

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 177 vom 10. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__177

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 177 du 10 avril 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 177 del 10 aprile 2017

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{DÉCISION}, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, FORCE PROBANTE, DÉCISION DE RENVOI, ENQUÊTE{EN GÉNÉRAL}, TENUE DU MÉNAGE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RAPPORT MÉDICAL | 28 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.04.2017 Arrêt / 2017 / 177

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{DÉCISION}, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, FORCE PROBANTE, DÉCISION DE RENVOI, ENQUÊTE{EN GÉNÉRAL}, TENUE DU MÉNAGE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RAPPORT MÉDICAL | 28 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 174/16 - 116/2017 ZD16.030129 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 10 avril 2017 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente MM. Neu et Piguët, juges Greffière : Mme Parel ***** Cause pendante entre : T. _____ , à L. _____, recourante, représentée par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 17 LPGA et 28 LAI E n f a i t : A. T. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, mariée et mère de deux enfants nés en 1989 et 1999, a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité le 28 août 2001. Au bénéfice d'une formation de secrétaire, elle a travaillé en qualité de caissière et d'assistante de vente avant de cesser toute activité professionnelle en 1988, tant en raison de son état de santé que parce qu'elle était alors enceinte de son premier enfant. Elle présentait notamment un trouble schizo-affectif mixte. Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a diligenté une enquête économique sur le ménage et a recueilli les appréciations médicales des médecins traitants de l'assurée. Dans son rapport du 28 novembre 2001, l'enquêtrice a rapporté les déclarations de l'assurée selon lesquelles notamment, son état était fluctuant. Sa plainte essentielle concernait un état d'épuisement qui l'empêchait de faire face normalement aux activités de son ménage. Elle était alors aidée par son époux, sa fille et une voisine. L'enquêtrice relevait que, lors de la précédente enquête, l'assurée avait indiqué qu'elle ne retravaillerait pas tant que sa fille n'aurait pas atteint l'âge de dix ans. Ayant accouché de son second enfant en 1999, l'assurée lui a expliqué qu'elle resterait à la maison jusqu'à ce que son fils ait douze ans, en accord avec son époux. L'enquêtrice a proposé de retenir le statut de ménagère à 100 %, en retenant un taux d'invalidité à ce titre de 41,6 %.

Dans un rapport du 25 février 2002, le Dr B. _____, spécialiste en médecine générale, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée un trouble schizo-affectif de type mixte, un état psychotique avec décompensations maniaques, une insertionite chronique du jambier gauche sur pieds plats et surcharge pondérale ainsi qu'une obésité. Il précisait suivre la patiente depuis 1990, relevait que son état psychique était stationnaire et que le pronostic allait dans le sens d'une stabilisation sous traitement. Par courrier du 25 juillet 2002, les Drs W. _____ et E. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du Centre psycho-social (ci-après : CPS) d'A. _____, ont renseigné l'OAI comme il suit : "Suite à notre entretien téléphonique, après avoir contacté les différents médecins qui ont suivi Mme T. _____ et après avoir eu un entretien avec Mme T. _____ et son mari (sur la base du rapport de mars 2000), nous sommes en mesure de répondre au questionnaire du 18/02/02 comme suit: Mme T. _____ est une patiente de 39 ans qui souffre d'un trouble schizo-affectif de type mixte. La patiente est suivie par le CPS d'A. _____ depuis 1984. Dans le cadre de sa maladie, elle a présenté plusieurs décompensations ayant nécessité des hospitalisations en milieu psychiatrique. Pendant les périodes de stabilité, Mme T. _____ arrive à mieux gérer son ménage (avec beaucoup de difficultés parfois même dans les tâches minimales). Son évolution est marquée par des périodes de crise allant jusqu'à plusieurs fois par année. Le mari de la patiente a toujours essayé de l'aider pendant les périodes de crise. Concernant les questions précises de planification, organisation, répartition du travail et le contrôle, cela devient difficile avec le temps dans le sens où les périodes de crise sont de plus en plus longues. En réalité, c'est son mari qui gère au niveau de la planification et organisation et l'aide également au niveau de la répartition des repas et l'entretien du logement. C'est également le mari qui fait les courses et participe activement à l'entretien des enfants. Cette situation entraîne parfois un épuisement du couple (le mari occupe un emploi) amenant des conflits, sur lesquels se greffent également des problèmes financiers. L'évolution est fluctuante depuis le rapport du 3.03.2000. La patiente présente plusieurs décompensations florides chaque année. Durant l'année écoulée, il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique, mais les périodes intercritiques sont marquées par d'importantes limitations fonctionnelles notamment aboulie, anhédonie, apragmatisme. Pendant ces périodes, elle arrive péniblement à assumer les tâches ménagères minimales mais d'une manière ponctuelle. Au vu de ce qui précède, il nous semble assez difficile d'évaluer le "taux" d'incapacité dans son ménage. Toutefois, nous l'estimons à environ 80 %. Par ailleurs, nous vous informons que Mme T. _____ est suivie régulièrement par notre centre." Il ressort de l'avis juriste du 15 août 2002 l'existence d'une concertation avec un membre de la permanence et un médecin du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR). Leurs avis convergeaient pour admettre une incapacité de travail de 80 % dans le ménage. Ils relevaient que l'assurée présentait une pathologie grave et fluctuante où la malade oscillait entre des périodes de décompensation et des périodes plus stables lors desquelles sa capacité à tenir son ménage était plus élevée mais où subsistaient des symptômes de schizophrénie. Il paraissait par conséquent vraisemblable que l'enquête ménagère avait été effectuée lors d'une de ces périodes de stabilité. Selon les indications fournies par le CPS, l'assurée avait fait plusieurs décompensations florides par année. Les périodes de crise étaient de plus en plus longues et les périodes intercritiques marquées par d'importantes limitations fonctionnelles (aboulie, anhédonie et en particulier apragmatisme) lors desquelles l'assurée ne pouvait quasiment rien faire. Dès lors, une incapacité de travail de 80 % en moyenne semblait beaucoup plus proche de la réalité que les 34 % (sic) ressortant de l'enquête. Le début de la longue maladie

a été fixé à septembre 1999, donnant droit à une rente entière dès septembre 2000. Par décision du 3 septembre 2002, une rente entière d'invalidité a été allouée à l'assurée à compter du 1^{er} septembre 2000. Une première procédure de révision a été initiée en 2005. Aucune modification de la situation de l'assurée n'a été constatée, ce qui ressort notamment du rapport des Drs [...] et [...], respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'A._____ (ci-après : UPA) du 15 juin 2006, dans lequel ils concluaient à une capacité ménagère de l'ordre de 20 à 30 % en relevant les nombreuses hospitalisations en milieu psychiatrique de l'assurée au cours des dernières années. Le 20 décembre 2006, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et que par conséquent elle continuait à bénéficier du même droit que précédemment (degré d'invalidité de 80 %). Une deuxième procédure de révision a été initiée le 27 mai 2013. Le 16 septembre 2013, à la requête de l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle n'exercerait aucune activité professionnelle. Elle a précisé que son état de santé s'était aggravé depuis quelques mois en ce sens qu'elle avait très mal aux genoux. Dans un rapport du 17 septembre 2013, le Dr B._____ a indiqué comme diagnostics objectifs : des troubles schizo-affectifs de type dépressif, une hypertension traitée, une hypothyroïdie substituée, une gonarthrose bilatérale, des chondropathies des deux côtés, une obésité sévère, une diverticulose du sigmoïde et un état anxio-dépressif. S'agissant des limitations fonctionnelles, il mentionnait une surcharge pondérale (121 kg pour 150 cm), des lombalgies et gonalgies bilatérales, une fatigabilité importante, un manque de concentration, un état dépressif sévère et un isolement social total. Selon le médecin traitant, la capacité de travail de l'assurée était, sur le plan physique, nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il précisait que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était défavorable aussi bien sur le plan psychique que physique. S'agissant des symptômes actuels, il indiquait une thymie triste (pleurs), une humeur très dépressive, une incapacité à gérer son quotidien et une obésité. Dans leur rapport du 15 octobre 2013, les Drs C._____ et Q._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante auprès du Centre de Psychiatrie du [...], ont indiqué comme diagnostics objectifs : un trouble schizo-affectif de type dépressif, un trouble de la personnalité sans précision, une obésité morbide et une hypothyroïdie. Selon ces psychiatres, la reprise d'une activité professionnelle était impossible, la capacité de travail de l'assurée étant nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Elles exposaient que l'assurée disposait de peu de ressources lui permettant de faire face lors de situations de stress. La plupart du temps, elle s'isolait à la maison, avec un sentiment d'abandon et de culpabilité, ce qui avait un impact globalement très négatif sur l'évolution de sa maladie. En ce qui concernait l'évolution de l'état de santé depuis l'octroi de la rente, respectivement des symptômes actuels, les D^{rs} C._____ et Q._____ indiquaient que l'état de santé de leur patiente restait stationnaire. Elle était suivie à l'UPA d'A._____ à raison d'un entretien par mois et bénéficiait en parallèle d'un suivi par un infirmier en psychiatrie indépendant, qui effectuait des injections de Risperdal à domicile, tous les quinze jours. Toutefois, l'état psychique de la patiente était marqué par des périodes de décompensation à prédominance d'une symptomatologie dépressive (avec des symptômes florides de la lignée psychotique, des hallucinations auditives, des idées de concernement et de persécution, ainsi que des idées d'interprétation) pour laquelle avait été hospitalisée à plusieurs reprises dans le passé. Elles relevaient que l'assurée présentait également une obésité sévère et se déplaçait avec beaucoup de difficultés. Pour ce qui était des limitations fonctionnelles, elles expliquaient

que durant le suivi à l'UPA, elles avaient observé une patiente qui présentait une attitude très négative envers elle-même, dépendante et exigeante envers les autres; elle ne prenait que très peu d'initiatives dans la vie quotidienne et familiale, attendant que les autres la guident, avec de la peine à anticiper et imaginer le résultat. Leur pronostic restait réservé, l'assurée ayant beaucoup de difficultés à accepter des changements dans sa vie et à s'habituer aux nouvelles étapes (émancipation de ses enfants, pertes et deuils dans la famille, problème de santé), raisons pour lesquelles son état psychique restait extrêmement fluctuant, se soldant souvent par une décompensation psychotique et aboutissant à une hospitalisation. Elles relevaient qu'actuellement, la patiente ne verbalisait pas de troubles du sommeil ou de l'appétit, pas d'idéation suicidaire ni d'aboulie, d'anhédonie ou de perte de l'élan vital. Dans un rapport du 14 novembre 2013, la Dresse H. _____, cheffe de clinique à la Polyclinique orthopédique de l'Hôpital d'A. _____, a posé comme diagnostic objectif une gonarthrose tricompartmentale à gauche, en relevant qu'une prothèse totale du genou était à prévoir. Elle indiquait une capacité totale de travail dans une activité sédentaire (limitations fonctionnelles : restriction quant au périmètre de marche, activités sans port de charge) en raison du problème orthopédique de l'assurée et renvoyait pour ce qui était de l'état de santé psychique de sa patiente à l'avis des psychiatres. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée. Dans son rapport du 25 septembre 2014, l'enquêtrice indiquait comme éléments nouveaux le fait que l'assurée avait subi une opération du genou gauche en février 2014 et qu'à la suite d'un régime alimentaire elle avait perdu beaucoup de poids. A la rubrique "statut", elle rapportait que, le jour de l'entretien, l'assurée avait indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50 % pour des raisons financières. Relevant que la fille aînée de l'assurée avait atteint l'âge adulte et vivait de manière indépendante et que son fils était âgé de 15 ans, l'enquêtrice proposait de retenir un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Dans la description des empêchements des travaux ménagers dus à l'invalidité, elle indiquait, en ce qui concernait la conduite du ménage, que l'assurée s'occupait, à ce jour, de planifier et d'organiser la répartition de la totalité de ses tâches ménagères. Après avoir précisé que c'étaient l'époux et les deux enfants de l'assurée ainsi qu'un ami qui exécutaient les travaux ménagers que l'intéressée ne pouvait plus accomplir elle-même, l'enquêtrice retenait un taux d'empêchement total de 16,2 %. A la suite de l'avis juriste du 12 mai 2015, l'enquête ménagère du 16 septembre 2014 a été soumise au SMR afin que celui-ci vérifie si les empêchements retenus étaient concordants du point de vue médical. Le 1^{er} décembre 2015, la Dresse R. _____ a notamment relevé ce qui suit : "Selon l'enquête, l'assurée s'occupe de planifier et organiser la répartition de la totalité de ses tâches ménagères. Elle gère les stocks alimentaires. Lors de l'enquête de 2001, l'assuré déclara que "lorsqu'elle est en bas elle ne réalise pas les tâches programmées". Les achats de réserves de la semaine étaient assurés par le mari. Lorsqu'elle est "en panne", elle ne va même plus acheter les achats courants. Conclusion : Selon les différents RM (réd. : rapports médicaux), la planification, l'anticipation et la prise d'initiative quotidienne font défaut, l'assurée reste dépendante des autres et a besoin d'être guidée. Les activités ménagères nécessitant ses facultés ne se sont donc pas améliorées, bien que les dires de l'assurée, à la lecture de l'enquête de 2014, aillent dans ce sens. De plus, lors de décompensation psychotique, pouvant survenir au moindre stress, les activités courantes étaient délaissées, or, à la lecture de l'enquête actuelle, ses situations ne sont pas évoquées alors que l'assurée mentionne une clinophilie (RM du Dr C. _____, psychiatre, du 15.10.13)." Une fiche datée du 13 janvier 2016 indique ce qui suit : "Discuté du dossier avec la Dresse R. _____ du SMR le 13.01.2016. Selon son avis il serait nécessaire de

refaire une enquête ménagère. En effet dans le courrier de la CPS du 25.07.2002 il est mentionné que c'est son époux qui gère au niveau de la planification et organisation et l'aide également au niveau de la répartition des repas et l'entretien du logement. C'est pourquoi nous avons retenu des empêchements de l'ordre de 80 % et octroyé une rente entière. Lors de la nouvelle enquête il serait nécessaire d'examiner si c'est toujours son époux qui planifie et organise ses journées et ses tâches ou s'il lui apporte plus qu'une aide. (...). " Une nouvelle enquête ménagère a été diligentée. Dans son rapport du 29 février 2016, l'enquêtrice a retenu un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Elle relevait que l'assurée recevait une aide très importante de son mari pour la planification et l'organisation du quotidien, notamment en ce qui concernait les repas. C'est la fille de l'assurée qui se chargeait de l'entretien hebdomadaire de la maison, cuisine, sols, salles de bains, rangement et changement de la literie. L'assurée arrivait à assumer une partie des repas, à dresser et débarrasser la table, à remplir et vider le lave-vaisselle et à nettoyer les vitres. Elle effectuait certaines tâches ménagères sous la supervision de sa fille. C'est l'époux qui s'occupait des repas du week-end et parfois aussi de ceux du soir. L'enquêtrice retenait un taux d'empêchement total de 32,20 %. En conclusion, elle soulignait que l'aide de la fille de l'assurée était très importante et celle de son époux primordiale. Le 2 mars 2016, le gestionnaire du dossier de l'assurée a soumis à la permanence juridique de l'OAI sa proposition de retenir un degré d'invalidité de 66,10 %, soit 50 % au titre de la part active (empêchement de 100 %) auxquels s'ajoutaient 16,10 % au titre de la part ménagère (empêchement de 32,20 %). Cette proposition a été retenue, avec la précision que les conclusions de l'enquête ménagère pouvaient être suivies, notamment en ce qui concernait le changement de statut, justifiable. Par projet de décision du 24 mars 2016, l'OAI a réduit le droit de l'assurée à la rente d'invalidité en le ramenant à trois quarts de rente pour les motifs suivants : "Vous êtes actuellement au bénéfice d'une rente entière (in. 80 %) versée depuis le 1^{er} septembre 2000. Vous avez été considérée jusqu'à maintenant comme une personne 100 % ménagère. Vous avez indiqué dans le questionnaire de révision complété le 20 août 2013 que votre état s'aggrave. Suite à l'annonce de la péjoration de votre état de santé et afin de déterminer vos empêchements dans l'accomplissement de vos tâches habituelles, une nouvelle enquête ménagère a été effectuée à votre domicile le 16 septembre 2014 et complément d'enquête ménagère a été effectué le 22 février 2016. Il ressort de cette dernière que vous devez être considérée actuellement comme 50 % active et 50 % ménagère depuis le jour de l'entretien lors de la première enquête ménagère soit dès le 16 septembre 2014 et selon nos observations, l'empêchement dans l'accompagnement des travaux habituels s'élève à 32.20 %. Sur le plan médical et selon les renseignements médicaux obtenus, la situation est stationnaire; par conséquent votre capacité de travail est toujours nulle dans toutes activités. Ainsi, nous pouvons procéder à l'évaluation de l'invalidité globale en tenant compte des empêchements de 32.20 % pour la part ménagère et une incapacité de travail de 100 % pour la part active. L'invalidité globale présentée dès septembre 2014 est calculée ainsi :

Activité partielle	Part	Empêchements
Degré d'invalidité Active 50.00 %	100.00 %	50.00 % Ménagère 50.00 %
32.20 %	16.10 %	Degré d'invalidité 66.10 %

Notre décision est par conséquent la suivante : La rente entière qui était versée jusqu'ici est remplacée par un trois quarts de rente (invalidité 66 %). La réduction de la prestation sera effective dès le premier jour du 2^e mois qui suit la notification de la présente décision (art. 88bis al. 2, let. a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI))." Par décision du 1^{er} juin 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision de réduction de la rente d'invalidité de l'assurée ainsi que ses motifs. B. Par acte

du 1^{er} juillet 2016 de sa mandataire Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, T. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 1^{er} juin précédent en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante relève que la décision entreprise se base principalement sur des rapports médicaux vieux de trois ans ainsi que sur deux enquêtes ménagères qui arrivent à des conclusions différentes s'agissant des empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Relevant que les enquêtes ménagères en cause se fondent principalement sur ses propres déclarations alors qu'il est constant qu'elle présente de graves troubles psychiatriques (trouble schizo-affectif de type dépressif et trouble de la personnalité sans précision selon le rapport médical du 15 octobre 2013), elle fait valoir que les conclusions des enquêtrices – contradictoires – devaient impérativement être soumises à son psychiatre traitant pour détermination et faire l'objet d'un complément d'instruction avant que soit fixé de façon définitive le degré d'empêchement dans les tâches ménagères. Par réponse du 13 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que le motif de révision (changement de statut) est avéré et estime, en se référant à l'avis juriste du 12 mai 2015 et à la note relative à l'examen du dossier en permanence juriste du 24 mars 2016 (sic) que, sans autre élément médical au dossier relatif au ménage qui irait dans un sens contraire aux conclusions résultant de l'enquête ménagère de février 2016, celles-ci doivent être suivies. Il se déclare prêt à reprendre l'examen de la situation si l'avis du psychiatre traitant devait être versé au dossier, comme annoncé par la recourante. Dans sa réplique du 25 octobre 2016, la recourante maintient ses conclusions. Se référant à l'appréciation du 29 septembre 2016 de la Dresse K. _____, psychiatre, produite en annexe, elle soutient que son état de santé ne lui permet pas d'assumer ni une activité professionnelle ni les tâches ménagères à un taux supérieur à 20 %. En outre, elle fait valoir que, dans le calcul du taux d'empêchement dans les tâches ménagères, l'intimé devait prendre en compte le fait que son fils est écolier et que l'importante aide qui lui est apportée par sa fille doit être considérée comme une aide extérieure puisque celle-ci ne vit plus chez ses parents et est elle-même en charge de son propre enfant. L'appréciation médicale adressée le 29 septembre 2016 par la Dresse K. _____ à la mandataire de la recourante a la teneur suivante : "Je prends note de la demande de Mme T. _____ qui est suivie à ma consultation depuis le 08.02.2014, et je peux répondre à vos questions comme suit : 1. La santé psychique de Mme T. _____ demeure fragile et marquée par une pathologie psychiatrique chronique. 2. Depuis la prise en charge à ma consultation Mme T. _____ a présenté trois épisodes aigus de sa pathologie psychiatrique. Même si ces derniers n'ont pas requis une hospitalisation en milieu psychiatrique, ils l'ont rendue plus fragile et diminué ses capacités à gérer les difficultés et stress de la vie quotidienne. 3. Cf. point 2 et à souligner que Mme T. _____ est atteinte d'une pathologie chronique présentant des épisodes aigus, comme cela a été le cas ces dernières années. 4. La capacité de Mme T. _____ est effectivement restreinte, elle se situe actuellement à un 10-20%. 5. Oui, Mme T. _____ a besoin de l'aide de ses proches dans les tâches de la vie quotidienne comme les commissions et le ménage. 6. Mme T. _____ ne peut subvenir aux besoins économiques de sa famille." Dans sa duplique du 14 décembre 2016, l'intimé relève que le questionnaire du 26 juin 2016 adressé par la mandataire de la recourante à son psychiatre traitant, la Dresse K. _____, ne lui est pas parvenu. En ce qui concerne les griefs de la recourante, il fait valoir que l'enquêtrice a pris en compte le fait que la fille de la recourante ne vit plus au domicile de celle-ci et a à sa charge son propre enfant. S'agissant de l'évaluation de la capacité de la recourante à effectuer les tâches ménagères, de l'ordre de

10-20 % selon la psychiatre, l'intimé considère que cette évaluation ne tient pas compte du fait que, comme cela ressort de l'enquête à domicile, sa patiente effectue une part non négligeable des tâches ménagères, dont, notamment la préparation des repas, de sorte qu'il ne peut suivre une telle appréciation globale, non détaillée. Dans ses déterminations du 23 janvier 2017, la recourante maintient ses conclusions en reprenant en substance l'argumentation développée dans son acte de recours, à savoir que l'instruction est incomplète. Relevant pour le surplus que l'appréciation médicale du 29 septembre 2016 de sa psychiatre n'est pas suffisante selon l'intimé, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise afin d'établir médicalement la part des tâches qu'elle est à même d'effectuer dans son ménage, avant nouvelle décision concernant le taux d'invalidité. Subsidiairement, elle requiert l'audition de la Dresse K. _____ ainsi que la sienne. Dans ses déterminations du 8 février 2017, l'intimé confirme ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le bien-fondé de la réduction, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante depuis le 1^{er} septembre 2000, singulièrement sur le point de savoir si le dossier de l'intimé justifiait l'octroi de trois quarts de rente dès le 1^{er} août 2016. La recourante met en doute les conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage du 29 février 2016, en relevant qu'elles sont contradictoires avec celles de la précédente enquête ménagère du 25 septembre 2014, qui avait retenu un degré d'empêchement dans l'accomplissement des tâches habituelles près de deux fois inférieur (16,2 % au lieu de 32,2 %). Soulignant que dites conclusions se fondent principalement sur ses propres déclarations, alors qu'elle présente de graves troubles psychiatriques, elle fait valoir qu'elles auraient impérativement dû être soumises à l'appréciation de son psychiatre traitant, puis du SMR, avant que le degré d'invalidité soit fixé de façon définitive. La recourante conclut à l'annulation de la décision litigieuse et requiert un complément d'instruction avant nouvelle décision. Soulignons que le statut de l'assurée, non contesté par cette dernière, est celui d'une personne présumée

consacrer 50% de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste de son temps (50%) aux travaux habituels et que, pour ce qui est de la part active, la recourante présente une incapacité de gain de 100%. 3. a) L'invalidité se définit comme 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). A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). La notion d'incapacité d'accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), bien que se recoupant en partie avec la notion d'incapacité de travail, doit en être différenciée. L'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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 (art. 6 LPGA). Quant à l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, elle se fonde sur l'aptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, ainsi que sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], p. 76 n° 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel. A ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.3 et les références). b) Tel que défini à la base, le risque "invalidité" comporte deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative; dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques; dans le second cas, on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique de la situation factuelle particulière. Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle a été appréciée. Bien que problématique pour la compréhension, cette discordance est inhérente au système légal de l'évaluation de l'invalidité et ne saurait donner lieu à critique. La difficulté à laquelle a été confrontée la jurisprudence au cours du temps fut de concilier ces deux méthodes - très différentes dans leur conception - dans la situation d'une personne exerçant une activité lucrative à temps partiel et consacrant le reste de son temps à ses activités habituelles (ATF 137 V 334 consid. 5.3). La loi consacre désormais trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé,

peuvent aboutir à des conséquences asséculoologiques sensiblement différentes. L'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité en application de la méthode générale de la comparaison des revenus ne signifie pas qu'un tel droit devrait également s'ouvrir si la méthode spécifique ou la méthode mixte d'évaluation était appliquée. Le système de l'assurance-invalidité ne connaît pas de règle selon laquelle l'assuré aurait le droit de se voir appliquer la méthode qui serait la plus favorable à son égard ("Meistbegünstigungsklausel"). Chaque régime a pour but d'appréhender, de façon différenciée et spécifique, une situation de fait particulière : celle de l'assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (méthode générale; art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), celle de l'assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (méthode mixte; art. 28a al. 3 LAI) et celle de l'assuré n'exerçant pas d'activité lucrative (méthode spécifique; art. 28a al. 2 LAI). La pluralité des méthodes fait donc partie de l'ordre des choses et permet de garantir que l'invalidité de la personne concernée est évaluée de la façon la plus adéquate possible. Eu égard à cette hétérogénéité, il ne serait pas correct de vouloir établir des comparaisons entre ces diverses méthodes; chaque méthode doit être examinée pour elle-même selon les critères définis par la loi (ATF 137 V 334 op. cit. , consid. 5.5.1 et la référence). Particulièrement, chez les assurés qui n'exerceraient que partiellement une activité lucrative - comme en l'espèce -, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 133 V 504 consid. 3.3, 131 V 51 consid. 5.1.2, 125 V 146 consid. 5c/bb, 117 V 194 consid. 3b). c) En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le

ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1; TF I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 in VSI 2004 p. 139 s.) Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1). Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3) et du rapport d'enquête économique sur le ménage puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (TF I 733/2003 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3). Particulièrement, 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. La personne chargée de l'enquête examinera notamment si l'assuré doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activité) (ATF 130 V 37). 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 p. 61 s., 128 V 93; TF I 90/02 du 30 décembre 2002, consid. 2.3.2 [non publié au Recueil officiel] in VSI 2003 p. 221). Soulignons enfin, s'agissant du rapport médical, que l'élément déterminant pour lui consacrer valeur probante 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 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

4. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Ainsi, 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. Particulièrement, 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 travail. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2,

114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1). Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante; il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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 (ATF 137 V 210, 122 V 157 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). 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 (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 (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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. Préliminairement, il n'y a pas lieu de remettre en cause le principe même de la révision. En effet, même si l'état de santé de la recourante est resté stationnaire, cette dernière a expressément indiqué un changement de son statut dans le cadre des deux enquêtes économiques sur le ménage. a) La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en

cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b). Le Tribunal fédéral a notamment jugé, dans son arrêt 9C_277/2013 rendu le 28 août 2013, qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA existait lorsque les circonstances (hypothétiques) qui justifiaient l'application d'une méthode d'évaluation de l'invalidité déterminée ont subi des changements importants ayant des répercussions sur le choix de la méthode d'évaluation, comme le passage de la méthode générale de la comparaison des revenus à la méthode mixte. b) En l'espèce, la révision du droit à la rente à laquelle a procédé l'intimé repose sur un changement dans la situation personnelle de la recourante. Retenant initialement le statut de ménagère à 100 %, maintenu dans le cadre de la précédente révision en 2005, l'intimé a estimé que le changement de statut allégué en 2014 et en 2016 par la recourante correspondait à une modification des circonstances conduisant à la considérer comme une (hypothétique) salariée à temps partiel et à appliquer désormais la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. En effet, lors des enquêtes économiques sur le ménage en 2014 et 2016, les enquêtrices ont proposé de retenir un statut de 50% active et 50% ménagère sur la base des précisions apportées par la recourante, à savoir que son second enfant était âgé de 15, respectivement 17 ans, et que l'assurée souhaitait, par une activité lucrative, aider son époux à rembourser le prêt hypothécaire de leur maison. Cette appréciation n'a pas été critiquée par la recourante, tant en procédure administrative qu'en procédure judiciaire. Un motif de révision ressort dès lors du dossier et justifie une appréciation du cas de la recourante à l'aune de la modification (hypothétique) de son statut, sans qu'il existe corrélativement une modification sensible de son état de santé. 6. Cela étant, il s'agit de déterminer si l'office intimé a correctement apprécié les répercussions des troubles psychiques sur la capacité de l'assurée à assumer ses tâches habituelles de ménagère. a) On peut certes exiger de l'assurée qu'elle entreprenne tout ce qui est en son pouvoir pour réduire le dommage, en sollicitant notamment l'aide des membres de sa famille (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3) ou en mettant en pratique une méthode de travail adaptée (TF 9C_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.2). En effet, conformément à la jurisprudence (ATF 133 V 504 consid. 4.2), 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. En l'occurrence, si l'aide des proches (époux et fille : cf. rapport d'enquête ménagère du 29 février 2016) est apportée, il appert que celle de l'époux est qualifiée de primordiale par l'enquêtrice et celle de la fille (qui vit en-dehors du ménage) de très importante. Par ailleurs, comme l'avait relevé la Dresse R. _____ du SMR dans son avis du 12 mai 2015 faisant suite à la première enquête ménagère, la planification, l'anticipation et la prise d'initiative quotidienne continuaient à faire défaut chez la recourante, celle-ci étant décrite par ses psychiatres de l'époque comme une personne dépendante des autres, ne prenant que très peu d'initiatives dans la vie quotidienne et familiale, attendant que les autres la guident et éprouvant de la peine à anticiper et imaginer le résultat (rapport des Dresses C. _____ et Q. _____ du 15 octobre 2013). Elles estimaient que les facultés de la recourante ne s'étaient donc pas améliorées, contrairement aux dires de l'intéressée tels qu'ils ressortent de l'enquête ménagère de 2014. Cela étant, après discussion le 13 janvier 2016, il avait été décidé de mettre en œuvre une nouvelle enquête ménagère afin de déterminer si c'était toujours l'époux qui gérait au niveau de la planification et de l'organisation et qui l'aidait également

au niveau de la répartition des repas et de l'entretien du logement – ce qui, lors de l'octroi de la rente en 2002, avait conduit à retenir des empêchements de l'ordre de 80 % justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité. b) Conformément à la jurisprudence précédemment citée (cf. consid. 3c supra), une enquête économique sur le ménage peut se voir accorder valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'assuré rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Or, il est pour le moins paradoxal de constater que l'enquêtrice, dans son rapport du 29 février 2016, retienne des empêchements à hauteur de 32,2 % seulement, tout en relevant, sans autre précision, que l'aide de l'époux est primordiale et celle de la fille de la recourante très importante, alors que l'enquête ménagère de 2001 mentionnait déjà les aides de l'époux et de la fille de l'assurée, sans quantifier leur importance et aboutissait néanmoins à un empêchement de 41,6 %. A la lumière de ce qui précède, il conviendrait de se référer aux constatations médicales pour déterminer avec précision l'incidence de l'état de santé psychique de l'assurée sur sa capacité à assumer ses travaux domestiques. Un tel examen n'est cependant pas possible en l'occurrence dans la mesure où le rapport émanant des spécialistes en psychiatrie ayant suivi la recourante (Dresses C. _____ et Q. _____) date de 2013. Par ailleurs, l'appréciation médicale de la nouvelle psychiatre de la recourante, la Dresse K. _____ thieu-Darekar, produite en procédure de recours, qui estime globalement la capacité de sa patiente à assumer ses tâches ménagères à 10 à 20 % maximum, n'est pas suffisamment motivée pour qu'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante. d) Eu égard aux exigences en matière de valeur probante, la jurisprudence n'interdit pas à l'autorité amenée à statuer de s'écarter sur certains points particuliers d'un rapport d'enquête économique sur le ménage reconnu globalement comme probant, dès lors que les documents médicaux disponibles mettent en évidence des contradictions qu'il faut trancher en faveur de l'avis spécialisé d'un médecin. Or en l'espèce, le dossier est dépourvu de tout élément médical - ayant valeur probante au sens consacré par la jurisprudence (cf. consid. 3c supra) - sur l'impact actuel de l'affection psychique dans l'accomplissement des travaux domestiques. On sait seulement que l'état de santé de la recourante, s'il n'a pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique depuis qu'elle est suivie par la Dresse K. _____, à savoir depuis le 8 février 2014, reste toutefois fluctuant; elle est sujette à des décompensations psychotiques et a vécu depuis la prise en charge par la Dresse K. _____ trois épisodes aigus de sa pathologie, ce qui paraît significatif de la permanence de l'atteinte psychique et de ses effets. L'instruction diligentée par l'OAI s'avère dès lors insuffisante en ce qui concerne l'aspect médical, particulièrement s'agissant des répercussions de l'état de santé psychique de la recourante sur sa capacité à assumer ses tâches ménagères. 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; cf. consid. 4 supra) - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il complète l'instruction par l'obtention d'un rapport circonstancié de la psychiatre traitante de la recourante portant sur l'impact des troubles psychiques de sa patiente dans la sphère ménagère, lequel sera soumis à l'appréciation du SMR. S'il devait subsister un doute ou une discordance dans l'appréciation de la situation de l'assurée, l'intimé pourrait procéder à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (cf. art. 44 LPGA) tendant à se prononcer sur l'impact des troubles psychiques de l'assurée dans la sphère ménagère. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données récoltées, de rendre une nouvelle décision. 7. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr., et être mis à la charge de l'OAI, qui succombe. c) L'intimé doit verser à la recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, une indemnité de dépens, arrêtée à 1'500 fr. eu égard aux trois échanges d'écriture et à la difficulté de la cause (art. 61 let g LPGa). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 1 er juin 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'intimé. IV. L'intimé doit verser à la recourante une indemnité de dépens arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs). La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon (pour la recourante), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.