

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A.F. _____, à R. _____, recourante, représentée par Me Muriel Vautier,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8, 17, 53 et 61 let. i LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI ; 27 et
88^{bis} al. 1 let. a RAI**

E n f a i t :

A. a) A.F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] en Italie, sans formation professionnelle ni activité lucrative, femme au foyer, est mariée à C.F._____ depuis le [...]. Elle est mère de trois enfants: B.F._____, née le [...], D.F._____, née le [...] et E.F._____, né le [...]. Le 23 janvier 2002, elle a été renversée par un automobiliste sur un passage pour piétons.

L'assurée n'avait avant l'accident pas d'autre activité occupationnelle que celle de mère au foyer. Elle n'a jamais exercé d'activité lucrative.

b) Le 26 août 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport médical du 26 février 2004, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants:

- Status après accident de la voie publique le 23 janvier 2002.
- Status après fracture trifocale de la jambe droite traitée par réduction fermée et mise en place d'un clou intra-médullaire du tibia droit le 1^{er} février 2002.
- Gonalgies droites sur tendinopathie rotulienne.
- Status après fracture bitubérosaite du plateau tibial gauche traité par ostéosynthèse le 5 février 2002.
- Gonalgies gauches et troubles de l'axe du membre inférieur gauche séquellaires.
- Status après AMO du clou centromédullaire en février 2003.
- Status après AMO et ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche le 19 septembre 2003.

- Cervico-dorso-lombalgies post-traumatiques.
- Lombalgies existant depuis 1985.

Le Dr N._____ a en outre retenu des limitations fonctionnelles relatives à la position assise (limitée à 5 heures par jour), à la position debout (limitée à ½ heure par jour), à la même position du corps (limitée à 2 heures par jour), au port de charges (limité à 5 kg) et au parcours à pied (limité à 500 mètres par jour); il excluait les positions à genoux et accroupie, l'utilisation des deux bras/mains - gauche/droite, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, le médecin traitant citait le point de vue du Dr H._____, médecin adjoint au Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital T._____, qui dans un courrier du 27 janvier 2004 écrivait ceci:

« Enfin, du point de vue théorique, cette patiente était sans emploi au moment de l'accident et comme il va sûrement y avoir un dossier contre la RC de l'automobiliste qui l'a renversée, il faut partir de l'idée qu'elle a été en arrêt de travail complet depuis l'accident jusqu'au 30 juin 2004, et que comme secrétaire elle pourrait reprendre à 100% et [que] comme travail de force elle ne pourrait reprendre qu'à 50% vu les séquelles au niveau des deux jambes. Si je suis amené à me prononcer sur une incapacité de travail, voilà les dates que je donnerai afin que la patiente puisse éventuellement, selon l'évolution de son dossier asséculoologique, être correctement indemnisée. »

Une enquête ménagère a été effectuée le 10 novembre 2004. L'enquêtrice mentionnait, dans son rapport daté du même jour, que la famille habitait un appartement subventionné de quatre pièces au quatrième étage sans ascenseur; elle retenait les taux d'empêchement avant pondération suivants:

- 70% pour la préparation de l'alimentation: l'assurée devait faire très souvent appel à sa famille pour parvenir à préparer les repas;
- 90% pour l'entretien du logement: l'assurée ne faisait qu'épousseter;

- 25% des emplettes et des courses diverses: l'assurée ayant toujours fait les courses avec son époux une fois par semaine, l'assurée allait acheter les produits complémentaires seule; après l'accident, elle continuait à faire les courses avec son mari mais ne pouvait plus rien porter;
- 60% pour la lessive et l'entretien des vêtements: l'assurée s'arrangeait pour faire le ménage toutes les semaines dès le dimanche afin que sa famille pût lui descendre le linge dans un local hors de l'immeuble pour le lavage et au sous-sol de celui-ci pour le séchage ; elle ne pouvait plus du tout repasser mais les petits travaux de couture étaient toujours possibles;
- 50% pour l'entretien du jardin et activités diverses;
- 10% pour les soins donnés aux enfants ou autres membres de la famille: les enfants étant âgés de 17, 14 et 12 ans, l'assurée assumait les leçons sans problème, les loisirs en famille étaient pris en charge par le père.

Le taux d'empêchement global après pondération était évalué à 55,75%.

c) Une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre d'Expertise P._____ a été réalisée. Le rapport d'expertise du 16 février 2006 retenait que l'assurée ne présentait aucun signe de psychopathologie particulière; il faisait état notamment de ce qui suit:

« [B.1] Madame A.F._____ est limitée dans les déplacements, mais [ceux-ci] sont possibles un [peu] plus longtemps que ce qu'elle relève à l'anamnèse (20 minutes), mais certainement sans charge. La descente des escaliers est problématique de façon objective et le restera. La mise à genoux et les accroupissements sont exclus.

(...)

Sur le plan somatique, il n'y avait pas d'activité professionnelle, il y a donc lieu de se référer sur le plan théorique aux limitations notées sous B1. L'assurée n'est plus capable d'assumer certaines tâches ménagères qu'elle assumait avant l'accident et doit se faire aider en conséquence.

(...)

Sur le plan somatique, l'incapacité de travail est médicothéorique, elle est de 100% depuis le jour de l'accident dans toute activité lourde, et ce de façon définitive.

Elle est de 100% dans les suites de l'accident puis après les différentes interventions pour les périodes transitoires. Dans une activité légère, actuellement, l'activité de travail du point de vue théorique serait probablement pleine et entière dans un milieu d'activité sédentaire avec des déplacements courts et à plat. »

Sur demande du SMR, le Centre d'Expertise P._____ a précisé dans un courrier du 26 mai 2006 les éléments suivants concernant la capacité de travail résiduelle de l'assurée:

- sur le plan orthopédique pur et en cas de travail adapté, à savoir un travail assis sédentaire avec de petits déplacements sans charge, il n'y avait pas de raison d'admettre une baisse de rendement;
- s'agissant du rapport entre douleur et incapacité de travail, il n'y avait pas d'échelle objective permettant de juger de cette relation, les appréciations étant à cet égard purement subjectives, même en cas de lésions objectives;
- la médication prescrite à l'assurée n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail;
- la mesure du rendement ne pouvait être vérifiée qu'en situation de travail, et non sur un mode théorique;
- une activité adaptée était possible dès le jour de l'expertise, les éléments du dossier n'étaient pas suffisamment précis pour qu'une appréciation rétroactive fût possible.

d) Un avis médical SMR du Dr M._____ du 19 juin 2006 indiquait que la capacité de travail en tant que ménagère ne dépassait pas 40%, l'assurée pouvant réaliser plusieurs activités ménagères, mais plus lentement, voire pour certaines moins souvent; les limitations fonctionnelles suivantes étaient relevées: escaliers, accroupissement, à genou, port de charges, marche au-delà de vingt minutes et marche sur terrain accidenté.

L'OAI a retenu un statut de ménagère à 100%.

Dans un avis médical SMR du 28 juillet 2006, le Dr M. _____ a indiqué que les limitations dans le ménage dès le 23 janvier 2003 étaient probablement de l'ordre de 56%. Certaines activités étaient cependant limitées voire impossibles pendant plusieurs mois en raison des opérations effectuées les 14 février 2003, 19 septembre 2003 et 8 avril 2005.

B. a) Le 10 août 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente (octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2003), qui était fondée essentiellement sur l'enquête ménagère effectuée à domicile au mois de novembre 2004, selon laquelle les empêchements étaient évalués à 55,75%.

b) Dans un courrier du 11 septembre 2006, l'assurée indiquait en substance que le rapport d'expertise du Centre d'Expertise P. _____ du 16 février 2006 contredisait clairement les conclusions de l'enquête ménagère du 10 novembre 2004, puisque les experts signalaient que sous l'angle physique ou encore somatique, même la mise à genoux et les accroupissements étaient exclus, avec une limitation manifeste et objective des déplacements et de certaines activités, notamment le port de charges, la descente des escaliers, etc., et que sur le plan orthopédique, la pose d'une prothèse totale du genou gauche présentait le risque, au vu de son âge, de voir la prothèse s'user, se desceller, et devoir nécessiter d'autres interventions par la suite. L'assurée relevait également que les experts avaient exclu tout signe de psychopathologie particulière, là où l'enquêtrice avait retenu une exagération des plaintes relatives aux travaux de repassage et de lavage des sols. Elle en concluait que sur le plan somatique, jusqu'à la mise en place de la prothèse totale du genou gauche le 2 avril 2005, elle avait droit à une rente entière d'invalidité, et que pour la période ultérieure c'était une rente d'invalidité fondée sur un taux de 60%, sinon sur un taux de 100%, qui devait lui être définitivement accordée.

c) Dans un nouveau rapport médical du 31 octobre 2006, le Dr H. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire mais

a relevé l'apparition de lombalgies après les moindres efforts, objectivées par des troubles dégénératifs étagés. Selon ce spécialiste, aucune mesure thérapeutique n'était à même d'améliorer réellement la situation de sa patiente, laquelle devait être toujours considérée comme inapte complètement dans un travail lourd avec changement de position, travaux de ménage etc., depuis son accident et de façon indéterminée. De manière théorique, il estimait toutefois que l'assurée aurait pu reprendre une activité à 50%, après le 30 juin 2004, en tenant compte cependant d'une période d'arrêt complet de 6 mois post-pose de PTG (réd. prothèse totale du genou).

d) Le 26 février 2008, l'OAI – qui a pris position sur les griefs de l'assurée dans un courrier du 25 février 2008 – a adressé à celle-ci un nouveau projet de décision reconnaissant le droit à une demi-rente du 1^{er} janvier 2003 au 30 juin 2005, puis le droit à une rente entière ensuite de l'aggravation qui s'était manifestée le 8 avril 2005 (opération entraînant une incapacité de travail totale pendant 4 mois), puis de nouveau le droit à une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2005.

L'assurée a contesté ce nouveau projet de décision par courrier du 14 mars 2008, reprenant en substance les mêmes arguments que dans son courrier du 11 septembre 2006 (lettre B.b supra). Elle signalait également que son état de santé s'était encore aggravé, et que selon le certificat médical du 22 février 2008 du Dr H._____, elle souffrait d'une fracture lente dont les seules possibilités thérapeutiques actuelles, ponctuelles ou chroniques, impliquaient une marche (selon les douleurs) avec deux cannes anglaises.

e) Par avis du 14 avril 2008, le médecin SMR a reconnu que la fracture lente diagnostiquée par le Dr H._____, constituait un fait nouveau aggravant nécessitant de nouvelles investigations médicales auprès des Drs G._____ et H._____.

Dans son rapport médical du 7 mai 2008, le Dr H._____ a précisé qu'il s'agissait d'une fracture lente du genou droit, pour laquelle

l'assurée était suivie par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne, et non par lui-même. Il a tout de même rappelé que la patiente était femme de ménage, et que sa capacité de travail était nulle, celle-ci présentant d'ailleurs toujours de la peine à faire des efforts, à marcher dans les escaliers et à rester debout longtemps.

f) La problématique de ces déplacements était soulignée encore le 19 mai 2008 par le Dr G._____, qui indiquait que l'assurée ne pouvait se déplacer que sur de très courtes distances avec deux cannes anglaises, raison pour laquelle ce médecin posait le constat d'une incapacité de travail totale (100%) depuis la date de l'accident jusqu'au moment de l'établissement du rapport, le 19 mai 2008. Le même praticien signalait la nécessité d'utiliser des moyens auxiliaires constitués par des cannes anglaises, et indiquait qu'étaient tout simplement inexigibles de l'assurée les activités/positions suivantes:

- activités uniquement en position debout;
- activités dans différentes positions;
- activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier);
- se pencher;
- travailler avec les bras au-dessus de la tête;
- accroupi;
- à genoux;
- soulever/porter (près/loin du corps);
- monter sur une échelle/un échafaudage;
- monter les escaliers;
- soulever/porter (près/loin du corps).

Si les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées, en revanche, toutes ces constatations présentes depuis 2002, soit dès l'accident, laissent subsister, selon le Dr G._____, une possibilité théorique de 40 à 50% pour effectuer des activités uniquement en position assise, respectivement en rotation assise.

g) Un avis médical SMR du 5 novembre 2009 ayant mis en exergue la nécessité d'un examen clinique pour clarifier certaines questions récentes, l'assurée a fait l'objet, le 23 novembre 2009, d'un examen clinique orthopédique par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le rapport du 10 décembre 2009 relevait que l'assurée n'assumait aucune activité ménagère, puisqu'une femme de ménage venait deux fois par semaine, s'occupant du repassage, et que les autres activités ménagères étaient assumées par le mari et ses deux filles. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr D._____ retenait que l'assurée pouvait exercer un travail assis, sans port de charges avec de courts déplacements mais devait éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux et ne pouvait pas s'accroupir ni se mettre à genoux; elle devait en outre éviter de monter ou descendre les escaliers à répétition et devait éviter les positions debout statiques ainsi que les marches à plat de plus de 10 minutes. L'incapacité de travail était reconnue à 100% depuis le 23 janvier 2002, et s'agissant de l'incapacité occupationnelle de ménagère, un renvoi à l'enquête ménagère du 10 novembre 2004 était mentionné. Le Dr D._____ précisait en outre que l'arthroplastie du genou gauche était constitutive d'une amélioration de l'état du genou, mais ne soulageait pas l'assurée. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était selon ce médecin de 50%, mais de 75% dans une activité adaptée.

Le Dr J._____ du SMR arrivait à la même conclusion dans un avis SMR du 5 janvier 2010.

h) Le 29 mars 2010, l'OAI - qui avait pris position sur la contestation de l'assurée dans un courrier du 2 février 2010 - a rendu une décision dont la motivation était identique à celle du deuxième projet de décision (cf. lettre B.d supra), octroyant à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2003, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 30 novembre 2005, puis à nouveau une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2005.

i) Par arrêt du 7 mars 2011 (cause n° AI 169/10 - 112/2011), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision. Elle a considéré qu'il n'existait aucun motif de remettre en cause le rapport d'enquête ménagère du 10 novembre 2004, lequel remplissait toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

j) Saisi d'un recours de l'assurée contre ce jugement, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 12 décembre 2011 (cause n° 9C_293/2011).

C. En date du 29 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de révision sur les conseils du Dr V._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, lequel attestait, dans un certificat daté du 18 octobre 2012, une aggravation de l'état de santé de sa patiente.

Dans un rapport médical du 23 mai 2013, le Dr V._____ a posé les diagnostics incapacitants suivants :

- douleurs chroniques des deux genoux plus marquées à droite avec limitations fonctionnelles associées post-PTG ;
- au genou droit de l'arthrose post-traumatique, status post-chirurgical (ostéosynthèse du plateau tibial droit) ;
- lombalgies chroniques secondaires à des discopathies étagées de L2 à S1 et une arthrose facettaire postérieure inflammatoire de L4 à S1 bilatérale ;
- arthralgies des épaules, coudes et mains secondaires à la mise en charge chronique liée à l'utilisation de cannes anglaises.

Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une ostéoporose au niveau lombaire et des hanches existant depuis 2012. Tout en considérant que la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée, il a estimé qu'elle était de 30% en tant que ménagère. Le Dr V._____ a joint à son rapport divers documents médicaux en sa possession, dont un courrier à son intention du 5 novembre 2012 du Dr

L._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, dans lequel ce spécialiste indiquait notamment ce qui suit :

« Actuellement, le problème est celui essentiellement de lombalgies chroniques qui sont anciennes, mais qui se sont semble-t-il aggravées récemment, sans facteur déclenchant, avec une accentuation des douleurs lombaires, et apparition de quelques irradiations dans la jambe gauche de topographie mixte L4 et L5.

Les douleurs sont relativement mécaniques, surviennent à la marche au bout de 20 minutes, mais il n'y a pas de douleur nocturne, pas de cyphose, elle souffre en position assise mais arrive à tolérer la situation.

Cliniquement, l'examen est pour moi strictement normal, il n'y a pas d'atteinte radiculaire évolutive, elle est relativement souple, et on retrouve par contre de manière incontestable des points douloureux à la palpation au niveau des articulaires postérieures L4/L5, L3/L4 à droite et à gauche.

L'IRM lombaire qui a été réalisé le 14 avril 2012 confirme tous ces éléments, il ne met en effet pas en évidence de rétrécissement canalaire, une simple discopathie L2/L3 qui est assez évoluée et avec une petite instabilité mais qui ne me semble pas symptomatique.

Il n'y a pas non plus de problème sur les disques sous-jacents.

Par contre, il existe incontestablement une inflammation très nette sur les articulaires postérieures L3/L4, L4/L5 droite et gauche, confirmant ainsi l'impression clinique. »

Le 10 novembre 2014, l'OAI a adressé au Dr G._____ une liste de questions, auxquelles il a répondu en ces termes en date du 26 avril 2015 :

« **[1. Mme A.F. _____ nous annonce une aggravation de son état de santé. Confirmez-vous qu'il y a une aggravation de son état de santé ?]**

Oui, depuis le mois de mai 2014.

[2. Si oui, depuis quelle date ?]

Mai 2014.

[3. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?]

Augmentation des douleurs en charge du genou gauche.

[4. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?]

Depuis 2002, la patiente ne travaille pas.

[5. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?]

Impossible à évaluer.

[6. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?]

Déplacement difficile ; douleurs aux membres inférieurs.

[7. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?]

Pas de travail depuis l'accident en 2002.

(...) »

Le 20 mai 2015, le Dr V._____ a complété un nouveau rapport médical à l'intention de l'OAI dans lequel il reprenait les constatations cliniques ainsi que son appréciation de la capacité de travail telles que figurant dans son rapport du 23 mai 2013. Les diagnostics posés étaient identiques sous réserve du premier d'entre eux, désormais libellé en ces termes : « douleurs chroniques des 2 genoux plus marquées à gauche avec limitations fonctionnelles associées post-PTG droite. » Etait joint à son rapport un courrier daté du 18 mai 2015 dans lequel le Dr V._____ répondait comme suit aux questions de l'OAI :

« [1. Mme A.F._____ nous annonce une aggravation de son état de santé. Confirmez-vous qu'il y a une aggravation ?]

Oui.

[2. Si oui, depuis quelle date ?]

Cf. mon rapport de 2013.

[3. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?]

- Gonalgies gauches (douleurs de la prothèse du genou) aggravées depuis 2009.

- Gonalgies droites (status post fracture de fatigue 2008 du plateau tibial externe).

- Elle souffre de gonalgies droites mécaniques en aggravation liées à un transfert des charges du membre inférieur droit.

- Lombalgies secondaires à des discopathies étagées et arthrose postérieure L4-L5 gauche et irritation radiculaire L4 (MIG).

- Cervicalgies par surcharge (marche avec une canne).

[4. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?]

Lombalgies mécaniques aggravant son incapacité de travail aboutissant encore à une diminution de ses capacités ménagères (a besoin d'une aide à domicile : femme de ménage 2x/semaine (6 heures) et repassage 8 h pour 5 personnes).

Gonalgies à la marche, malgré une canne, diminution du périmètre de marche, station debout difficile (lombalgies gauches).

[5. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?]

Maximum 30% avec des activités légères.

[6. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?]

En raison des douleurs multiples, manque de résistance physique : maximum 30%, travail occupationnel uniquement.

[7. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?]

Déconditionnement physique.

(...) »

En annexe aux deux documents précités, le Dr V._____ a transmis à l'OAI un rapport du 2 février 2015 faisant suite à un examen électrophysiologique pratiqué le même jour par le Dr X._____, spécialiste en neurologie ainsi qu'un rapport du 11 février 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur de l'Hôpital S._____.

En raison de l'aggravation de l'état de santé annoncée par l'assurée, l'OAI a fait procéder à une nouvelle enquête ménagère, laquelle a eu lieu en date du 23 novembre 2015. Dans son rapport du 30 novembre 2015, l'enquêtrice a conclu à un statut de ménagère de 100%, les empêchements dus à l'invalidité étant de 67,60%. Elle s'est exprimée en ces termes sous l'intitulé « Observations/conclusions » :

« Entretien réalisé avec Maître Muriel Vauthier qui défend les intérêts de notre assurée. Notons que la fille de l'assurée fait ses études à B._____ et qu'elle ne rentre que le week-end et passe son temps à étudier. Le fils est à l'Université d'O._____ dans la section sport études et a des journées très longues car il doit s'entraîner le soir après les études. Ses journées sont très longues et de par le caractère très physique de ses études il rentre fatigué et n'aide pratiquement pas. Il reste aussi l'aide exigible du mari qui est aussi vite débordé.

Horaire du fils : 6 h 30 - 19 h 15 sans entraînement
6 h 30 - 22 h avec entraînement. »

En réponse à une demande de l'OAI, le Dr V._____ a indiqué, en date du 7 mars 2016, qu'il situait l'aggravation de l'état de santé de l'assurée « dans le suivi de la fracture de fatigue d'avril 2008 du genou droit ; en effet, depuis cette période, elle a eu une ostéosynthèse du plateau tibial à droite en 2009. »

Par décision du 30 juin 2016, faisant suite à un projet du 25 mai précédent, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée à l'assurée depuis le 1^{er} décembre 2005.

Le 30 juin 2016, l'assurée a présenté des objections à l'encontre du projet de décision en faisant valoir que l'aggravation de son état de santé - remontant à 2008 selon le Dr V._____ - était attestée, d'une part, par plusieurs pièces médicales au dossier et, d'autre part, par le rapport d'enquête ménagère du 30 novembre 2015.

Le 8 juillet 2016, l'OAI a retiré sa décision du 30 juin 2016 et ouvert une procédure d'audition.

Dans un avis médical du 21 juillet 2016, le Dr J._____ a écrit ce qui suit :

« Le Dr V._____ suit l'assurée depuis 2012. Il retient comme problèmes des douleurs chroniques des 2 genoux depuis 2002 avec une PTG droite et une arthrose post-traumatique à droite, des lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs non déficitaires et des arthralgies des épaules, des coudes et des mains secondaires à la mise en charge liée à l'utilisation de cannes anglaises depuis 2002 (RM du 20 mai 2015). Tous ces problèmes ont été pris en compte par l'expertise du 16 février 2006 et mis à jour par l'examen SMR orthopédique du 10 décembre 2009. Aucune aggravation médicale objective n'est démontrée par les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI.

L'ostéoporose est un problème qui affecte, l'âge avançant, la très grande majorité de la population et dont les principales limitations sont secondaires à des fractures/tassements ce qui n'est pas le cas de notre assurée.

L'enquête ménagère du 30 novembre 2015 objective que l'assurée a réduit de 4 heures par semaines à 3 heures par semaine l'intervention de sa femme de ménage (point 6.2). L'argument que le fils de 24 ans qui loge chez ses parents ne pourrait participer un tant soit peu aux activités ménagères, ce qui est un devoir de famille dans notre culture, n'est pas recevable, le nettoyage du four,

du frigidaire et des sols pouvant par exemple s'effectuer sur une base hebdomadaire et/ou un horaire à la carte comme le dimanche après-midi et/ou en début de soirée.

Le courrier de Me Muriel Vautier du 30 juin 2016 interprète les documents médicaux du Dr V. _____ que nous ne contestons pas. Ce qui importe dans le cas d'espèce, c'est de rendre plausible une aggravation de l'état de santé survenue depuis la dernière décision AI qui serait d'une ampleur suffisante pour rendre une aggravation durable des limitations fonctionnelles/empêchements à l'exercice de l'activité de référence ce qui n'est pas le cas. Il n'y a donc pas de raison médicale de modifier votre position. »

Par décision du 21 octobre 2016, l'OAI a entériné son refus d'augmenter la demi-rente d'invalidité versée à l'assurée. Ayant retenu que son statut était celui d'une femme au foyer à 100% et que le taux d'empêchements ménagers s'élevait à 67,60%, il a ensuite relevé que l'aggravation de son état de santé était attestée depuis 2008, soit antérieurement à la décision du 29 mars 2010. L'OAI a ainsi considéré qu'il n'existait pas de fait nouveau justifiant une aggravation depuis le 29 mars 2010 d'une part, et, d'autre part, que la décision du 29 mars 2010 n'était pas manifestement erronée au sens de la loi, ce qui excluait une reconsidération.

D. Par acte du 25 novembre 2016, A.F. _____ a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision dont elle demande, avec suite de frais et dépens, la réforme en ce sens que l'OAI lui reconnaisse le droit à une rente entière d'invalidité « et ce, depuis la date que Justice dira. » Subsidiairement, elle conclut à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle reproche en substance à l'administration de ne pas avoir augmenté la prestation servie, au motif que l'aggravation de son état de santé serait antérieure à la décision du 29 mars 2010. Or, en retenant une péjoration depuis le mois d'avril 2008, le Dr V. _____ n'a fait que situer le début de l'aggravation, ce qui ne signifie nullement que son état se serait figé par la suite et qu'il n'y aurait pas eu de péjoration ultérieure, laquelle est au demeurant attestée, selon la recourante, par de nombreuses pièces médicales au dossier. En rejetant la demande d'augmentation de rente d'invalidité, l'OAI a procédé à une mauvaise lecture des documents médicaux au dossier, ce d'autant plus que dite aggravation ressort

également du rapport d'enquête ménagère du 30 novembre 2015. La recourante a joint à son écriture un bordereau de pièces.

Dans sa réponse du 19 janvier 2017, l'OAI se réfère à l'avis du SMR du 21 octobre 2016 selon lequel il n'existe aucun élément nouveau clinique ou diagnostique objectivant une modification de l'état de santé de la recourante par rapport à l'expertise du 16 février 2006 mise à jour par l'examen orthopédique effectué au SMR le 23 novembre 2009 (rapport du 10 décembre 2009). A défaut d'aggravation de l'état de santé susceptible de modifier le degré d'invalidité retenu par la décision du 29 mars 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

En réplique du 7 mars 2017, la recourante fait valoir que l'aggravation de son état de santé concerne en premier lieu les douleurs de la prothèse du genou qui pourraient être attribuées à une désaxation du membre inférieur droit et à une instabilité provoquant ainsi des lombalgies gauches et des gonalgies droites par surcharge (cf. rapport du Dr V. _____ du 22 novembre 2016), de sorte qu'un changement de prothèse au genou gauche pourrait être indiqué pour rééquilibrer l'axe du membre inférieur gauche (cf. rapport du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, du 15 juin 2016). Par ailleurs, les lombalgies chroniques dont elle souffre se sont exacerbées depuis 2012 entraînant de nombreuses consultations, lesquelles ont révélé une inflammation très nette sur les articulaires postérieures L3-L4 et L4-L5 à droite ainsi qu'à gauche, au demeurant confirmée par l'IRM lombaire pratiquée le 14 avril 2012. La recourante cite encore d'autres rapports médicaux corroborant le caractère progressivement invalidant des lombalgies dont elle souffre. Arguant ensuite, d'une part, de l'ancienneté des documents médicaux sur lesquels se fonde l'OAI et, d'autre part, des contradictions existant entre les avis de ses médecins traitants et ceux établis par le SMR, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de clarifier l'évolution de son état de santé depuis 2010 et sa répercussion sur sa capacité à effectuer les tâches ménagères. Elle déclare confirmer ses conclusions.

Dupliquant en date du 11 avril 2017, l'OAI explique avoir soumis le dossier de la recourante au SMR lequel, dans un avis du 6 avril précédent, a indiqué que le courrier du Dr V._____ du 22 novembre 2016 ne démontrait aucune aggravation objective de l'état de santé depuis l'enquête ménagère du 23 novembre 2015. Partant, il conclut derechef au rejet du recours.

A l'appui de ses déterminations du 14 juin 2017, la recourante a transmis deux rapports médicaux, le premier, daté du 11 mai 2017, émanant de la Dresse Z._____ et le second, du 2 juin 2017, établi par le Dr C._____. Il ressort de ces documents qu'elle va devoir subir une nouvelle intervention sur son genou droit en raison d'une irritation constante du tendon rotulien. Ces rapports confirment par ailleurs que les douleurs s'aggravent au niveau des deux membres inférieurs. Elle relève en outre que le rapport du Dr V._____ du 22 novembre 2016 n'avait pas pour objectif de démontrer une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis l'enquête ménagère du 23 novembre 2015 mais de confirmer l'évolution négative de celui-ci depuis l'expertise du 16 février 2006 et l'examen orthopédique au SMR du 23 novembre 2009. Quant à l'appréciation de l'exigibilité au niveau ménager, la recourante souligne que l'aide susceptible d'être apportée par les proches ne saurait mettre en péril leur formation professionnelle et leur vie privée. Or, à aucun moment l'autorité intimée n'expose si et, le cas échéant dans quelle mesure, l'aide du fils serait effectivement exigible. Elle n'indique pas non plus si cette aide serait de nature à mettre en cause le taux retenu par l'enquêtrice et, par voie de conséquence, déboucher sur une augmentation du taux de la rente octroyée. L'OAI ne mentionnant pas de motifs propres à faire douter du caractère probant du rapport d'enquête ménagère, la recourante estime qu'il n'y a aucune raison de douter de l'objectivité de l'enquêtrice.

S'exprimant une ultime fois par pli du 5 juillet 2017, l'OAI indique que les rapports médicaux des Drs Z._____ et C._____, datés respectivement des 11 mai et 2 juin 2017, n'apportent pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables de nature à modifier sa position. En ce qui concerne la situation du fils de la recourante, étudiant en section sport

études à l'Université d'O._____ et footballeur, il souligne que sa situation n'est pas différente de celle d'une personne ayant une activité professionnelle. En outre, l'aide doit être effectuée de manière raisonnable. Au vu de la situation concrète du fils, il considère qu'un soutien de sa part est exigible, ajoutant que, selon la jurisprudence, l'aide des proches va au-delà de ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé. En conséquence, il réitère ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

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 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de manière à influencer ses droits, entre la date de la décision lui octroyant une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2005 (29 mars 2010) et la date de la décision litigieuse (21 octobre 2016). Plus précisément, il s'agit de déterminer si la recourante peut prétendre à une rente d'un degré supérieur à une demi-rente, singulièrement si son état de santé s'est aggravé depuis le mois d'avril 2008, ainsi qu'elle l'allègue.

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 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.

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.

b) 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 pour prendre position. 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_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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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. 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 les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. Comme relevé au considérant 2 ci-avant, le présent litige s'inscrit dans le contexte d'une demande de révision engagée par la recourante en date du 29 octobre 2012, au motif que son état de santé se serait aggravé.

a) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 (art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une

assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 126 V 75 consid. 1b ; 113 V 275 consid. 1a). 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 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1).

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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.2).

b) In casu, l'OAI admet l'existence d'une aggravation de l'état de santé sur la base de l'enquête ménagère de 2015, laquelle conclut à un degré d'empêchement de 67,60%, mais refuse d'en tenir compte au motif

que cette aggravation est attestée par le médecin traitant depuis avril 2008, soit antérieurement à la décision du 29 mars 2010, entrée en force. L'OAI considère ainsi qu'il n'existe pas de fait nouveau justifiant une aggravation depuis le 29 mars 2010 d'une part et, d'autre part, que la décision du 29 mars 2010 n'était pas manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

De son côté, la recourante fait valoir que la date d'avril 2008 retenue par le médecin traitant correspond au début de l'aggravation mais que celle-ci a augmenté par la suite, plus exactement postérieurement à la décision du 29 mars 2010.

c) aa) Il convient en premier lieu de relever que l'administration ne peut formellement procéder à une reconsidération d'une décision au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA lorsqu'une autorité judiciaire s'est prononcée quant au fond, comme c'est le cas en l'espèce (TF 9C_536/2014 du 9 décembre 2014 consid. 3.1 ; cf. aussi ATF 140 V 77 consid. 3.1 et les arrêts cités). Seule une procédure de révision judiciaire pourrait être envisagée, pour autant que l'une des conditions posées par l'art. 61 let. i LPGA soit réalisée. En l'occurrence, la recourante n'a pas déposé une telle demande et n'avait d'ailleurs pas de raison de le faire pour les motifs qui suivent.

bb) L'avis du SMR du 21 juillet 2016 observe que tous les éléments avancés par le Dr V._____ ont été pris en compte dans le cadre de l'expertise du Centre d'Expertise P._____ de 2006 et de l'examen clinique orthopédique du SMR de 2009, plus exactement qu'aucune aggravation médicale objective n'est démontrée par les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI.

Les auteurs de l'expertise et de l'examen clinique retiennent en l'occurrence des atteintes incapacitantes aux deux membres inférieurs. Ils considèrent en revanche que les lombosciatalgies ne sont pas invalidantes.

L'avis du SMR du 21 juillet 2016 ne résulte pas d'une analyse complète, consciencieuse et objective des différentes pièces médicales produites dans le cadre de la procédure de révision, son auteur s'étant limité à poser le postulat d'une absence d'aggravation, sans plus ample discussion des rapports médicaux.

Or, dans son rapport du 23 mai 2013, le Dr V._____ explique qu'en raison des atteintes aux deux membres inférieurs nécessitant l'utilisation de cannes, une décompensation est survenue sous la forme de cervico-scapulalgies bilatérales, d'arthralgies des coudes et des mains ainsi que de lombalgies qui ont fait l'objet d'investigations complémentaires. A lecture de son rapport du 18 mai 2015, en réponse à la question relative à l'évolution de l'état de santé de sa patiente depuis son dernier rapport, il fait mention de lombalgies mécaniques aggravant l'incapacité de travail et aboutissant encore à une diminution des capacités ménagères. Dans son courrier à l'OAI du 7 mars 2016, il situe certes l'aggravation de l'état de santé de sa patiente dans le suivi de la fracture de fatigue d'avril 2008 du genou droit mais dans son courrier du 22 novembre 2016 au conseil de la recourante, se référant à son courrier du 7 mars 2016, il indique que l'aggravation de l'état de santé a été constante depuis lors. Son dernier propos est confirmé par les pièces au dossier. En effet, dans son rapport du 5 novembre 2012, le Dr L._____, neurochirurgien, fait mention de lombalgies anciennes aggravées récemment. Il évoque également une inflammation lombaire, au même titre que le Dr V._____, laquelle a été diagnostiquée en 2012 par le Dr V._____ (cf. rapport du 17 octobre 2012) et confirmée par l'IRM du 14 avril 2012, laquelle démontre également une extension des atteintes lombaires. Cette dégradation de l'atteinte lombaire est manifestement postérieure à l'expertise du Centre d'Expertise P._____ et à l'examen orthopédique pratiqué au SMR. De plus, au vu de la première consultation auprès du Dr V._____ en mars 2012, de l'examen IRM du 14 avril 2012, de la date de consultation auprès du Dr L._____, il apparaît hautement vraisemblable que la péjoration de l'atteinte lombaire soit survenue au début de l'année 2012.

L'existence d'un motif de révision est ainsi avérée.

En revanche, les rapports médicaux ne mettent pas en évidence l'existence d'une modification notable de l'état de santé qui serait survenue entre 2013 et octobre 2016. Dans ses réponses aux questions de l'OAI du 26 avril 2015, le Dr G. _____ fait mention d'une augmentation des douleurs avec pour limitations fonctionnelles un déplacement difficile. Or, cette limitation existait déjà à l'époque de la première décision. Il ne se prononce par ailleurs pas sur la capacité de travail. Le Dr V. _____ quant à lui ne varie pas dans l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle, soit les tâches ménagères, qu'il estime à 30%. Le rapport du Dr X. _____ du 2 février 2015 relatif à un examen électrophysiologique n'apporte aucune information permettant de retenir une nouvelle aggravation. Il en va de même pour le rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur de l'Hôpital S. _____ du 11 février 2014 ainsi que des rapports des Drs C. _____ et Z. _____ des 2 juin 2017 et 11 mai 2017.

5. Reste donc à déterminer si la péjoration constatée en 2012 influe sur le degré d'invalidité. En présence d'un statut de ménagère à 100%, c'est la méthode spécifique de l'évaluation de l'invalidité qui s'applique, avec pour corollaire en l'espèce qu'il convient d'apprécier la valeur probante du rapport d'enquête ménagère du 30 novembre 2015.

a) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI et 27 RAI). 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 (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

b) 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 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 ; cf. aussi ATF 137 V 334 consid. 4.2). 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).

c) S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où

les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références).

d) En l'occurrence, les pondérations des champs d'activité tout comme les observations consignées par l'enquêtrice ne sont pas contestées par la recourante.

Au stade de la procédure judiciaire, l'OAI a considéré que l'aide des proches, fondée sur le devoir de réduire le dommage, pourrait être plus conséquente.

La comparaison des deux rapports d'enquête ménagère ne révèle pas de changement significatif dans le type de type de logement, même si la famille a passé du numéro [...] au numéro [...] du Chemin A._____ à R._____. En 2004, les trois enfants étaient encore au domicile. Ils étaient alors âgés de 17 ans, 14 ans et 12 ans. A l'époque, le

mari était au chômage et atteint dans sa santé. Le rapport faisait encore mention d'un empêchement de 1,2% pour les soins aux enfants. Depuis lors, D.F._____ a quitté le domicile familial. A la date de la seconde enquête ménagère, le mari a repris une activité professionnelle et il n'est pas allégué que son atteinte à la santé aurait perduré, respectivement influencerait sur sa capacité d'aide. Dans le rapport d'enquête ménagère du 30 novembre 2015, il est précisé que le mari se charge de la préparation des repas, des courses, des paiements et démarches administratives et que son aide est exigible pour l'entretien du potager et pour la lessive, les machines à laver étant situées à l'extérieur du bâtiment et par conséquent inaccessibles à la recourante. Une femme de ménage, présente à raison de trois heures par semaine, pourvoit au repassage ainsi qu'à l'entretien de la cuisine et du logement, à l'exception des chambres des deux enfants, que ceux-ci entretiennent personnellement. Cela étant, l'enquête ménagère tient concrètement compte de l'aide exigible du mari. Quant aux deux enfants encore au foyer, âgés de 28 et 23 ans, ils sont autonomes et n'ont pas de problèmes de santé. B.F._____, étudiante à B._____, ne rentre que le week-end. Compte tenu des tâches déjà assumées par son père et la femme de ménage, dont l'aide est également considérée comme exigible pour la lessive, on ne conçoit guère quelle aide supplémentaire pourrait être requise de B.F._____. Par ailleurs, compte tenu de son âge, elle est en droit de disposer de son temps libre. La situation d'E.F._____ autorise des remarques similaires, étant précisé que sauf à mettre en doute l'objectivité et le bien-fondé des observations de l'enquêtrice, il y a lieu de constater que les journées de l'intéressé sont effectivement très longues. Il est au demeurant notoire qu'un joueur évoluant en deuxième ligue interrégionale, à l'instar du fils de la recourante, consacre à tout le moins deux soirées par semaine aux entraînements, sans compter les matches le week-end.

e) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît d'une part que le rapport d'enquête ménagère du 30 novembre 2015 n'est pas arbitraire et d'autre part qu'il ne saurait être exigé des proches de la recourante une aide plus importante au titre d'obligation de réduire le dommage.

6. Le recours, bien fondé, doit dès lors être admis, et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assurée a droit à un trois quarts de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 67,60%. L'augmentation de la rente prend effet dès le mois où la demande de révision est présentée, en l'occurrence dès le 1^{er} octobre 2012 (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI).

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 de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires mis à la charge de l'intimé qui succombe, sont arrêtés à 400 francs.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'une mandataire professionnelle, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'A.F. _____ a droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2012.

- 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 recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Muriel Vautier, avocate (pour A.F. _____),
- 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 :