenu ses conclusions du 23 mai 2016, ajoutant qu'il était également nécessaire d'investiguer la question de son statut, compte tenu de son courrier du 4 juillet 2016 à la teneur suivante:

" [...]. D'autre part, quand les enfants étaient petits, nous avons effectivement choisi que je travaillerais à 50%, mon mari ayant une situation financière stable. Or, ce n'est plus le cas: il a été licencié une première fois l'année dernière, puis une seconde fois cette année. Il est actuellement en arrêt accident pour une durée indéterminée. Si mon état de santé me le permettait, j'aurais cherché à reprendre une activité professionnelle plus importante, pour combler la diminution de son revenu. J'y ai pensé et c'est la raison pour laquelle j'ai répondu à l'AI que je travaillerais à 50% vu mon état de santé, j'ai imaginé pouvoir tenir une activité à 50%, mais pas plus. Je n'ai pas réalisé que ma réponse serait interprétée comme un choix identique à celui que j'ai fait à la naissance de mes enfants. Depuis, mon état de santé s'est donc péjoré et je n'imagine pas pouvoir reprendre une activité, même à 50%".

Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours. L'hospitalisation de la recourante durant les mois de février et mars 2016 ne constituait selon lui pas une aggravation de l'état de santé suffisante pour admettre qu'elle avait entravé durablement l'accomplissement des travaux habituels du ménage. Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permettait de constater un degré d'invalidité supérieur à celui retenu à la suite de l'enquête ménagère. Quant au statut de la recourante, l'intimé a relevé qu'une modification des circonstances survenue actuellement ne pouvait influencer la situation telle qu'elle existait au moment de la décision litigieuse.

Le 31 octobre 2016, la recourante a indiqué qu'elle maintenait ses explications et conclusions de son recours.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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 de l'assurance-invalidité 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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)** Le litige porte sur le bien-fondé de la réduction, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante depuis le mois de mai 2012.

**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 art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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.

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

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. 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 ainsi 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; cf. TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1 ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

**c)** En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

**5.** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (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 (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146).

**a)** 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 ; cette dernière disposition énonce 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.

**b)** Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) – pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité à la loi (cf. TF 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

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

repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

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 rencontrés dans les activités habituelles. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C\_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2).

**c)** Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146 ; ATF 130 V 393, consid. 3.3).

**d)** La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). 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 (TF 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine, et la référence citée).

**6. a)** Dans le cas d'espèce, la recourante ne conteste pas véritablement l'application de la méthode mixte à sa situation. Elle invite néanmoins l'autorité saisie à "investiguer" la question de son statut sur la base de sa correspondance du 4 juillet 2016 à son conseil.

**b)** L'intimé a appliqué la méthode mixte d'évaluation, en retenant pour la recourante le statut d'une personne active à 50% et de ménagère à 50%, se fondant sur les conclusions de l'enquête ménagère du 8 décembre 2015. Celles-ci ne diffèrent pas des indications fournies par la recourante le 6 mai 2015 à l'OAI, selon lesquelles, en bonne santé, elle travaillerait à 50%. Ces déclarations ont été faites à la suite de la réinterpellation spécifique de l'assurée sur la question de son statut. Lors de l'enquête ménagère, l'assurée a expliqué, à l'enquêtrice, qu'un 50% lui permettrait d'avoir du temps à consacrer à son ménage et à ses enfants, et de compléter les revenus de son époux. Dans son courrier du 4 juillet 2016, la recourante explique les difficultés rencontrées par son époux, lequel a perdu deux emplois successivement entre 2015 et 2016 et se retrouve aujourd'hui en incapacité de travail pour cause d'accident. Dans ce contexte, si son état de santé le permettait, la recourante a exposé qu'elle aurait cherché à reprendre une activité professionnelle plus importante, pour combler la diminution du revenu de son époux, précisant alors qu'elle travaillerait à 50%. Cette affirmation confirme celle qu'elle a faite le 6 mai 2015. Sur la base de ces indications, il n'apparaît dès lors pas que les "avis divergent", ainsi que l'allègue le conseil de la recourante dans son écriture du 11 juillet 2016, quand bien même la recourante a précisé que son état de santé actuel ne lui permettrait pas de reprendre une activité, même à 50%.

Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'intimé a retenu que sans atteinte à la santé, la recourante aurait travaillé à mi-temps, maintenant un statut d'active à 50% et de ménagère à 50%.

**7.** Reste à examiner ce qu'il en est de l'empêchement ménager, étant admis et non contesté que la recourante présente une incapacité de travail totale sur la part active.

**a)** La dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle de l'octroi d'une pleine rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012 par décision du 26 juillet 2013, l'OAI ayant alors considéré que la recourante ne présentait aucune capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. L'empêchement ménager était quant à lui de 13,9 %. L'octroi d'une rente complète dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 se justifiait toutefois en raison de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et de son hospitalisation le 8 février [recte: mars] 2012.

La décision querellée du 26 février 2016 est pour sa part fondée sur l'enquête ménagère du 8 décembre 2015, laquelle a constaté que la recourante disposait d'une pleine capacité ménagère, sous réserve d'un empêchement ménager de 12,1%. L'intimé a par ailleurs expliqué dans sa duplique du 1<sup>er</sup> septembre 2016 que la nouvelle hospitalisation de la recourante durant les mois de février et mars 2016 ne l'avait pas singulièrement entravée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères.

La recourante conteste les conclusions de l'enquête économique sur le ménage du 8 décembre 2015, dans la mesure où elles retiennent une capacité ménagère qui n'est en réalité que la manifestation de l'un des symptômes de la maladie psychopathologique dont elle souffre, ce que confirme la Dresse [...] dans son rapport du 10 mars 2016. En effet, la Dresse [...] a exposé que la recourante présentait de longue date une hyperactivité physique à visée anxiolytique, conjuguée à un besoin de contrôle qui l'amenait à multiplier les travaux de nettoyage à son domicile. Ce n'était pas en raison d'une amélioration de son état de santé que la recourante effectuait ses tâches ménagères mais bien du fait de sa maladie. Dans ce contexte, la Dresse [...] a fait état d'une incapacité

de travail identique à celle prévalant en 2013 et contesté l'évaluation de la capacité ménagère retenue par l'intimé.

**b)** Malgré un empêchement ménager de 13,9% retenu dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage du 16 juin 2010, l'intimée avait tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et de son hospitalisation en 2012 pour justifier l'octroi, le 26 juillet 2013, d'une pleine rente d'invalidité, pour une durée indéterminée à compter du 12 mai 2012. Dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2015, l'intimé n'établit pas en quoi la situation de la recourante aurait évolué favorablement depuis sa dernière décision. L'empêchement ménager de 12,1 % retenu lors de la nouvelle enquête économique sur le ménage du 8 décembre 2015 est en effet pratiquement similaire à celui existant au moment de l'enquête ménagère effectuée en 2010. Par ailleurs, il ressort des divers rapports médicaux établis par la Dresse [...] que l'état de santé de la recourante est resté identique à celui prévalant lors de la dernière décision de l'intimé en 2013, étant souligné que l'aggravation de ses symptômes l'a à nouveau conduite à une hospitalisation d'une durée de deux mois, de février à mars 2016.

Le rapport du 10 mars 2016 de [...], ainsi que son rapport précédent du 1<sup>er</sup> juin 2015, sont le fruit d'une analyse et d'un suivi approfondis de la situation médicale de la recourante, menés par une spécialiste reconnue dans le domaine des troubles de l'alimentation. Lesdits rapports sont convaincants et fiables, étant souligné qu'ils ne sont contestés par aucun médecin. En particulier, l'intimé n'a pas soumis le cas de la recourante à son Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) pour appréciation et ne démontre pas, sur le plan médical, la capacité de la recourante à accomplir ses tâches ménagères. Quant au rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 décembre 2015, il détaille certes les empêchements retenus pour chacun des travaux ménagers exécutés par la recourante à la lumière de ses limitations physiques (notamment faiblesse du genou droit en raison de l'ostéoporose, manque de force dû à la perte de musculature, fatigue, asthénie). Ainsi, l'enquêtrice a retenu dans chaque poste que les travaux

lourds nécessitaient l'intervention ou l'aide d'un tiers. L'enquêtrice a cependant ignoré l'aspect psychique de la maladie de la recourante et en particulier ses conséquences, qui se traduisent en l'occurrence par une hyperactivité dans le domaine ménager. Dans ce contexte, le rapport économique sur le ménage du 8 décembre 2015 n'est pas suffisant à mettre en doute l'avis médical étayé de la Dresse [...], étant rappelé qu'en présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. supra 5b).

Faute de modification de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 26 juillet 2013 lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012, il n'y a pas de motif justifiant la révision du droit aux prestations.

**8.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée réformée en ce sens que le droit à une rente entière est maintenu.

**a)** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**b)** Obtenant gain de cause, la recourante, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, à 500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), étant rappelé que Me Florence Bourqui n'est intervenue qu'en fin de procédure, au stade de la

réplique. Ils sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 26 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit au versement d'une rente entière en faveur de F.\_\_\_\_\_ est maintenu.
  
- 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 versera à F.\_\_\_\_\_ une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui (pour F.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :