

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 novembre 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A.O. _____, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. A.O._____ (ci-après : l'assurée), née en 1978, mariée et titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeuse, travaillait depuis le 1^{er} juillet 2001 en tant que gestionnaire de prestations à temps complet pour le compte de la N._____ Assurance.

Souffrant de maux de tête depuis l'enfance, l'assurée a présenté dès novembre 2006 une douleur profonde et constante derrière les yeux ainsi que des troubles visuels. A la suite de divers examens ayant notamment mis en évidence un œdème papillaire, elle a été suivie dès février 2007 au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier C._____), où elle a notamment été prise en charge par le Dr L._____, médecin associé au sein dudit service. Eu égard à une malformation complexe de la jonction crânio-cervicale consistant en une impression basilaire, une assimilation de l'atlas, un foramen magnum étroit ainsi qu'une malformation de type Arnold Chiari, l'assurée a subi le 15 mai 2007 une craniectomie sous-occipitale et plastie de dure-mère. Le 1^{er} juillet 2007, une dérivation ventriculo-péritonéale a été réalisée dans le cadre d'une hydrocéphalie associée à des crises d'opisthotonos.

En date du 15 octobre 2007, l'assurée a été adressée par le Dr J._____, médecin interniste traitant, au Dr F._____, spécialiste en neurologie. Dans un rapport du 17 octobre suivant, ce dernier a notamment relevé qu'après sa deuxième opération, l'intéressée avait connu une amélioration transitoire de presque deux mois, toujours avec des maux de tête quotidiens, et que depuis un mois, elle présentait par moment des vertiges, une impression de tomber, une réaggravation des maux de tête et des vomissements matinaux réguliers.

Le 30 octobre 2007, l'assurée a subi une laparoscopie avec adhésiolyse et cholécystectomie.

B. Entre-temps, le 28 octobre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente. Elle a ultérieurement précisé que, bien portante, elle aurait travaillé comme gestionnaire en prestations d'assurance-maladie à 100% depuis toujours, par nécessité financière, et que son conjoint dirigeait une entreprise artisanale mais qu'elle n'y avait pas collaboré avant son atteinte à la santé (cf. formulaire 531bis non daté, indexé par l'administration le 12 décembre 2007).

Selon les indications fournies le 3 décembre 2007 par la N. _____ Assurance, l'intéressée - dont le salaire mensuel s'élevait à 4'540 fr. depuis le 1^{er} janvier 2007, soit 59'020 fr. par an - se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis le 7 décembre 2006.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le Dr F. _____ a fait part de ses observations dans un rapport du 6 décembre 2007. Il a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de céphalées persistantes aggravées par les manœuvres de Valsalva et associées à des vomissements, d'œdème papillaire bilatéral secondaire à une hypertension intracrânienne en régression en août 2007, de status post crâniectomie sous-occipitale et plastie de dure-mère le 15 mai 2007 pour malformation complexe de la jonction crânio-cervicale avec impression basilaire, assimilation de l'atlas, foramen magnum étroit et malformation de type Arnold Chiari, de status post plusieurs périodes récidivantes de céphalées associées à des nausées, des vomissements et des troubles de l'équilibre, et de status post pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour hydrocéphalie le 1^{er} juillet 2007. Il a précisé que la situation médicale de l'assurée n'était pas encore stable et qu'aussi bien l'activité exercée jusqu'alors que toute autre activité étaient pour le moment inexigibles. Quant aux capacités fonctionnelles de l'assurée, le Dr F. _____ a retenu que la position assise était envisageable deux heures par jour, la position debout une demi-heure par jour et la même position trois heures par jour, qu'il fallait éviter la position à genoux, l'inclinaison du buste et la position accroupie, que le périmètre de marche était de 500 mètres, et que l'intéressée ne pouvait

lever, porter ou déplacer des charges ni se baisser, réaliser un horaire irrégulier de travail, travailler en hauteur ou sur une échelle, et effectuer des déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

Par rapport du 14 janvier 2008, le Dr J._____ a signalé les diagnostics incapacitants de céphalées, vomissements et légère instabilité à la marche persistant après craniotomie sous-occipitale et plastie de dure-mère le 5 [recte : 15] mai 2007 pour une malformation complexe de la jonction crânio-cervicale avec impression basilaire, assimilation de l'atlas, foramen magnum étroit et malformation de type Arnold Chiari, d'œdème papillaire bilatéral secondaire à une hypertension intracrânienne en régression en août 2007, et de status après pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour hydrocéphalie le 1^{er} juillet 2007. Il a indiqué que, depuis mai 2007, l'assurée présentait une entière incapacité de travail dans l'activité d'employée de bureau à la N._____ Assurance. Il a ajouté que l'exercice de cette profession ou de toute autre activité n'était pas exigible, invoquant notamment l'importance des symptômes neurologiques (céphalées, nausées, instabilité à la marche), respectivement l'importance des céphalées, des troubles de la coordination et des difficultés de concentration liés au problème neurochirurgical. Il a précisé que la situation devrait être réévaluée dans six mois. Divers documents concernant de précédentes consultations médicales auprès de différents médecins étaient annexés à ce compte-rendu.

Par avis médical du 5 août 2008, la Dresse K._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a observé que, selon les Drs J._____ et F._____, la persistance de céphalées associées à des vomissements ainsi qu'à des troubles de l'équilibre engendrait actuellement une entière incapacité de travail. La situation médicale n'étant toutefois pas stabilisée, il convenait de réinterroger ces deux médecins dans deux mois.

Dans un rapport du 3 novembre 2008, le Dr J._____ a retenu les atteintes se répercutant sur la capacité de travail de status après

décompression sous-occipitale en mai 2007 d'une malformation complexe de la charnière crânio-cervicale associée à une malformation de Chiari avec des signes d'hypertension intracrânienne chronique, et dérivation ventriculo-péritonéale dans le cadre d'une hydrocéphalie associée à des crises d'opisthotonos en juillet 2007 avec persistance postopératoire de troubles neurologiques sous forme de céphalées chroniques, de nausées, de vomissements, de troubles importants de la concentration et d'une instabilité à la marche. Il a précisé que le traitement consistait alors surtout en de l'ergothérapie et un soutien psychologique. Il a relevé que l'assurée était totalement incapable de travailler en raison des nombreux troubles neurologiques persistant depuis les interventions chirurgicales. Il a ajouté qu'à court terme, on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, mais que ce point devrait être réévalué à plus long terme. Parmi les documents produits par le Dr J._____ figuraient divers comptes-rendus relatifs à la prise en charge de l'assurée par le Dr L._____ au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier C._____, dont il résultait notamment que les céphalées et les vomissements matinaux avaient perduré malgré l'ablation de la vésicule biliaire, qu'une ponction lombaire avait été effectuée le 10 décembre 2007 et que la pression d'ouverture avait été mesurée à 22 mmHg (cf. rapports des 11 et 18 décembre 2007). Il ressortait en outre d'un rapport d'ergothérapie du Centre médico-social de [...] (ci-après : le CMS) du 22 mai 2008 que, depuis 2007, l'assurée bénéficiait par le biais de ce centre d'un traitement d'ergothérapie ainsi qu'une aide pour le ménage, et qu'elle avait initialement été prise en charge par une infirmière en psychiatrie du CMS avant d'être suivie par un psychiatre depuis le mois de mai 2008.

Dans un rapport du 30 novembre 2008, le Dr F._____ a posé les diagnostics de céphalées persistantes aggravées par les manœuvres de Valsalva, de status post crâniectomie sous-occipitale et plastie de dure-mère le 15 mai 2007 pour malformation complexe de la jonction crânio-cervicale (impression basilaire, assimilation de l'atlas, foramen magnum étroit et malformation de type Arnold Chiari), de status post pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour hydrocéphalie le 1^{er} août [recte :

juillet] 2007, et de status post malaises récidivants avec céphalées, nausées, vomissements et pertes de connaissance. Il a estimé qu'une reprise de n'importe quelle activité professionnelle était pour le moment unimaginable, dès lors que le moindre effort déclenchait un effet de Valsalva et une nette aggravation des céphalées, celles-ci s'étant à plusieurs reprises accompagnées de nausées et de vomissements ainsi que de pertes de connaissance. Le Dr F._____ a précisé que l'assurée était enceinte et que sa grossesse contribuait certainement encore, d'une certaine manière, à une aggravation de la symptomatologie. Appelé à décrire les travaux pouvant encore être exigés de l'intéressée dans le cadre d'une activité adaptée, ce médecin a indiqué qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position debout ou dans différentes positions, ainsi que les activités nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, de soulever ou porter des poids, de monter sur une échelle ou un échafaudage, ou de monter des escaliers. Le Dr F._____ a également estimé que la capacité de concentration et la résistance de l'assurée étaient limitées, mais pas sa capacité de compréhension et d'adaptation.

Par rapport médical SMR du 22 décembre 2008, la Dresse K._____, se référant aux observations des Drs J._____ et F._____, a retenu les atteintes principales à la santé de céphalées persistantes avec malaises, nausées, vomissements et pertes de connaissance, ainsi que de status après opération d'une malformation complexe de la jonction crânio-cervicale et pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour hydrocéphalie. Elle a considéré que l'intéressée présentait une entière incapacité de travail depuis le 15 mai 2007, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : *«céphalées avec nausées, vomissements, pertes de connaissance, troubles de la marche, fatigabilité»*).

Le 6 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2008 sur la base d'un taux d'invalidité de 100%. Par décision du 3 avril 2009 faisant suite au projet précité, l'OAI a fixé le montant des rentes

à compter du 1^{er} avril 2009. Puis, aux termes d'une décision du 12 mai 2009, le montant des rentes a été déterminé pour la période du 1^{er} mai 2008 au 31 mars 2009. L'assurée n'a pas contesté ces décisions.

Entre-temps, le 27 février 2009, l'assurée a donné naissance à une fille prénommée B._____.

C. Une procédure de révision d'office du droit à la rente a été engagée en janvier 2010. Dans ce contexte, l'assurée a complété un questionnaire pour la révision de la rente le 13 février 2010, indiquant que son état de santé demeurait inchangé.

Aux termes d'un rapport non daté, indexé par l'OAI le 19 août 2010, le Dr L._____ a notamment signalé les troubles se répercutant sur la capacité de travail de malformation de Chiari et d'hydrocéphalie. Il a relevé que les céphalées persistaient, a émis un bon pronostic et a fait mention d'une entière incapacité de travail de 2007 jusqu'au 19 janvier 2009. Concernant l'activité habituelle de l'assurée, le Dr L._____ a indiqué des restrictions sous forme de vomissements matinaux et a précisé qu'il lui était difficile de se prononcer sur l'exigibilité de cette activité par manque de données objectives. S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, ce médecin a relevé qu'il y avait lieu d'éviter la position uniquement assise ou uniquement debout ainsi que le soulèvement ou le port de charges au-delà de 10 kg. Il a observé que la capacité de concentration de la recourante n'était pas limitée, contrairement à sa capacité de compréhension, sa capacité d'adaptation et sa résistance. Enfin, le Dr L._____ a formulé la remarque suivante : «*plaintes multiples, peu trouvé objectivement*».

Le 24 août 2010, le Dr L._____ a rédigé un second rapport retenant l'atteinte incapacitante de malformation de Chiari. Il a évoqué des céphalées persistantes et des vomissements, a précisé que le pronostic était mauvais en termes d'amélioration et a attesté une entière incapacité de travail. Il a relevé que l'assurée était très limitée dans ses activités et que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, étant

souligné qu'il y avait beaucoup de plaintes subjectives mais peu d'éléments objectifs. Le Dr L. _____ a par ailleurs fait mention d'un éventuel aspect psychique. S'agissant des travaux encore exigibles de l'assurée dans une activité adaptée, il a fourni des indications superposables à celles figurant dans son précédent compte-rendu du 19 août 2010.

Dans un formulaire 531bis complété le 30 août 2010, l'assurée a exposé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé comme gestionnaire en prestations à 100% depuis 2000, par nécessité financière. Elle a également confirmé qu'elle n'avait à ce jour jamais collaboré à l'entreprise artisanale de son époux.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet le 28 janvier 2011 d'une expertise médicale réalisée par le Dr T. _____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 2 février 2011, l'expert a fait mention de ce qui suit :

"A. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

4. Diagnostic :

4.1. Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Céphalées d'origine indéterminée (probablement mixtes) présentes de très longue date avec aggravation depuis novembre 2006.
- Status après craniectomie sous-occipitale décompressive et plastie de dure-mère le 15.5.2007 pour malformation complexe de la jonction crânio-cervicale avec impression basilaire, assimilation de l'atlas, foramen magnum étroit ainsi que malformation de type Arnold-Chiari.
- Status après mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale (1.7.2007).

4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail :

[...]

5. Appréciation du cas et pronostic :

[...]

[...] malgré une évolution objectivement favorable (diminution de l'œdème papillaire, bon fonctionnement apparent du système de dérivation; absence de troubles neurologiques majeurs documentables), la patiente va continuer à se plaindre d'importants maux de tête quotidiens, de nausées et de vomissements matinaux quotidiens, d'une fatigue majeure avec même somnolence, de troubles de la mémoire et de la concentration. Les pertes de connaissance vont néanmoins disparaître et la patiente n'a plus présenté de crises de tremblements depuis mars 2010. Actuellement, les céphalées restent quotidiennes mais ne durent que quelques heures, ne s'accompagnant pas de nausées ni de vomissements mais peuvent tout de même obliger la patiente à s'allonger si elles sont importantes. Les nausées et les vomissements surviennent tous les matins et pas en cours de journée. Les vertiges à type d'instabilité surviennent actuellement occasionnellement (2x/semaine) durant plusieurs heures. La patiente signale également une raideur de nuque et la persistance de troubles de la mémoire.

[...] Le traitement de physiothérapie, d'ergothérapie et de psychothérapie effectué préalablement a été interrompu.

[...]

Au terme de la présente expertise, il n'est pas exigible du présent expert qu'il formule un diagnostic autre que celui de céphalées d'origine indéterminée, vraisemblablement avec des facteurs multiples.

Sur le plan somatique, on relèvera tout d'abord que chez une patiente ayant subi une décompression cervico-occipitale et une plastie de dure-mère, il est tout à fait possible qu'existent des céphalées à point de départ cervico-occipital liées à des lésions partielles per-opératoires des rameaux nerveux, la dure-mère et la région cervico-occipitale étant fortement innervées. Deuxièmement, il n'est pas impossible non plus qu'existe encore actuellement une hypertension intracrânienne « bénigne » même s'il n'y a plus d'œdème papillaire, ceci en relation avec de possibles difficultés d'écoulement du liquide céphalorachidien ; dans ce sens, on rappellera les valeurs de pression intrarachidienne (22 mmHg) qui sont en tous les cas à la limite supérieure de la norme. Troisièmement, on se trouve en face d'une patiente ayant souffert de longue date de céphalées dont la description évoque clairement des céphalées mixtes migraineuses et tensionnelles, céphalées qui n'ont apparemment pas empêché Mme A.O. _____ de vivre et travailler normalement mais qui représentent vraisemblablement un « terrain » sur lequel est venu se greffer l'hypertension intracrânienne et possiblement les conséquences de l'intervention neurochirurgicale même si cette dernière a été effectuée sans complication objectivable. Enfin, il est vraisemblable que tout cela se soit compliqué d'un état anxieux voire dépressif contribuant à l'« entretien des maux de tête » et conduisant la patiente à un état de chronicisation et d'inactivité tel que celui observé actuellement [...].

Pour les raisons susmentionnées, il apparaît que, en l'état actuel, Mme A.O. _____ n'est vraisemblablement pas capable

somatiquement et psychologiquement de reprendre une activité professionnelle et même de s'occuper normalement de sa fille et de son ménage. La présente expertise doit donc, defacto, se prononcer sur une capacité de travail médico-théorique en tenant compte des seuls éléments neurologiques. Se prononcer sur une capacité de travail lorsque les plaintes sont essentiellement subjectives, comme le Dr L. _____ l'a souligné, est particulièrement aléatoire. Prenant en compte les seuls éléments somatiques, laissant de côté les facteurs psychologiques et de chronicisation probables de la situation, on peut estimer que la capacité de travail médico-théorique exigible de Mme A.O. _____ dans l'activité de gestionnaire en prestation ou toute autre activité similaire est de 50% (plein temps avec un rendement de 50% ou mi-temps avec un rendement de 100%). Pour les éléments précités, cette appréciation est donc purement médico-théorique et ne tient pas compte des éléments psychologiques et des facteurs de chronicisation qui devraient être tout de même appréciés par un bilan psychiatrique et si nécessaire (selon l'avis du psychiatre) un bilan neuropsychologique détaillé, cette dernière évaluation risquant néanmoins d'être totalement parasitée par la composante psychique.

S'agissant d'une éventuelle activité adaptée, il est peu probable que, dans la situation actuelle, il soit possible de procéder à une réadaptation professionnelle ou de trouver à Mme A.O. _____ une autre activité que celle exercée récemment. Néanmoins, théoriquement, une activité simple et relativement répétitive, sans engagement physique lourd et autorisant des changements relativement fréquents de position pourrait être envisagée.

D'un point de vue thérapeutique et de réadaptation professionnelle, il paraîtrait souhaitable de tenter de pousser Mme A.O. _____ à sortir de chez elle, à reprendre dans un premier temps une activité simple partielle sans notion de rendement à type de réadaptation thérapeutique, par exemple dans un atelier protégé à un taux très partiel et d'augmenter progressivement ensuite le taux d'activité même si le rendement initial est extrêmement médiocre. Le maintien à domicile de la patiente, en dehors du problème de la capacité de travail lucrative est clairement contre-productif. Néanmoins, cette solution [...] paraît rencontrer chez Mme A.O. _____ une importante opposition, la patiente étant convaincue semble-t-il d'être inapte à toute activité professionnelle. Cette proposition devrait être soumise au psychiatre qui pourrait vraisemblablement préciser les chances de succès d'une telle reprise professionnelle thérapeutique.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique, il n'y a pas de limitation importante hormis la nécessité de changer relativement fréquemment de position et une contre-indication pour les activités physiques lourdes avec port de charge régulier étant donné le status après intervention au niveau cervical et les plaintes formulées par la patiente.

Au plan psychique et mental, il semble que l'importance des céphalées et leur conséquence sur la thymie de la patiente représentent une limitation importante sur le plan psychique et mental qu'il conviendra de préciser dans la mesure du possible par un bilan psychiatrique.

Au plan social, à première vue, Mme A.O._____ paraît bien intégrée.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

Pour les éléments développés plus haut, il est particulièrement difficile de se prononcer sur la capacité de travail effective d'une assurée dans une situation de céphalées chronifiées se compliquant de plaintes essentiellement subjectives, mais avec possiblement une composante somatique sous-jacente.

Pratiquement, je pense que l'on peut retenir une capacité de travail médico-théorique sur le plan strictement somatique de 50% (plein temps avec un rendement de 50% ou mi-temps avec un rendement de 100%) pour la période actuelle. Préalablement, on retiendra une incapacité de travail complète depuis le début de l'incapacité de travail durable retenue dans le rapport médical SMR (15.05.2007) pour une période d'un an comme proposé soit jusqu'au 15.05.2008. Ultérieurement, une capacité de travail médico-théorique de 50% sur le plan strictement neurologique paraît acceptable. La composante psychologique éventuelle et les facteurs de chronicisation devront être appréciés par une coexpertise psychiatrique, visant notamment à déterminer s'il existe une composante de troubles somatoformes douloureux et de chronicisation susceptible d'entraîner une incapacité de travail mais non une invalidité au sens de la jurisprudence actuellement en cours.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

En l'état actuel de Mme A.O._____, des mesures de réadaptation professionnelle nécessitant un apprentissage, etc., ne sont pas envisageables.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Il n'y a apparemment pas de mesures médicales, de moyens auxiliaires ou d'adaptation du poste de travail susceptible[s] d'améliorer la capacité de travail effective de la patiente dans l'activité de gestionnaire en prestation.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

Théoriquement oui, à un taux de 50% (plein temps avec un rendement de 50% ou mi-temps avec un rendement de 100%) dans une activité tenant compte des limitations suivantes : pas

d'apprentissage important de nouvelles informations ; pas d'engagement physique lourd ; pas de port régulier de charge de plus de 10 kg ; possibilité de changer relativement fréquemment de position assise/debout, activité relativement simple et répétitive.

Pour les éléments développés plus haut, l'appréciation portée ci-dessus est une appréciation médico-théorique. Pratiquement, il apparaît peu vraisemblable que Mme A.O._____ puisse reprendre d'elle-même une activité quelle qu'elle soit et à quelques taux que cela soit, en tous les cas sur la base des éléments à ma disposition. Par contre, il apparaît évident que la situation dans laquelle est actuellement Mme A.O._____ est une situation ne pouvant mener qu'à une aggravation des troubles et de chronicisation en raison de laquelle il paraît nécessaire sur un plan déjà médical et thérapeutique d'obliger Mme A.O._____ (dans la mesure du possible) de reprendre une activité partielle sans notion de rendement à titre thérapeutique par exemple dans un atelier protégé, initialement à un taux partiel (par exemple 25% de taux d'occupation), sans notion de rendement.

Etant donné la nature des plaintes (essentiellement subjectives) et l'absence d'anomalie objective clairement documentable, les appréciations formulées plus haut se basent sur l'étude des dossiers à disposition et les déclarations de l'assurée. Le présent expert ne peut bien entendu formellement écarter l'existence de facteurs de majoration des symptômes de nature volontaire ou involontaire qui auraient échappé à ce dernier. Il conviendrait donc en principe de vérifier par une observation dans le cadre pratique sinon de la réalité du moins de l'importance effective des répercussions des troubles sur l'activité personnelle de Mme A.O._____.

Comme mentionné plus haut, il conviendrait également d'effectuer une coexpertise psychiatrique dans le but de déterminer plus précisément les facteurs extra-somatiques dans les plaintes et l'incapacité de travail potentielle qui pourraient en découler.

[...]"

Par avis médical du 24 février 2011, les Drs N._____ et X._____, du SMR, ont retenu une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis le 16 mai 2008, entraînant une capacité résiduelle de travail de 50% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques (nécessité de changer relativement fréquemment de position, pas d'activité physique lourde avec port de charges régulier) ainsi que psychiques et mentales (importance des céphalées). Au surplus, ces médecins ont estimé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une expertise psychiatrique, attendu que le Dr T._____ n'avait signalé aucune comorbidité psychiatrique, que le dossier médical ne contenait en outre aucun rapport psychiatrique et que

l'intéressée n'était pas sous suivi ou traitement psychotrope. De l'avis des Drs N._____ et X._____, l'expert T._____ avait évalué à 50% la capacité de travail de l'assurée compte tenu du ressenti global de l'affection de cette dernière pour une pathologie exclusivement subjective. En revanche, les médecins du SMR ont considéré qu'il était important d'aider l'intéressée le plus vite possible à reprendre une activité.

A la suite d'un entretien avec l'assurée et son époux le 31 août 2011, le Service de réadaptation de l'OAI a relevé, dans un rapport initial du même jour, que l'intéressée réfutait l'exigibilité de 50% dans toute activité et que si elle admettait toutefois disposer d'une certaine capacité de travail, elle estimait *«qu'il y a[vait] un milieu entre rien et 50%»*. Ce service a ajouté que toute proposition n'avait fait que soulever des contestations en lien avec l'angoisse ressentie par l'assurée eu égard à ses vertiges, et qu'il était clair que toute mesure mise en place se solderait par un échec. Sous un autre angle, il était observé que l'activité habituelle d'employée de bureau ou la profession apprise de vendeuse étaient adaptées, à l'instar de toute activité répétitive ne nécessitant pas de concentration particulière. Quant à l'époux de l'assurée - gérant d'une station-service ainsi que d'un commerce de voitures et d'un café en collaboration avec son frère, lequel dirigeait également d'autres établissements -, il avait refusé qu'une partie des tâches administratives liées à l'exploitation de sa station-service soit effectuée à domicile par l'intéressée. Cela étant, aucune stratégie de réinsertion professionnelle n'était proposée, dès lors que l'assurée était enceinte d'un deuxième enfant et que le terme de cette grossesse était prévu pour octobre 2011.

Le 3 octobre 2011, l'intéressée a donné naissance à un fils, prénommé D._____.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 3 janvier 2012. Dans son rapport du même jour, Q._____, enquêtrice mandatée par l'OAI, a notamment relevé ce qui suit :

"4. Situation financière

Revenus :

Salaire net de l'assuré(e) : ---

Rente 2^{ème} pilier : SFR 1'789.30.-

Pensions alimentaires : SFR ---

Rente AI : SFR 1'837.-

Complément 2 enfants : SFR 735.- x

2

Aide sociale : SFR ---

Revenus du conjoint : SFR 50'000.- à 60'000.- net par an selon les dires du mari de l'assurée

Charges :

Loyer : SFR ---

Intérêts hypothécaires : SFR 2'700.- par mois

Charges : SFR

250.-

Assurance maladie (avec ou sans subsides) : SFR 1'100.- pour la famille

Impôts : SFR variable selon son mari

Crédit, leasing, dettes : SFR ---

5. Statut

[...]

Sur le formulaire 531 bis complété le 30.08.2010, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100%, depuis 2000[.]

Motivation du statut :

L'assurée a été reconnue comme 100% active lors de l'octroi de la rente entière. Depuis, elle a donné naissance à 2 enfants qui sont nés en février 2009 et octobre 2011. Le jour de l'enquête, l'assurée répond à la question du statut en disant qu'elle aurait diminué son taux de travail si elle avait été en bonne santé pour s'occuper de sa petite fille de 2 [ans] et 8 mois et de son petit garçon de 3 mois.

Il y a 3 semaines, le couple a acheté une maison [...]. Le mari de l'assurée travaille comme indépendant, s'occupe de ses comptes avec sa fiduciaire.

Lors de l'enquête, il reste vague sur la situation financière et sur la nécessité pour sa femme de garder un emploi à plein temps.

Mme A.O._____, elle, affirme spontanément qu'elle aurait diminué son taux de travail à la naissance de son premier enfant. Elle aurait pu compter sur l'aide d'une belle-sœur pour la garde des enfants pendant son absence.

Statut proposé par l'enquêtrice :

50% ménagère et 50% active depuis février 2009

Des comptes détaillés pourraient nous démontrer si l'assurée doit continuer à travailler à 100% par nécessité financière puisque le couple a acheté une maison et que les charges hypothécaires sont importantes."

D'après les résultats de l'enquête, l'assurée se trouvait empêchée d'accomplir ses activités non professionnelles habituelles à

raison de 32,1%, étant précisé qu'une auxiliaire du CMS venait deux heures par semaine pour faire le ménage et que l'intéressée bénéficiait pour le surplus de l'aide de son mari et de sa belle-mère. Enfin, sous la rubrique «*Observation/conclusions*», l'enquêtrice Q._____ a mentionné en particulier ce qui suit :

"Le statut de 50% actif et 50% ménagère semble justifié dès la naissance du premier enfant de l'assurée. Lors de l'enquête, Mme A.O._____ dit qu'un emploi à mi-temps lui aurait permis de s'occuper de ses enfants.

Son mari n'a pas l'air convaincu par le statut de mi-actif énoncé, craint que la rente de son épouse soit diminuée. Pourtant, il ne donne pas d'informations précises sur la situation financière, ne dit pas qu'un revenu de 100% est nécessaire pour que le couple puisse s'en sortir financièrement.

La question du statut a été posée plusieurs fois lors de l'enquête.
[...]

Il a été tenu compte, dans le calcul des empêchements ménagers, de l'aide apportée par le mari et la belle-mère avant l'atteinte. Les empêchements sont donc moins importants que ceux décrits par l'intéressée [...]."

En date du 15 mars 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'une suppression de sa rente d'invalidité, motivé comme suit :

"Résultat de nos constatations :

En raison de votre état de santé, vous avez été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, votre degré d'invalidité ayant été fixé à 100 % depuis le 1^{er} mai 2008. Vous avez été à l'époque considérée comme active à 100 %.

Les investigations médicales - et notamment une expertise neurologique - entreprises à l'occasion de la révision de votre rente ont permis de vous reconnaître une capacité de travail exigible de 50 %. Nous avons donc mandaté notre service Réadaptation, qui vous a rencontrée en août 2011.

Vous avez informé notre spécialiste de votre seconde grossesse, l'accouchement étant prévu en octobre 2011, sachant que votre premier enfant est né en 2009.

Il convenait dès lors de revoir la question de votre statut : l'enquête réalisée en janvier 2012 à votre domicile rend vraisemblable la modification de votre statut, intervenant dès la naissance de votre fille. Vous avez d'ailleurs déclaré que vous auriez diminué votre taux d'activité pour vous occuper de vos enfants, ce qui est bien légitime.

Nous retenons donc que – depuis février 2009 – votre statut est mixte, à savoir 50 % active et 50 % ménagère. Les empêchements ménagers que vous rencontrez, relativement élevés, sont évalués à 32 %.

Force nous est de constater que vous ne subissez pas de préjudice pour votre part active, votre préjudice global se calculant comme suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Part active	50 %	0 %	0 %
Part ménagère	50 %	32%	16 %
Degré d'invalidité			16 %

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, le droit à la rente s'éteint.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La rente sera supprimée dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision."

Par acte du 24 avril 2012 rédigé par sa protection juridique, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a essentiellement contesté toute amélioration de son état de santé depuis 2007 et a estimé que des investigations s'imposaient sur le plan psychique, ainsi que l'avait relevé le Dr T._____ dans son rapport d'expertise du 2 février 2011. Elle a par ailleurs réfuté le statut de mi-active mi-ménagère arrêté par l'OAI, observant que, sans ses troubles de santé, elle aurait travaillé à plein temps pour des raisons financières notamment (ayant récemment acquis un bien immobilier avec son époux) et n'aurait diminué son taux d'occupation que durant la période d'allaitement de ses enfants. Elle a ajouté qu'elle avait besoin d'une aide en permanence, alors qu'avant son invalidité elle s'était occupée elle-même intégralement de son ménage, contrairement à ce qui ressortait du rapport d'enquête ménagère.

A cette écriture était joint un rapport du Dr F._____ du 13 avril 2012, diagnostiquant un état séquellaire avec céphalées, nausées, vomissements et troubles d'équilibre, un status post malformation d'Arnold Chiari traitée par décompression sous-occipitale en mai 2007, un status post pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour

hydrocéphalie en août [recte : juillet] 2007, et un status post malaises récidivants avec perte de connaissance et symptômes neurovégétatifs. Dans son rapport, le neurologue a exposé que l'assurée, qu'il n'avait plus revue depuis le 10 octobre 2008, avait été examinée le 29 mars 2012 à sa demande. Il a précisé que cette dernière souffrait toujours de maux de tête holocrâniens avec des localisations variables durant plusieurs heures par jour, qu'elle présentait des vomissements matinaux ainsi que des nausées, qu'elle était également gênée pour ses déplacements par un sentiment de vertige et d'instabilité, et que son état demeurait plus ou moins stable depuis 2007. Le Dr F. _____ a toutefois signalé une légère amélioration de la stabilité à la marche. Il a relevé que l'assurée présentait une importante fragilité, fatigabilité et intolérance au moindre effort physique, et qu'un état dépressif réactif s'était probablement installé parallèlement à la symptomatologie neurologique. A cet égard, il a préconisé un traitement par inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) ou un autre antidépresseur stimulant. Il a ajouté qu'il convenait en outre de mettre en œuvre un traitement de fond contre les maux de tête ainsi que de poursuivre la physiothérapie, et qu'il y avait lieu de rétablir la confiance de l'assurée dans la fonctionnalité de son corps. Le Dr F. _____ a estimé que *«[s]eulement après de telles mesures, une réévaluation réaliste de [l]a capacité de travail pourrait être utile.»*

Le 14 mai 2012, le Dr J. _____ a écrit à l'OAI, expliquant que l'état de santé de l'assurée ne s'était guère amélioré depuis l'octroi de sa rente d'invalidité, que sa symptomatologie ne lui permettait pas de travailler et qu'elle avait besoin de l'aide de sa famille et du CMS pour tenir son ménage et s'occuper de ses enfants. De l'avis du Dr J. _____, s'il était clair que les problèmes de santé avaient eu des répercussions sur le psychisme de l'assurée avec un probable état dépressif, on ne pouvait toutefois pas affirmer que les troubles neurologiques persistants (instabilité à la marche, vertiges, vomissements matinaux, nausées, fatigabilité) soient secondaires à l'état dépressif. Pour ce médecin, les troubles neurologiques semblaient plutôt liés à la pathologie neurochirurgicale et aux interventions subies par l'intéressée, même si l'origine de la symptomatologie restait peu claire. Cela étant, le Dr

J._____ a préconisé une nouvelle expertise visant à évaluer la capacité de travail de l'assurée.

Par avis médical du 29 mai 2012, les Drs H._____ et R._____, du SMR, ont observé en substance que les comptes-rendus respectifs des Drs F._____ et J._____ des 13 avril et 14 mai 2012 évoquaient des éléments déjà connus de l'expert T._____; quant au «*probable état dépressif*» mentionné par le Dr J._____, on ne connaissait rien de ses éléments constitutifs et de leur évolution sous traitement adéquat. Concernant les objections de l'assurée du 24 avril 2012, les médecins du SMR ont retenu que cette dernière se prévalait d'une absence d'amélioration de son état de santé sans apporter un quelconque élément médical objectif nouveau. Pour ces motifs, les Drs H._____ et R._____ ont considéré que les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées.

Invitée le 30 avril 2012 par l'OAI à produire tout document susceptible d'étayer sa contestation sous l'angle médical et économique, l'assurée a transmis par envoi du 1^{er} juin 2012 - outre une copie du constat du Dr J._____ du 14 mai 2012 - les décisions de taxation et calcul de l'impôt dont elle-même et son époux avaient fait l'objet pour les années 2006 à 2010. De ces documents, il ressortait notamment que le revenu tiré de l'activité indépendante de l'époux s'était élevé à 77'723 fr. en 2006, 69'224 fr. en 2007, 52'179 fr. en 2008, 32'071 en 2009 et 75'432 fr. en 2010. Il apparaissait de surcroît que, pour ces périodes, tant les éléments de fortune à l'actif du couple que les dettes et intérêts à leur passif atteignaient plusieurs centaines de milliers de francs.

Par décision du 26 juillet 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 mars précédent.

Aux termes d'une lettre explicative du même jour se référant notamment aux motifs développés dans l'avis SMR du 29 mai 2012, l'office a relevé que l'expertise du Dr T._____ avait pleine valeur probante et que les écrits des Drs F._____ et J._____, respectivement des 13 avril

et 14 mai 2012, n'étaient pas de nature à modifier sa position sur le sujet. S'agissant du statut retenu, l'OAI a observé que l'intéressée avait effectivement indiqué, le 30 août 2010, qu'elle aurait travaillé à 100% en bonne santé depuis l'année 2000 par nécessité financière. On ne pouvait toutefois faire abstraction de la naissance de ses deux enfants en 2009 et 2011. Lors de l'enquête ménagère du 3 janvier 2012, l'assurée avait du reste déclaré que, bien portante, elle aurait diminué son taux d'activité pour s'occuper de ses enfants. Dans ces conditions, il y avait lieu de retenir un statut de 50% active et 50% ménagère.

D. A.O._____, désormais représentée par Me David Métille, a recouru le 12 septembre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, principalement à son annulation et à la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2012, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique, et éventuellement au renvoi du dossier à l'intimé pour mise sur pied d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique. En substance, la recourante considère que c'est à tort que le SMR a écarté l'avis du Dr T._____ quant à la nécessité d'une expertise psychiatrique et d'un bilan neuropsychologique, investigations qui devraient selon elle être confiées respectivement au Service de psychiatrie du Centre hospitalier C._____ et à la Division de neuropsychologie du Centre hospitalier C._____. L'intéressée critique par ailleurs le statut de 50% active et 50% ménagère retenu par l'intimé, considérant qu'il n'a pas été tenu compte de sa «*volonté réelle*» de travailler à 100% en bonne santé. Elle allègue pour le surplus que ses empêchements ménagers s'élèvent non pas à 32% mais à 77,68%, que l'enquêtrice de l'OAI a violé la jurisprudence fédérale (TFA U 131/02 du 6 novembre 2002) en s'abstenant de lui transmettre son rapport d'enquête ménagère pour approbation, et que l'office a de surcroît procédé à un calcul erroné du taux d'invalidité en omettant d'imputer sur la part active de 50% le taux d'activité de 50%.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 31 octobre 2012. Il renvoie pour l'essentiel aux

explications apportées dans sa lettre du 26 juillet 2012 et souligne que le rapport d'enquête ménagère du 3 janvier 2012 remplit les exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante.

Un second échange d'écritures a été ordonné, dans le cadre duquel les parties n'ont pas soulevé de nouveaux arguments.

Par envoi du 24 septembre 2013, la recourante a produit un rapport du Dr L._____ du 4 mars 2013, faisant état de céphalées persistantes, de vomissements quotidiens persistants et de vertiges persistants. Ce médecin observe en outre que l'assurée - selon ses dires - ne parvient pas à s'occuper de ses enfants ni de son ménage, et que ses troubles perdurent sans soulagement malgré un bilan neurologique, radiologique et gastro-entérologique, y compris une chirurgie abdominale. Le Dr L._____ relève également qu'il lui *«paraît difficile pour elle de travailler, malgré l'absence de trouvailles objectives sur le bilan neurologique et gastro-entérologique»*.

Invité à faire part de ses déterminations, l'OAI a transmis au SMR le compte-rendu précité ainsi qu'un rapport établi le 19 mars 2013 par le Dr F._____, signalant notamment une réaggravation d'un syndrome vertigineux en orthostase avec instabilité mal systématisée, accompagnée de céphalées. En particulier, ce médecin relève que l'état de l'assurée est plus ou moins stationnaire depuis 2007, qu'elle demeure instable au niveau de ses capacités physiques, que le moindre effort déclenche d'importants maux de tête avec des vertiges et des vomissements, et qu'actuellement, pour la énième fois, l'intéressée se trouve dans une période où elle doit rester alitée presque la plupart de la journée car dès qu'elle se met en position assise ou en orthostase, un important syndrome vertigineux et des céphalées s'installent. Le Dr F._____ ajoute que *«[t]out cela s'inscrit au fil d'une chronicisation dans un cadre anxio-dépressif réactif vu les antécédents»*. Il précise par ailleurs qu'un traitement antidépresseur a été introduit mais a dû être interrompu. Enfin, il estime que dans son état actuel, l'assurée est complètement

incapable de travailler et nécessite une assistance par sa famille et le CMS.

Prenant position le 23 octobre 2013, l'OAI déclare se rallier à un avis médical SMR du 11 octobre 2013. Il résulte de cet avis, rédigé par le Dr H._____, que l'évaluation de la capacité de travail figurant dans le rapport du Dr L._____ du 4 mars 2013 ne peut être préférée à celle du Dr T._____ à défaut de se fonder sur des éléments objectifs, et que le compte-rendu du Dr F._____ du 19 mars 2013 ne contient aucun fait nouveau méconnu de l'expert neurologue mais constitue une interprétation différente d'une même situation. Le Dr H._____ considère toutefois, après relecture du dossier, que l'expertise psychiatrique proposée par le Dr T._____ aurait dû être mise en œuvre, au besoin assortie d'un examen neuropsychologique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse, en l'occurrence, la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré

a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231; 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146).

aa) 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.

bb) 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 (cf. 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'impuissance de l'assurance-invalidité (CIIAI) - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (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 (cf. 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 (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.2; cf. TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

cc) 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 (cf. 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 (cf. ATF 125 V 146 ; 130 V 393, consid. 3.3).

dd) 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 (cf. 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 (cf. 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine, et la référence citée).

d) 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.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à

une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 (cf. 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). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b; cf. 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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

4. Au cas d'espèce, il incombe à la Cour de céans d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis les décisions des 3 avril et 12 mai 2009, justifiant la suppression de la rente entière décidée par l'office intimé le 26 juillet 2012.

5. Il convient dans un premier temps de considérer la situation sous l'angle médical.

a) A cet égard, on rappellera que l'assurée s'est initialement vu octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2008 sur la base d'un rapport SMR de la Dresse K._____ du 22 décembre 2008, se référant à des avis médicaux préalablement recueillis auprès des Drs J._____ et F._____. A cette époque, il a ainsi été retenu que l'intéressée souffrait de céphalées persistantes avec malaises, nausées, vomissements et pertes de connaissances, d'un status après opération d'une malformation complexe de la jonction crânio-cervicale, et d'un status après pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour hydrocéphalie, et qu'elle présentait de ce fait une entière incapacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : céphalées avec nausées, vomissements, pertes de connaissance, troubles de la marche, fatigabilité).

b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en janvier 2010, l'OAI a mis en œuvre une expertise neurologique réalisée par le Dr T._____, lequel a rédigé son rapport y relatif en date du 2 février 2011. A titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, l'expert a retenu des céphalées d'origine indéterminée (probablement mixtes), un status après crâniectomie sous-occipitale décompressive et plastie de dure-mère le 15 mai 2007 pour malformation complexe de la jonction crânio-cervicale avec impression basilaire, assimilation de l'atlas, foramen magnum étroit et malformation de type Arnold Chiari, et un status après mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale le 1^{er} juillet 2007. En particulier, le Dr T._____ a relevé que les pertes de connaissance avaient disparu, qu'il n'y avait plus eu de crises de tremblements depuis mars 2010, que les céphalées restaient quotidiennes, que les nausées et vomissements survenaient tous les matins, et que les vertiges à type d'instabilité étaient occasionnels (2 fois par semaine). Il a ajouté que la situation de l'assurée était vraisemblablement compliquée d'un état anxieux voire dépressif contribuant à l'entretien des maux de tête et conduisant à un état de chronicisation et d'inactivité. Prenant en compte les seuls éléments somatiques, l'expert a retenu une capacité de travail médico-exigible de 50% (plein temps avec rendement de 50% ou mi-

temps avec rendement de 100%) dans l'activité de gestionnaire en prestation ou dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles de la recourante, à savoir une activité relativement simple et répétitive, ne nécessitant pas d'apprentissage important de nouvelles informations ni d'engagement physique lourd ou de port régulier de charges de plus de 10 kg, et permettant l'alternance des positions assise/debout. Il a toutefois souligné que les éléments psychologiques ainsi que les facteurs de chronicisation méritaient de faire l'objet d'une expertise psychiatrique et, le cas échéant, d'un bilan neuropsychologique.

aa) Bien que l'aspect somatique – et plus particulièrement neurologique – ne soit, à proprement parler, pas contesté dans le cadre de la présente procédure de recours, il convient de relever que, sous cet angle, les avis émis par les médecins traitants de l'assurée n'entament en rien le bien-fondé des conclusions du Dr T._____.

Ainsi, en ce qui concerne le Dr L._____, il a signalé la persistance de céphalées, de vomissements ainsi que de vertiges (cf. rapports des 19 août 2010, 14 août 2010 et 4 mars 2013). Il a par ailleurs souligné les difficultés auxquelles il était confronté pour évaluer l'exigibilité d'une activité professionnelle, dès lors qu'il ne décelait que peu d'éléments objectifs nonobstant les plaintes multiples de la recourante (cf. rapports des 19 et 24 août 2010), mais a finalement retenu que l'exercice d'une activité professionnelle lui paraissait compromis, *«malgré l'absence de trouvailles objectives sur le bilan neurologique et gastro-entérologique»* (cf. rapport du 4 mars 2013). Cela étant, force est de constater que ce médecin n'a mis en lumière aucun élément important ignoré par l'expert T._____. En ce qui concerne plus particulièrement la capacité résiduelle de travail de la recourante, le Dr L._____ s'est prononcé de manière évasive, sans réelle motivation et en soulignant que les plaintes de la recourante n'avaient que peu de substrat objectif. Dans ces conditions, son appréciation ne peut l'emporter sur celle du Dr T._____, lequel, s'il a également admis qu'il était particulièrement aléatoire de se prononcer sur une capacité de travail lorsque les plaintes étaient essentiellement subjectives (cf. rapport d'expertise du 2 février 2011 p. 18), n'en a pas

moins retenu de manière dûment motivée que les seuls éléments somatiques justifiaient une incapacité de travail de 50%.

Quant au Dr J._____, il a affirmé de manière péremptoire, par constat du 14 mai 2012, que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis l'octroi initial de sa rente d'invalidité et que sa symptomatologie – dont l'origine restait peu claire – ne lui permettait pas de travailler. Ce faisant, ce médecin a fait part de sa propre appréciation de la situation, fondée non pas sur une motivation concrète et scientifique mais sur les plaintes – par définition subjectives – de l'assurée. En outre, si le Dr J._____ a préconisé une nouvelle expertise, il n'a pas expliqué en quoi il contestait celle de l'expert mandaté par l'OAI. Dans ces conditions, son opinion ne saurait mettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr T._____.

Enfin, le Dr F._____ a exposé que la recourante présentait toujours des céphalées, nausées, vomissements et troubles de l'équilibre plus ou moins stationnaires depuis 2007, et que des mesures thérapeutiques s'imposaient avant toute évaluation utile de la capacité de travail, respectivement que l'intéressée était dans son état actuel totalement incapable de travailler (cf. rapports des 13 avril 2012 et 19 mars 2013). Ces indications, qui reflètent l'opinion du neurologue traitant, ne reposent toutefois sur aucun élément médical objectif dont le Dr T._____ aurait omis de tenir compte. En définitive, le Dr F._____ n'a donc fourni aucune explication convaincante laissant à penser que la capacité résiduelle de travail de l'assurée aurait été surévaluée par l'expert T._____.

Sur le vu de ce qui précède, on ne peut que se rallier à l'appréciation de l'expert T._____ – qui satisfait par ailleurs aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer valeur probante (cf. consid. 3b supra) – reconnaissant à l'assurée, sur le plan neurologique, une capacité résiduelle de travail de 50% tant dans son ancienne activité de gestionnaire en prestations que dans une activité adaptée.

bb) Sur le plan psychique, il faut rappeler que dans le cadre de son expertise neurologique, le Dr T._____ a évoqué un état anxieux voire dépressif et a insisté sur la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique et, au besoin, à un bilan neuropsychologique afin de tenir compte de la composante psychologique et d'éventuels facteurs de chronicisation. Des éléments relevant de la sphère psychique ont également été observés par les médecins somaticiens consultés par la recourante. En particulier, le Dr L._____ a fait mention d'un éventuel aspect psychique dans son rapport du 24 août 2010. Quant au Dr J._____, il a signalé un probable état dépressif aux termes de son constat du 14 mai 2012. S'agissant enfin du Dr F._____, ses comptes-rendus des 13 avril 2012 et 19 mars 2013 mentionnent un probable état dépressif réactif, en lien avec une problématique de chronification, ainsi que l'échec d'une tentative de traitement antidépresseur (cf. rapports des 13 avril 2012 et 19 mars 2013). Sur le plan thérapeutique, il ressort encore du dossier qu'après avoir été suivie par une infirmière en psychiatrie du CMS vraisemblablement dès 2007, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge auprès d'un spécialiste en psychiatre dès le mois de mai 2008, traitement ultérieurement interrompu.

Les éléments qui précèdent incitent à s'interroger sur l'existence d'une éventuelle atteinte psychiatrique susceptible, le cas échéant, d'influencer la capacité de travail de la recourante. Toutefois, aucune investigation n'ayant été entreprise par l'administration sous l'angle psychique, ces interrogations demeurent entières en l'état du dossier et constituent autant d'indices justifiant la mise œuvre des mesures d'instruction supplémentaires préconisées par l'expert T._____, conformément à l'opinion défendue par l'assurée dans ses objections du 24 avril 2012 puis dans le cadre de la présente procédure de recours. Or, si dans un premier temps les médecins du SMR - et, corollairement, l'OAI - ont nié l'utilité d'un tel complément d'instruction (cf. avis médical SMR des Drs N._____ et X._____ du 24 février 2011), il demeure qu'aux termes d'un avis du 11 octobre 2013 auquel l'office s'est rallié le 23 octobre suivant, le Dr H._____ du SMR a convenu qu'il y avait lieu de procéder à une expertise psychiatrique et, au besoin, à un examen

neuropsychologique conformément à l'avis du Dr T._____. Autrement dit, il s'avère qu'en définitive, la recourante comme l'intimé s'accordent sur la nécessité de mettre en œuvre des mesures d'investigations supplémentaires portant sur l'aspect psychique. Ce point ne faisant au final plus l'objet d'aucune controverse, le Tribunal peut donc s'abstenir de plus amples développements sur le sujet.

c) Il convient par conséquent de retenir que le dossier de la cause est manifestement lacunaire en ce qui concerne la santé psychique de la recourante, ce dont l'OAI ne disconvient pas. Par voie de conséquence, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher en toute connaissance de cause la question de savoir si, depuis les décisions d'octroi de rente des 3 avril et 12 mai 2009, l'état de santé de l'assurée a connu une évolution significative sous l'angle du droit aux prestations.

6. C'est à présent le lieu d'examiner la question du statut de la recourante.

a) Les décisions initiales d'octroi de rente des 3 avril et 12 mai 2009 reposaient sur un statut de 100% active, conformément aux indications de l'assurée selon lesquelles, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% comme gestionnaire en prestations depuis toujours, pour des raisons financières (cf. formulaire 531bis indexé par l'OAI le 12 décembre 2007).

b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en janvier 2010, l'intéressée a indiqué, aux termes d'un formulaire 531bis complété le 30 août 2010, qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% en tant que gestionnaire de prestations depuis 2000, pour des motifs financiers. Toutefois, se fondant sur les conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 janvier 2012, l'office intimé a considéré, aux termes de la décision entreprise, que la recourante devait être considérée comme active à 50% et ménagère à 50% dès février 2009 – position que cette dernière a contesté. Force est de constater que les déclarations de l'assurée résultant du formulaire 531bis du 30 août 2010

s'opposent manifestement aux conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 janvier 2012. A cet égard, la jurisprudence prévoit qu'en présence de deux (ou plusieurs) versions différentes, la préférence doit généralement être donnée à celle que l'assuré a fournie en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions antérieures (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et réf. cit.; cf. TF 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2 et TFA I 36/05 du 19 avril 2006 consid. 3.6). Néanmoins, il ne s'agit pas là d'une règle immuable, faute de quoi elle entrerait en conflit avec le principe de la libre appréciation des preuves. De telles déclarations sont des hypothèses abstraites dont la teneur dépend notamment du taux de compréhension que peut en avoir l'assuré concerné et de la situation personnelle ou financière de celui-ci qui ne peut être considérée comme figée à l'époque de leur première émission (cf. TF 9C_139/2010 du 29 octobre 2010 consid. 3.2). Reste à déterminer si, en l'espèce, l'OAI était fondé à écarter les premières déclarations de l'assurée figurant dans le formulaire 531bis du 30 août 2010 pour se fonder sur les conclusions du rapport d'enquête du 3 janvier 2012.

aa) S'il est vrai que de manière générale, une naissance au sein d'un couple jusqu'alors sans enfant peut contribuer à ce que la mère diminue son taux d'activité pour se consacrer à sa famille, on ne saurait toutefois considérer qu'il s'agisse là d'un principe absolu, et encore moins que la baisse du taux d'activité doive nécessairement atteindre jusqu'à 50%. Dans le cas particulier, il ressort des informations apportées sous la rubrique «*Statut*» du rapport d'enquête du 3 janvier 2012 (p. 3 ch. 5) qu'interpellée sur ce sujet, l'assurée a répondu qu'en bonne santé, elle aurait baissé son taux d'activité - sans préciser dans quelle proportion - suite à la naissance de ses enfants et que c'est en définitive l'enquêtrice de l'OAI qui a fixé un statut de 50% active et 50% ménagère. Ensuite, sous la rubrique «*Observation/Conclusions*» (p. 6 ch. 9), l'enquêtrice a observé que la clé de répartition de 50% active et 50% ménagère semblait justifiée dès la naissance du premier enfant de l'assurée et que cette dernière avait déclaré qu'un emploi à mi-temps lui aurait permis de s'occuper de ses

enfants. En revanche, le rapport d'enquête n'indique à aucun moment que la recourante aurait expressément déclaré qu'en bonne santé, elle aurait diminué son taux d'activité à 50% dès la naissance de son premier enfant, l'importance de la baisse du taux d'occupation (p. 3 ch. 5) puis le moment auquel cette modification serait intervenue (p. 6 ch. 9) ayant tour à tour été arrêtés sur la seule base de interprétation de l'enquêtrice. Il suit de là que les indications figurant dans le rapport d'enquête du 3 janvier 2012 sont rédigées de manière ambiguë en ce qui concerne le statut de la recourante et que l'on peut s'interroger sur le point de savoir si ces indications reflètent la volonté hypothétique de cette dernière (cf. consid. 3c/dd supra).

bb) A cela s'ajoute que l'enquêtrice – et, corollairement, l'OAI – s'est essentiellement fondée sur les circonstances familiales de la recourante, singulièrement sur la naissance des deux enfants de cette dernière, sans réellement s'arrêter sur les autres éléments susceptibles d'être pris en considération conformément à la jurisprudence applicable en la matière (cf. consid. 3c/dd supra).

En particulier, l'enquêtrice a certes mentionné les solutions de garde dont disposait la recourante auprès d'une belle-sœur, mais elle n'a toutefois pas cherché à en connaître les conditions et les proportions (cf. rapport d'enquête p. 3 ch. 5). Or, de telles indications auraient pu contribuer à déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans quelle mesure l'assurée aurait travaillé en bonne santé après la naissance de ses enfants. Partant, en ce qui concerne les circonstances personnelles de la recourante, les données recueillies s'avèrent fragmentaires. Par ailleurs, l'enquêtrice avait admis que le mari de la recourante n'avait pas l'air convaincu par le statut mi-actif.

Il apparaît en outre que la situation financière de l'assurée n'a été examinée que très superficiellement, nonobstant les dépenses supplémentaires évidentes susceptibles d'être occasionnées par la naissance successive de deux enfants. A ce propos, on ne peut que constater le caractère particulièrement sommaire des données

économiques collectées par l'enquêtrice de l'OAI (cf. rapport d'enquête p. 2 ch. 4). Quand bien même l'époux de l'assurée est resté vague sur la situation financière du couple au cours de l'enquête (cf. ibid. p. 3 ch. 5), on pouvait malgré tout attendre de l'intimé qu'il mette en œuvre les mesures d'instruction nécessaires à l'éclaircissement de cette question, conformément à son devoir d'instruction d'office (cf. art. 43 al. 1 LPGA), au besoin après avoir rendu la recourante attentive à son devoir de collaborer (cf. ATF 125 V 195 consid. 2). Si l'office a certes donné à l'intéressée la possibilité de compléter le dossier sous l'angle économique (cf. courrier du 30 avril 2012), il demeure que les décisions de taxation fiscale pour les années 2006 à 2010 produites le 1^{er} juin 2012 – mettant notamment en évidence les revenus annuels tirés de l'activité indépendante du conjoint (de 32'071 fr. [en 2009] à 77'723 fr. [en 2006]) ainsi que des éléments d'actifs et de passifs atteignant respectivement plusieurs centaines de milliers de francs – n'ont fait l'objet d'aucune détermination de la part de l'intimé. Plus particulièrement, il appert que l'intéressée et son mari ont acheté une maison trois semaines avant l'enquête du 3 janvier 2012, les intérêts hypothécaires atteignant 2'700 fr. par mois (cf. rapport d'enquête p. 2 ch. 4 et p. 3 ch. 5). Or, de l'aveu de l'enquêtrice, des comptes détaillés auraient pu permettre de se prononcer sur la nécessité économique pour l'assurée d'exercer une activité à 100% eu égard à l'achat de cette maison et à l'importance des charges hypothécaires y relatives (cf. ibid. p. 3 ch. 5). Néanmoins, aucune mesure d'instruction n'a été entreprise sur cet aspect spécifique, de sorte que rien au dossier ne permet de saisir concrètement l'impact financier de l'acquisition immobilière réalisée à la fin de l'année 2011, bien que la recourante avait notamment objecté que pour des raisons financières elle n'aurait réduit son taux d'activité que durant la période d'allaitement de ses enfants (cf. objections du 24 avril 2012 p. 2). Dans ces circonstances, faute d'instruction suffisante sur les points qui précèdent, il n'est par conséquent pas possible de trancher la question de savoir si et dans quelle mesure, en bonne santé, l'assurée aurait été poussée, pour des raisons financières, à adapter son taux d'activité depuis la date de l'octroi initial de sa rente d'invalidité.

cc) Il découle de ce qui précède qu'en l'état, le statut de 50% active et 50% ménagère proposé par l'enquêtrice de l'OAI - et confirmé par cet office - n'emporte pas la conviction. Pour les mêmes motifs, on ne peut cependant pas non plus s'en tenir au statut de 100% active découlant du formulaire 531bis du 30 août 2010. Il apparaît dès lors qu'en ce qui concerne la détermination du statut de la recourante, des incertitudes subsistent et méritent d'être levées dans le cadre d'une instruction complémentaire.

7. Partant, la Cour de céans ne disposant pas d'informations médicales suffisantes sous l'angle psychique et n'étant pas en mesure de trancher la question du statut de la recourante, il ne saurait être question de procéder ici à l'examen du degré d'invalidité de l'intéressée.

Ce nonobstant, en ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des éventuels empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, il convient de relever que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère est subordonnée - notamment - au fait que ce dernier ait été établi en pleine connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. consid. 3c/bb supra), étant précisé que l'enquête ménagère permet non seulement d'estimer les empêchements dus à des troubles physiques mais également à des troubles psychiques (cf. TF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2 et la jurisprudence citée). Dès lors qu'en l'espèce des mesures d'investigations s'imposent sur les plans psychiatrique et neuropsychologique (cf. consid. 5b supra), il s'ensuit qu'aucune valeur probante ne peut de toute manière être accordée au rapport d'enquête domiciliaire du 3 janvier 2012 en tant qu'il procède à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical lacunaire.

Pour le surplus, les autres griefs invoqués par l'assurée n'ont pas à être examinés dans la mesure où il s'impose préalablement de compléter l'état de fait. Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire de recours du

12 septembre 2012 p. 18 et 22), il importe peu que le rapport d'enquête ménagère du 3 janvier 2012 ne lui ait pas été soumis pour approbation. En effet, l'assurée se prévaut à cet égard d'un arrêt de l'ancien Tribunal fédéral des assurances concernant non pas les rapports d'enquête domiciliaire, mais le contenu de notes d'entretien téléphonique et la capacité probatoire de tels procès-verbaux (cf. TFA U 131/02 du 6 novembre 2002, in RAMA 2003 U 473 p. 47 ss). Cette jurisprudence ne saurait être étendue aux rapports d'enquête économique sur le ménage, dont la valeur probante est soumise à des règles spécifiques (cf. consid. 3c/bb supra). En tout état de cause, dès lors que le dossier de la cause – comprenant le rapport d'enquête susdit – a ultérieurement été communiqué aux mandataires successifs de la recourante, lesquels ont ainsi eu l'occasion de se déterminer sur le sujet, on peine à voir en quoi l'attitude de l'OAI prêterait le flanc à la critique, même sous l'angle du droit d'être entendu.

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une

expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, l'instruction diligentée par l'OAI s'avère insuffisante tant en ce qui concerne l'aspect psychique (cf. consid. 5 supra) que pour ce qui touche à la détermination du statut de la recourante (cf. consid. 6 supra), avec pour conséquence que l'on ne peut en l'état procéder à l'évaluation de l'invalidité de celle-ci. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA) – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et d'un examen neuropsychologique (cf. art. 44 LPGA), et qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le statut de la recourante ainsi que, le cas échéant, ses empêchements dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

9. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. 55 al. 1 LPA-VD). A cet

égard, l'avocat de l'assurée se réfère à la production future d'une note d'honoraires et prétend à une pleine indemnisation, se prévalant d'un arrêt rendu le 22 juin 2012 par le Tribunal fédéral en matière d'assistance judiciaire (TF 9C_735/2011) et excipant des principes applicables à l'indemnisation des parties en procédure civile (cf. mémoire de recours du 12 septembre 2012 p. 24). La Cour de céans ne saurait toutefois souscrire à une telle argumentation. D'une part, en matière d'assurances sociales, les dépens sont fixés par le juge eu égard à l'importance et à la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA), et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. D'autre part, quels que soient les principes prévalant en matière d'assistance judiciaire ou de procédure civile, il n'en demeure par moins que selon les règles spécifiques applicables au présent litige, les frais d'avocat englobés dans les dépens comprennent uniquement une participation aux honoraires et les débours indispensables (cf. art. 7 al. 1, 2 et 3 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]; cf. également dans ce sens TF 9C_801/2012 du 28 octobre 2013 consid. 5). Il suit de là que c'est à tort que la recourante, par son conseil, prétend à une pleine indemnisation à titre de dépens, ceux-ci devant en l'occurrence être arrêtés à 3'000 fr. compte tenu des circonstances du cas particulier et de la complexité du litige.

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

- I. Le recours déposé le 12 septembre 2012 par A.O. _____ est admis.

- II. La décision rendue le 26 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 un montant de 3000 fr. (trois mille 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 David Métille (pour A.O. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :