

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 janvier 2015

---

Présidence de     Mme     PASCHE  
Juges     :     Mmes    Thalmann et Berberat  
Greffière     :     Mme     Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Aba Neeman, avocat à  
Monthey,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8, 17 al. 1, 43 al. 1 LPGA, 28, 28a al. 3 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, originaire de [...], mariée et mère de trois enfants, le premier né en 1999 et de jumeaux nés en 2002, a suivi l'école primaire au [...], pays dans lequel elle a vécu jusqu'à son arrivée en Suisse en 2002.

Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 29 août 2006, en indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé « maladie de Gaucher ».

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a demandé à l'assurée si elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage si elle était en bonne santé. Celle-ci a répondu le 1<sup>er</sup> janvier 2007 qu'elle n'était actuellement pas en bonne santé, et qu'elle verrait ce qu'il en serait une fois en bonne santé. L'OAI a alors à nouveau demandé à l'assurée de lui faire savoir si elle travaillerait si elle était en bonne santé. Le 21 janvier 2007, celle-ci a répondu par l'affirmative, en précisant qu'elle exercerait l'activité de coiffeuse à 50% par nécessité financière, et ce depuis 2002.

Le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué le 20 février 2007 dans un rapport à l'OAI la maladie de Gaucher de type I existant depuis la naissance, sous substitution enzymatique Cérézyme 60 U/kg, 2x/mois, depuis octobre 2004, avec amélioration de la pancytopénie et de la splénomégalie et persistance des lésions osseuses et de l'hépatomégalie. Le Dr D.\_\_\_\_\_ relevait que la patiente, qu'il suivait depuis octobre 2004, présentait toujours des importantes douleurs osseuses et hépatiques, s'occupant avec difficulté de ses trois enfants, une aide de ménage et de repassage lui étant nécessaire. Il a constaté qu'elle avait des difficultés à se déplacer et à changer de position assise-couchée, des douleurs à la palpation du foie et à la percussion du rachis dorso-lombaire ainsi qu'à l'humérus droit. L'état de santé s'améliorait toutefois et la capacité de travail pouvait être

améliorée par des mesures médicales. Pour le Dr D.\_\_\_\_\_, l'assurée pouvait travailler 4 heures par jour. Il évaluait sa capacité de travail raisonnablement exigible à 50%. Avec la poursuite du traitement de substitution (Cérézyme) à vie, la diminution des douleurs devrait permettre une activité quasi normale d'ici deux à trois ans. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée pouvait rester assise pendant 6 heures par jour, debout 4 heures par jour et avoir la même position du corps pendant une heure, son périmètre de marche étant de 200 mètres.

Dans son rapport à l'OAI du 9 mars 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin-traitant, a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une maladie de Gaucher de type I, des dorso-lombalgies chroniques secondaires à la maladie et une névrose d'angoisse avec labilité psychique. Il a précisé que la patiente travaillait comme coiffeuse avant son arrivée en Suisse. Pour le Dr P.\_\_\_\_\_, la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Il a fait état d'un pronostic lentement favorable moyennant que le traitement soit poursuivi à vie, relevant que les douleurs osseuses allaient persister encore plusieurs années, celles-ci étant liées à la normalisation de la structure osseuse. Le Dr P.\_\_\_\_\_ ne voyait pas comment sa patiente pourrait reprendre une activité professionnelle. Il a joint à son envoi un rapport du 9 février 2007 du Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui relevait un léger trouble statique et dégénératif étagé du rachis dorso-lombaire.

Sur requête de l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 30 mai 2007 qu'à son avis, la situation n'avait guère changé depuis 2002, renvoyant pour le surplus au Dr D.\_\_\_\_\_.

Le 4 juillet 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait suivre à l'OAI le rapport médical du 26 juin 2007 du Dr D.\_\_\_\_\_, selon lequel la patiente bénéficiait depuis octobre 2004 d'un traitement substitutif enzymatique d'imiglucérase par Cérézyme 60 U/kg 2x/mois. Sous ce traitement, le Dr D.\_\_\_\_\_ avait assisté à une quasi-normalisation de la formule sanguine et de l'hépatosplénomégalie. Par contre, les anomalies osseuses étaient

connues pour mettre 4 à 6 ans avant de se normaliser sous traitement, surtout chez l'adulte qui avait un remaniement osseux diminué. Le dernier bilan montrait des tests hépatiques normaux. La patiente se plaignait toujours de douleurs fluctuantes de l'humérus droit, du rachis et du poignet droit. Un nouveau bilan IRM serait à prévoir en octobre 2008.

Une enquête économique sur le ménage a été menée le 9 août 2007 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a estimé que les empêchements ménagers s'élevaient à 71,6% et que l'assurée était ménagère à 100%. L'enquêtrice a notamment fait les commentaires suivants :

« Assurée âgée de 35 ans, originaire de [...], vit avec le père des trois enfants, 3 enfants dont des jumeaux.

Selon les dires de l'assurée, l'atteinte à la santé a débuté juste après l'accouchement des jumeaux.

L'assurée est 100% ménagère depuis son entrée en Suisse en mai 2002.

Au vu de l'atteinte à la santé, l'assurée n'assume que des tâches légères au sein du ménage, se repose sur le mari, est très passive au niveau des activités ménagères. Le mari étant sans emploi, assume en priorité les activités ménagères et s'occupe de ses enfants.

Le couple bénéficie d'une aide au ménage 2x par semaine pour l'entretien de l'appartement et pour le repassage.

L'avis du médecin-traitant demandé concernant la capacité de travail dans le ménage aurait été fort intéressant et aurait aidé l'enquêtrice à être plus à l'aise durant l'entretien. Les renseignements obtenus sont basés uniquement sur les informations données par le mari et par les indications données par la personne du CMS qui s'occupe de cette famille et qui assume l'entretien de l'appartement.

Le mari souhaiterait travailler mais il ne voit pas comment cela pourrait être possible actuellement. Il est très sollicité au sein de sa famille et l'assurée a peur de rester seule. Le mari accompagne l'assurée tous les 15 jours au T. \_\_\_\_\_, nécessité d'un traitement par injection.

La situation est très lourde pour le mari, il a souvent de la peine à tout gérer, ce qui provoque des conflits au sein du couple ».

L'OAI a confié une expertise de l'assurée au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui l'a examinée le 6 décembre 2007. Dans son rapport d'expertise médicale du 21 décembre 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

#### « 4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

##### 4.1 *Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail*

- Probables douleurs osseuses chroniques dans le cadre d'une maladie de Gaucher de type I.

##### 4.2 *Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail*

- Syndrome douloureux chronique à faible substrat organique  
- Eczéma des 2 mains.

#### 5. APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Mme N. \_\_\_\_\_, originaire de [...], âgée de 35 ans, requérante d'asile en Suisse dès 2002, actuellement au bénéfice d'un permis F, souffre d'une maladie de Gaucher diagnostiquée, semble-t-il, dès son arrivée en Suisse en mai 2002. Cette maladie génétique rare, de type I (non neuronopathique) a été diagnostiquée dans un contexte de pancytopénie associée à une hépato-splénomégalie puis à des lésions osseuses mises en évidence en 2004, soit 2 ans après le diagnostic initial. Un traitement enzymatique substitutif, représentant le seul traitement généralement utilisé chez les patients atteints de la maladie de Gaucher de type I, a été mis en place depuis octobre 2004. Avec ce traitement, il a été constaté une quasi normalisation de la formule sanguine et de l'hépatosplénomégalie.

Ainsi, les premiers objectifs thérapeutiques soit la normalisation de l'hémoglobine, la suppression du risque hémorragique liée à la thrombopénie, la réduction de l'hépatomégalie et de la splénomégalie et ses conséquences (distension abdominale, sensation de s'inquiéter, hypersplénisme, infarctus splénique) peuvent être considérés comme réalisés.

Concernant l'effet osseux de la substitution laquelle vise à prévenir les crises douloureuses, les ostéo-nécroses et la reconstitution de la densité minérale osseuse, cet objectif n'est pas encore atteint, ce qui est habituellement le cas, plus tardivement. Certaines études montrent toutefois que les douleurs osseuses ont tendance à disparaître après 3 mois de traitement et que plus de 50% des patients traités n'ont plus de douleurs après 2 ans et qu'enfin, la qualité de vie après 2 ans de traitement ne montre pas de différence entre une population saine et malade même si l'activité physique peut demeurer non satisfaisante auprès de  $\frac{1}{4}$  des patients en conséquence essentiellement des séquelles de la maladie osseuse.

Dans le cadre de l'assurée, il convient de préciser que l'atteinte osseuse concerne une infiltration médullaire consécutive à la maladie sans apparemment de fracture osseuse, de déformation articulaire, sans ostéo-nécrose et sans retard de croissance.

modification au niveau des douleurs autant de l'appareil locomoteur que des douleurs abdominales.

Il existe par ailleurs une fatigue importante et un impact dans les activités de la vie quotidienne considérable. L'examen clinique durant l'expertise est peu interprétable, parasité par des lâchages antalgiques et de nombreux signes de non-organicité telle une distribution non anatomique de déficits neurologiques multiples. Le tout évoque un tableau de douleurs chroniques à faible substrat organique même si l'on ne peut pas exclure, au vu de l'atteinte osseuse, de substrat organique. S'agissant d'un tableau complexe où semble prédominer des douleurs d'origine non organique, il serait vraisemblablement utile

de pouvoir disposer d'une appréciation psychiatrique afin de préciser l'existence d'une éventuelle co-morbidité significative à ce tableau fortement évocateur d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Concernant les limitations fonctionnelles du point de vue somatique, il est retenu la possibilité de douleurs osseuses en relation avec l'infiltration médullaire consécutive à la maladie de Gaucher et le remodelage osseux. De ce fait, il est retenu les limitations suivantes :

- Seules des activités légères avec port de charges limité à moins de 10 kg sont possibles.
- Une baisse de rendement liée aux douleurs chroniques peut limiter la capacité de travail aussi longtemps que l'IRM met en évidence des lésions significatives soit probablement encore pour 2 ans.

Le reste du tableau clinique constitué de douleurs diffuses, de fatigue, de céphalées, de douleurs abdominales, n'est pas expliqué actuellement par la maladie de Gaucher ou son traitement. A propos de celui-ci, les effets secondaires sont habituellement rares (observés chez moins de 2% de l'ensemble des patients). Ils sont constitués d'éventuelles nausées, vomissements, de douleurs abdominales, de diarrhées et d'éruptions transitoires, de fatigue et d'étourdissements. Il est peu vraisemblable que l'assurée souffre de ces effets secondaires puisque les symptômes étaient présents avant l'introduction du traitement.

Par ailleurs et pour compliquer l'appréciation des douleurs osseuses dans le cadre d'une maladie de Gaucher, il faut garder en tête la possibilité du risque de myélome (risque relatif: 5,9%) alors que le risque de développer d'autres cancers n'est pas augmenté.

B. Influences sur la capacité de travail

## **1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS**

*au plan physique*

Seules les activités légères avec port de charges limité à moins de 10 kg sont possibles. La baisse de rendement, liée aux douleurs chroniques, peut limiter la capacité de travail, probablement pour une durée d'environ 2 ans.

*au plan psychique et mental*

L'appréciation dépasse le cadre de compétence de l'expert.

*au plan social*

Limitations dans les activités supposant le port de charges.

## **2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI**

*2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?*

Cette maladie chronique qui peut être qualifiée de sévère est sans doute à l'origine d'une totale incapacité de travail dans n'importe quelle activité entre 2002 et probablement le printemps 2007. A partir de 2007, l'amélioration permet théoriquement d'admettre l'existence d'une activité de travail exigible à 50% avec toutefois un port de charges limité à moins de 10 kg.

*2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

50%, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 jusqu'à actuellement.

*2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Dans une activité légère (port de charges limité à 10 kg), il existe actuellement une capacité de travail théorique de 50% (mi-temps).

*2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?*

La diminution de rendement a été intégrée à la détermination de la capacité de travail, notifiée sous le point 2.3.

*2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*

Depuis son arrivée en Suisse, en mai 2002. Il existe une incapacité de travail d'abord de 100% et de 50% dès le 01.04.2007.

*2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

100% depuis mai 2002 et 50% depuis le 01.04.2007, l'activité de femme au foyer étant considérée.

L'incapacité de 50%, décrite ci-dessus, paraît justifiée pour une certaine durée, probablement 2 ans encore, peut-être jusqu'au printemps 2010, date à laquelle il conviendra de refaire le point de la situation étant entendu que la maladie dont souffre l'assurée est susceptible de s'améliorer de manière significative sous thérapie substitutive.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

### **1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI NON, POUR QUELLES RAISONS?**

Actuellement, des mesures de réadaptation sont difficiles à mettre en route en raison des limitations fonctionnelles, de la faiblesse des motivations, de sa méconnaissance du français ainsi que du statut peu clair de l'assurée. Ses aptitudes à s'adapter aux exigences de l'environnement professionnel paraissent limitées.

### **2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT?**

Sans objet, s'agissant d'une femme au foyer, sans activité lucrative connue.

### **3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉE?**

Oui

*3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?*

Il est théoriquement possible d'envisager une activité peu exigeante, légère et dans un premier temps limitée à un mi-temps.

La présence d'un eczéma des mains limite l'exposition à l'utilisation de détergents et aux fréquents contacts avec l'eau.

*3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?*

50%.

*3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?*

La diminution de rendement a été intégrée à l'activité exigible décrite ci-dessus.

*3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*

Sans objet ».

Le Dr F. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu dans son rapport d'examen du 15 février 2008 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, activité légère à mi-temps, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au 1<sup>er</sup> avril 2007.

Sur requête de l'OAI, le Dr J. \_\_\_\_\_ a précisé le 9 mai 2008 qu'il était raisonnable d'admettre l'incapacité de travail depuis le mois de juin 2002, dans la mesure où il était dans l'impossibilité de se prononcer sur la situation antérieure à cette date. Pour le Dr J. \_\_\_\_\_, il était tout à fait vraisemblable que l'assurée doive être capable depuis le mois d'avril 2007 de réaliser les tâches ménagères, à l'exclusion des tâches lourdes, qu'elle puisse s'occuper des enfants, faire les courses avec port de charges léger et confectionner les repas. Pour le Dr J. \_\_\_\_\_, l'aide du CMS n'était plus justifiée depuis avril 2007.

L'enquêtrice a pour sa part maintenu la pondération des empêchements lors de l'entretien du 14 août 2008.

Par avis médical du 8 décembre 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la capacité de travail exigible de l'assurée était de 50% dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007.

Par projet d'acceptation de rente du 15 janvier 2009, confirmé par décisions des 19 juin 2009 et 25 janvier 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2005 (compte tenu d'un taux d'invalidité de 71%), et dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (soit trois mois après l'amélioration du 1<sup>er</sup> avril 2007), le droit à une demi-rente (fondée sur un degré d'invalidité de 50%).

**B.** L'assurée a déposé le 19 mai 2011 une demande d'allocation pour impotent.

Dans ce contexte, le Dr D.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI le 20 juin 2011, dans lequel il a posé le diagnostic de maladie de Gaucher avec atteinte osseuse diffuse sous traitement de substitution par Cérézyme. Il a fait état d'une fatigue chronique et de douleurs à la mobilisation prédominant au torse et aux avant-bras.

Selon un rapport adressé à l'OAI le 17 août 2011, mais daté du 24 décembre 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_ a expliqué avoir rencontré durant les derniers 18 mois des difficultés d'approvisionnement en Cérézyme en raison de problème de production, qui avaient nécessité l'arrêt du traitement de la patiente durant presque six mois (août 2009 à janvier 2010), avec un retour à une dose normale seulement en août 2010. Dans ce contexte, il avait assisté à une recrudescence des douleurs osseuses et des céphalées. Durant la période sans substitution, la chitotriosidase plasmatique était à nouveau augmentée, traduisant une réactivation de la maladie de Gaucher. La recrudescence des douleurs squelettiques était expliquée et devrait continuer à s'améliorer lentement sous Cérézyme. Un bilan osseux par IRM était planifié pour le printemps 2011, mais au vu de l'arrêt de la médication, le Dr D.\_\_\_\_\_ proposait de le reporter de 12 à 18 mois.

Une nouvelle enquête sur le ménage a eu lieu le 15 septembre 2011 au domicile de l'assurée. Dans ce cadre, l'enquêtrice a estimé que l'assurée avait une impotence due à l'invalidité pour :

- se vêtir/dévoiler, depuis le 05.2011,
- manger, depuis le 01.2008,
- faire sa toilette, depuis 2002,
- se déplacer, entretien des contacts sociaux, depuis le 01.2008.

Par projet de décision du 29 novembre 2011, confirmé par décision du 27 février 2012, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il lui accordait le droit à une allocation pour impotent de degré léger dès le 1<sup>er</sup> janvier

2009 et de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> août 2011, en retenant notamment ce qui suit :

« A l'échéance du délai d'attente d'une année, [...], soit en janvier 2009, l'aide est nécessaire pour 3 actes et vous donne droit à une allocation pour impotent de degré léger (3 actes est le minimum pour une allocation de degré léger). L'allocation pour impotent de degré moyen (4 actes minimum) est ouvert dès le 1<sup>er</sup> août 2011, selon les Directive de l'assurance-invalidité, 3 mois après l'aggravation survenue en mai 2011 ».

**C.** Dans le cadre de la révision de son droit à la rente entreprise au début de l'année 2012, l'assurée a indiqué le 27 février 2012 que son état s'était aggravé en janvier 2008, en mentionnant des difficultés de mobilité, de transferts, des problèmes de préhension, des douleurs articulaires, des problèmes comportementaux et un état anxieux.

Sur le questionnaire pour la détermination du statut complété le 27 février 2012, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 80% comme coiffeuse, en précisant « les 2 », à la question « pour quelles raisons (intérêt personnel, nécessité financière, etc.) ».

Sur requête de l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, lui a fait savoir le 12 mars 2012 que l'état de la patiente, qui était suivie au T.\_\_\_\_\_ pour une maladie de Gaucher de type I, était stationnaire.

L'OAI a de nouveau interpellé l'assurée le 2 mars 2012 sur la question de son statut, en lui demandant « Maintenez-vous votre réponse, à savoir que vous travailleriez, aujourd'hui, à un taux de 80% si vous étiez en bonne santé ? ». L'assurée a répondu « oui » dans son courrier du 13 mars 2012. Elle a en outre indiqué, à la question « pour quelles raisons (quelles modifications avez-vous rencontrées depuis) », « mes enfants ayant grandi, je pourrais maintenant travailler à 80% à l'extérieur et 20% à la maison ».

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a adressé le 14 mai 2012 un rapport à l'OAI, dans lequel il a posé le diagnostic de maladie de Gaucher avec atteinte osseuse diffuse sous traitement de substitution par Cérézyme. Il a indiqué que la situation clinique était inchangée par rapport à son rapport du 20 juin 2011 et qu'au vu de la persistance d'une atteinte osseuse diffuse sous traitement maximal, le pronostic était réservé quant à une amélioration fonctionnelle.

Notamment afin de déterminer si le statut de l'assurée avait changé, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle enquête ménagère à son domicile, qui a été effectuée le 29 août 2012. Dans le rapport d'enquête du 5 septembre 2012, l'enquêtrice a expliqué qu'elle retenait un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, avec la motivation suivante :

« L'assurée dit qu'en bonne santé elle aurait travaillé comme coiffeuse près de son domicile. Son mari précise qu'ils avaient le projet de louer un local qu'il aurait lui-même aménagé en salon de coiffure pour son épouse. Elle aurait travaillé à 80 ou 100% selon les rendez-vous. Si l'assurée n'avait pas eu d'atteinte à la santé, son mari aurait travaillé à plein temps comme électricien ou [...] et n'aurait pas pu s'occuper des enfants. Monsieur N.\_\_\_\_\_ dit que cela ne poserait pas de problème car [si] l'assurée travaillait à proximité du domicile, elle pourrait faire sa pause de midi avec les enfants et ils sont assez grands pour rester seuls à leur retour dans l'après-midi. Les enfants se rendent seuls à leurs activités sportives qui se trouvent à proximité du domicile ».

L'enquêtrice a estimé que les empêchements ménagers se montaient à 45,25%. Elle a rédigé les observations suivantes :

« L'entretien s'est déroulé au domicile de l'assurée, en présence de son mari, les 3 enfants étant à l'école.

L'assurée était allongée sur le canapé à mon arrivée puis s'est assise pour assister à l'entretien. Son mari lui traduisait les questions et elle y répondait au mieux. En cours d'entretien, l'assurée s'est à nouveau allongée et semble s'être endormie.

Au vu de l'atteinte à la santé, l'assurée n'assume plus les tâches ménagères car lorsqu'elle veut le faire, elle a de fortes douleurs le soir et n'arrive pas à dormir.

Monsieur N.\_\_\_\_\_ dit que c'est très difficile pour lui de rester toujours enfermé à la maison, il aimerait aller travailler. Il dit se sentir inutile et que ce n'est pas sa place. Il est venu en Suisse pour travailler, il voulait ouvrir un petit salon de coiffure pour son épouse.

Le mari dit que sa famille n'est pas au courant de l'atteinte de son épouse car ce serait un trop grand choc pour eux.

Le statut semble clair pour cette assurée qui sans atteinte à la santé souhaitait travailler pour aider à subvenir aux besoins de sa famille et avoir une certaine autonomie financière car le couple n'est pas marié.

Le résultat des empêchements est plus bas à cause de l'exigibilité retenue (du mari et de l'enfant de 13 ans) car elle n'était pas encore appliquée lors de l'enquête précédente car les limitations de l'assurée semblent être plus importantes.

Dans le rapport du SMR, il est mentionné une capacité de travail de 50% exigible dans une activité adaptée. Cela semble difficile à envisager avec les limitations de l'assurée qui n'arrive pas à tenir son ménage et à s'occuper de ses enfants ».

Dans son courrier à l'OAI du 11 février 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 50%, en relevant comme limitations des douleurs squelettiques diffuses (dépendantes d'antalgie majeure) et une fatigabilité.

Le 18 février 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé, dans le cadre de la procédure de révision de l'allocation pour impotent, que l'état de sa patiente nécessitait l'aide d'un tiers pour les actes se vêtir/dévoûtir, manger, faire sa toilette et se déplacer/entretenir des contacts sociaux.

Dans un nouveau rapport à l'OAI du 15 juillet 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait état d'une situation inchangée.

Par avis médical du 27 novembre 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a confirmé une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007. Il a notamment relevé ce qui suit :

« Dans son questionnaire de révision du 27.02.2012 l'assurée mentionne une aggravation des douleurs articulaires avec difficultés à la mobilisation et un état anxieux depuis janvier 2008.

Dans son certificat médical du 28.09.2012 le Dr D.\_\_\_\_\_ hématalogue au T.\_\_\_\_\_ mentionne que l'assurée souffre de douleurs squelettiques diffuses et d'une fatigabilité. Ce médecin atteste une CT [capacité de travail] de 50% dans une activité adaptée. Ce médecin confirme la stabilité de la situation dans son RM [rapport médical] du 15.06.2013.

Contacté téléphoniquement ce jour le Dr B. \_\_\_\_\_ MT [médecin traitant] confirme que la situation est stable tant sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique ce médecin retient une « état anxieux et une tendance à l'hypochondrie » mais aucune atteinte incapacitante ou suivi spécialisé.

En l'absence d'aggravation sur le plan hématologique ou psychologique, les douleurs articulaires signalées par l'assurée sont à mettre sur le compte du syndrome somatoforme douloureux chronique déjà décrit par le Dr J. \_\_\_\_\_ en 2007 et non incapacitant selon le rapport SMR du 15.02.2008 ».

Par projet de décision du 19 février 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa rente serait supprimée le deuxième jour du mois suivant la notification de la décision, sur la base du calcul suivant du taux d'invalidité :

« invalidité sur la part active :  $80-50 \times 100 = 37.5\%$  (taux activité - capacité x 100)

	80		taux activité
<u>Activité partielle</u>	<u>Part</u>	<u>Empêchement</u>	<u>Degré d'invalidité</u>
Active	80%	37.50%	30.00%
Ménagère	20%	45.25%	9.05%
Degré d'invalidité			<b>39.05%</b> ».

Par communication du 27 mars 2014, l'OAI a confirmé le droit à l'allocation pour impotent sans modification.

Le 15 avril 2014, l'assurée, par son conseil, a fait part de ses observations au projet de décision du 19 février 2014. Elle a notamment relevé qu'elle exerçait auparavant l'activité de coiffeuse. Elle a en outre fait valoir que son état de santé s'était manifestement aggravé, le Dr D. \_\_\_\_\_ étant d'avis que son taux d'incapacité était de 100% dans un certificat médical du 24 mars 2014 qu'elle joignait à son envoi, ce médecin estimant que ses douleurs osseuses sévères empêchaient actuellement toute activité physique y compris celles de la vie de tous les jours telles que le ménage et la cuisine. Elle soutenait dès lors que son degré d'invalidité s'élevait à 89.05%, selon le calcul suivant :

« Activité partielle                      Part    Empêchement                      Degré d'invalidité

Active	80%	100%	80%
Ménagère	20%	45.25%	20%
Degré d'invalidité			89.05% ».

Dans un nouveau rapport du 29 avril 2014 à l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail de sa patiente était totale dans toute activité en raison de douleurs lombaires et de la fatigabilité. Il a fait état d'une dépendance aux antalgiques majeure en raison des douleurs chroniques, et d'une nette aggravation des douleurs osseuses durant les 12 derniers mois. Le traitement de substitution enzymatique avait lieu toutes les deux semaines. La patiente avait des douleurs bilatérales des avant-bras lui empêchant toute activité de ménage et de cuisine en raison du lâchage d'objets, et présentait une fatigue et une fatigabilité extrême. Au vu de la dégradation récente, le pronostic concernant une réintégration professionnelle semblait réservé.

Par avis du 6 mai 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'après discussion avec le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ils n'étaient pas convaincus, en raison de l'absence d'éléments objectifs nouveaux, d'une aggravation de l'état de santé, confirmant dès lors une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à la limitation fonctionnelle de port de charge (max 10 kg) telle que retenue dans le rapport d'examen SMR du 15 février 2008.

Par décision du 27 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 février 2014 tendant à la suppression de la rente d'invalidité de l'assurée. Il a joint un courrier du même jour selon lequel il suivait l'avis du 6 mai 2014 du SMR et maintenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (port de charge max 10 kg).

Par courrier du 6 juin 2014 à l'OAI, l'assurée, par son conseil, a fait valoir qu'elle n'avait pas compris la question du statut et que son état ne s'était pas aggravé, mais bien péjoré depuis la dernière expertise

réalisée en 2007, arguant être au bénéfice d'une allocation pour impotent moyenne.

Le 16 juin 2014, l'OAI a fait savoir à l'avocat de l'assurée que son statut avait été instruit à satisfaction et qu'il maintenait les termes de sa décision du 27 mai 2014.

Le 21 juillet 2014, l'OAI a refusé d'augmenter l'allocation pour impotent de l'assurée, maintenant ainsi le droit à une allocation pour impotent de degré moyen.

**D.** Par acte du 1<sup>er</sup> juillet 2014, N.\_\_\_\_\_, représentée par l'avocat Aba Neeman, a recouru contre la décision du 27 mai 2014 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au maintien de la demi-rente. En substance, elle conteste le statut retenu, en faisant valoir que son mari, si elle avait été en bonne santé, aurait travaillé à 100%. Dans ces conditions, elle n'aurait pas pu travailler à 80% avec trois enfants âgés de respectivement 14 et 12 ans. Elle n'avait en outre pas terminé sa formation de coiffeuse et n'avait jamais exercé cette activité, si bien que l'on ne saurait retenir qu'elle aurait ouvert un salon de coiffure et l'aurait exploité, respectivement aurait été employée comme coiffeuse sans CFC ou titre équivalent. Elle soutient que cela conduit à retenir un statut d'active à 50% et de ménagère à 50%, faisant valoir qu'elle n'avait pas compris le sens du formulaire 531bis dans le cadre de la première demande AI. Elle en déduit que son degré d'invalidité doit être fixé à 59,05%, ce qui conduit au maintien de la demi-rente.

Dans sa réponse du 9 septembre 2014, l'OAI propose le rejet du recours, en exposant que c'est à bon droit qu'un statut d'active à 80% et ménagère à 20% a été retenu.

En réplique, le 6 novembre 2014, la recourante requiert l'audition de son époux, de son assistante sociale et du Dr D.\_\_\_\_\_. Subsidiairement, elle sollicite une expertise sur son état de santé. Elle joint

à son envoi une attestation selon laquelle elle n'est pas au bénéfice d'une formation de coiffeuse mais n'a exercé cette activité que pour une durée de 6 mois. Elle en déduit qu'elle n'a donc jamais exercé d'activité professionnelle, et que l'on ne saurait dès lors retenir qu'elle aurait pu acquérir un salon de coiffure et l'exploiter, respectivement pu être engagée comme coiffeuse sans CFC ou titre équivalent.

Le 24 novembre 2014, l'OAI a confirmé sa position.

### **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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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 (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

**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 demi-rente 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 ; ATF 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'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité à la loi (cf. TF 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; cf. TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; 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 ; ATF 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 (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. TF 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, donc 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 (ATF 133 V 108 consid. 5b, ATF 125 V 368 consid. 2 et ATF 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 (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 (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.** En l'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 19 juin 2009 et 25 janvier 2010, à savoir les dernières décisions reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108), justifiant la suppression de la demi-rente décidée par l'office intimé le 27 mai 2014.

**5.** La recourante fait essentiellement valoir que son statut n'a pas subi de modification depuis sa demande initiale de prestations, et qu'elle n'a pas compris la question que l'intimé lui a posée en lien avec ledit statut. Pour elle, l'intimé aurait dû retenir un statut de ménagère à 100%, ou un statut mixte de l'ordre de 50% pour la part active et de 50% pour la part ménagère.

La recourante perd toutefois de vue que la révision du droit à la rente à laquelle l'intimé a procédé repose sur un changement (hypothétique) dans sa situation économique et personnelle, qui a conduit à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Il reste dès

lors à examiner si l'intimé était en droit d'admettre un changement de statut de la recourante.

**a)** La décision initiale d'octroi de rente reposait sur un statut de ménagère à 100%. Dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2012, la recourante a répondu le 27 février 2012 à un questionnaire ad hoc de l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 80% comme coiffeuse. Afin de s'assurer que la recourante avait bien compris la question du statut, l'intimé l'a réinterpellée sur ce point le 2 mars 2012, en lui demandant si elle maintenait sa réponse (à savoir un taux d'activité sans atteinte à la santé de 80%) et de préciser les modifications rencontrées. Le 13 mars 2012, la recourante a maintenu qu'elle travaillerait au taux de 80% si elle était en bonne santé, dans la mesure où ses enfants avaient grandi et qu'elle pourrait dès lors travailler à 80% à l'extérieur et à 20% à la maison. Toujours dans le souci de s'assurer que la recourante avait bien compris la question de la détermination du statut, l'OAI a fait procéder à une enquête ménagère à son domicile, qui a eu lieu le 29 août 2012. Dans ce contexte, l'enquêtrice s'est longuement entretenue avec la recourante et son époux. Ce dernier a expliqué de façon détaillée à l'enquêtrice que le couple avait le projet de louer un local afin que son épouse y exerce l'activité de coiffeuse, et que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé en cette qualité à 80% ou à 100%, selon les rendez-vous. De l'avis de l'enquêtrice, le statut semblait clair pour l'assurée, qui sans atteinte à la santé souhaitait travailler pour aider à subvenir aux besoins de la famille et avoir une certaine autonomie financière car le couple n'était pas marié. L'enquêtrice a en outre noté que selon les déclarations de l'époux de la recourante, les enfants étaient désormais assez grands pour rester seuls à la maison en attendant le retour de leur mère dans l'après-midi. Ils se rendaient au domicile seuls à leurs activités sportives à proximité du domicile. Dans ces conditions, l'enquêtrice a retenu un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%.

Il n'y a pas lieu de remettre en cause ce statut : il est en effet constant que les enfants du couple sont désormais adolescents et en mesure de faire preuve d'une plus grande autonomie. La recourante ne

peut en outre être suivie lorsqu'elle affirme qu'elle n'aurait pas compris la question du statut : elle l'a non seulement indiqué sur le premier formulaire 531bis du 27 février 2012, mais a encore maintenu cette position le 13 mars 2012, en précisant, de façon tout à fait opportune, que dans la mesure où ses enfants avaient grandi, elle pourrait travailler à l'extérieur à 80%. C'est du reste toujours cette explication que le couple a donnée à l'enquêtrice en août 2012, en exposant le projet qui était le leur avant l'atteinte à la santé d'ouvrir un salon de coiffure. Le point de savoir si la recourante est titulaire ou non d'une formation dans ce domaine n'est pas déterminant à cet égard, seule devant être tranchée la question de savoir si, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative. Or tous les éléments concordent pour admettre que tel est bien le cas, et que cette activité aurait été exercée au taux de 80%. La recourante a du reste allégué dans ses observations du 15 avril 2014 au projet de décision qu'elle exerçait auparavant l'activité de coiffeuse. Elle a également mentionné dans le cadre de l'examen de sa demande initiale de prestations qu'elle travaillerait comme coiffeuse si elle était en bonne santé (cf. formulaire 531bis du 21 janvier 2007). Certes, la jurisprudence concernant les premières déclarations ou les déclarations de la première heure (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47) ne constitue pas une règle de droit immuable, faute de quoi elle entrerait en conflit avec le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA) ; ces déclarations sont des hypothèses abstraites dont la teneur dépend notamment du taux de compréhension que peut en avoir l'assuré concerné (cf. notamment TF 9C\_139/2010 du 29 octobre 2010 consid. 3.2). En l'espèce, la recourante ne rend toutefois pas vraisemblable (cf. ATF 121 V 5 consid. 3b p. 6) son incompréhension des questions concernant son taux d'activité en bonne santé. La recourante n'a au demeurant pas contesté le statut de 80% active 20% ménagère dans le cadre de ses observations sur le projet de décision du 15 avril 2014, où elle calcule son degré d'invalidité sur la base d'un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%. Ce n'est que le 6 juin 2014 que, pour la première fois, elle a contesté cette répartition. Dans ces circonstances, et en tenant compte également de l'âge des enfants du couple, il y a lieu de confirmer que l'assurée aurait repris une activité lucrative au taux de 80% sans atteinte à la santé.

Il résulte de ce qui précède qu'en retenant un statut d'active à 80% et de ménagère à 20% à la recourante, l'office intimé n'a pas violé le droit et que ce statut doit être confirmé, justifiant ainsi la révision du droit aux prestations.

**b)** Se pose ensuite la question de l'évolution de l'état de santé de la recourante. Selon cette dernière, elle aurait subi une aggravation de ses troubles à compter du mois de janvier 2008. L'intimé maintient quant à lui une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Il apparaît toutefois que l'instruction médicale du cas a donné lieu à des rapports médicaux contradictoires. S'il est exact que le Dr B.\_\_\_\_\_ a mentionné un état stationnaire (cf. son rapport du 12 mars 2012 à l'OAI), et que le Dr D.\_\_\_\_\_ a lui aussi fait dans un premier temps état d'une situation clinique inchangée (cf. rapport du 14 mai 2012), avec une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de 50% (cf. ses rapports des 11 février 2013 et 15 juillet 2013), le Dr D.\_\_\_\_\_ a toutefois mentionné le 29 avril 2014 une nette aggravation des douleurs osseuses de la recourante durant les 12 derniers mois, dont il résultait une incapacité de travail totale dans toutes activités. Le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, après discussion avec le Dr Z.\_\_\_\_\_, a dit par avis du 6 mai 2014 ne pas être convaincu de l'aggravation de l'état de santé en l'absence d'éléments objectifs nouveaux, confirmant dès lors une capacité de travail de 50%. Le SMR n'a pourtant pas mis en œuvre de nouveaux examens, alors qu'un doute subsiste sur l'état de santé de la recourante et son évolution. On relèvera ici qu'un trouble somatoforme douloureux a été évoqué à plusieurs reprises, sans que cette question n'ait fait l'objet d'une instruction. Ainsi le Dr J.\_\_\_\_\_ notait déjà dans son rapport d'expertise médicale du 21 décembre 2007 qu'en présence d'un tableau complexe où semblait prédominer des douleurs d'origine non organique, il serait vraisemblablement utile de pouvoir disposer d'une appréciation psychiatrique afin de préciser l'existence d'une éventuelle comorbidité significative à ce tableau fortement évocateur d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Le Dr

B. \_\_\_\_\_ a quant à lui mentionné un « état anxieux », mais aurait déclaré par téléphone au Dr Z. \_\_\_\_\_ qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante au plan psychiatrique. Cette seule affirmation n'est toutefois pas de nature à écarter toute investigation sur ce plan.

Des incertitudes persistent donc sur l'état de santé de la recourante aux plans psychiatrique et rhumatologique, qui méritent d'être levées dans le cadre d'une instruction complémentaire.

**c)** Partant, la Cour de céans ne disposant pas d'informations médicales suffisantes sous les angles somatique et psychique, il ne saurait être question de procéder ici à l'examen du degré d'invalidité de l'intéressée.

**6. 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 en ce qui concerne l'aspect médical, en particulier s'agissant de l'évolution de l'état de santé de la recourante en lien avec la maladie de Gaucher. 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 somatique et psychiatrique (cf. art. 44 LPGA). Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, ce montant couvrant celui revenant à l'avocat d'office.

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 27 mai 2014 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 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Aba Neeman (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :