

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 août 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Aba Neeman, avocat à Montreux,

et

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

Art. 6ss, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], 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 ou l'intimé) 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^{er} 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 R._____, spécialiste en médecine interne générale et en hématologie, a diagnostiqué le 20 février 2007 dans un rapport à l'OAI une 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 R._____ relevait que la patiente, qu'il suivait depuis octobre 2004, présentait toujours d'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 R._____, l'assurée pouvait travailler quatre 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 R._____ a estimé que l'assurée pouvait rester assise pendant six heures par jour, debout quatre heures par jour et avoir la même position du corps pendant une heure, son périmètre de marche étant de deux cents mètres.

Dans son rapport à l'OAI du 9 mars 2007, le Dr Q._____, 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 Q._____, 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 Q._____ 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 O._____, spécialiste en radiologie, qui relevait un léger trouble statique et dégénératif étagé du rachis dorso-lombaire.

Sur requête de l'OAI, le Dr Q._____ 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 R._____.

Le 4 juillet 2007, le Dr Q._____ a fait suivre à l'OAI le rapport du 26 juin 2007 du Dr R._____, 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 R._____ avait assisté à une quasi-normalisation de la formule sanguine

et de l'hépatosplénomégalie. Par contre, les anomalies osseuses étaient connues pour mettre quatre à six 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 (imagerie par résonance magnétique) 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 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 [Centre Médico-social] 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 CHUV, 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 A._____, 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 A._____ a notamment relevé ce qui suit :

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

4.1 Diagnostics 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 Diagnostics 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 B. _____, 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 pancytopenie 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 ¼ 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 comorbidité 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^{er} 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."

Sur requête de l'OAI, le Dr A. _____ 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 A. _____, 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 A. _____, 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 J._____ du SMR (Service Médical Régional de l'assurance-invalidité) a estimé que la capacité de travail exigible de l'assurée était de 50% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2007.

Dans la fiche d'examen du dossier du 15 janvier 2009, l'OAI a précisé qu'il considérait l'assurée comme ménagère à 100%.

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^{er} août 2005 (compte tenu d'un taux d'invalidité de 71%), et dès le 1^{er} juillet 2007 (soit trois mois après l'amélioration du 1^{er} 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 R._____ 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 R._____ a expliqué avoir rencontré durant les derniers dix-huit 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 R. _____ proposait de le reporter de douze à dix-huit 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 celle-ci avait une impotence due à l'invalidité pour les actes :

- se vêtir/dévetir, depuis mai 2011,
- manger, depuis janvier 2008,
- faire sa toilette, depuis août 2002,
- se déplacer, entretenir des contacts sociaux, depuis janvier 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^{er} janvier 2009 et de degré moyen dès le 1^{er} 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^{er} août 2011, selon les Directives 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 26 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 C._____, nouveau médecin traitant, lui a fait savoir le 12 mars 2012 que l'état de la patiente, qui était suivie au CHUV 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 R._____ 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 depuis 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 eu le projet de louer un local qu'il aurait lui-même aménagé en salon de

coiffure pour son épouse. Elle aurait pu travailler 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 sécuritas et n'aurait pas pu s'occuper des enfants. Monsieur B. _____ 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 B. _____ 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 R. _____ 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 C. _____ 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 R. _____ a fait état d'une situation inchangée.

Par avis médical du 27 novembre 2013, le Dr X. _____ du SMR a confirmé une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} 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 R. _____ hématalogue au CHUV 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 C. _____ MT [médecin traitant] confirme que la situation est stable tant sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique ce médecin retient un « état anxieux et une tendance à l'hypochondrie » mais aucune atteinte incapacitante ou suivi spécialisé.

En l'absence d'aggravation sur le plan hématalogique 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 A. _____ 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 : $\frac{80-50 \times 100}{80 \text{ taux}}$ = 37.5% (taux activité - capacité x 100)
d'activité

Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité

Active	80%	37.50%	30.00%
Ménagère	20%	45.25%	9.05%
Degré d'invalidité			39.05%."

Par communication du 27 mars 2014, l'OAI a confirmé le droit à l'allocation pour impotent de degré moyen 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 R. _____ 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 :

<u>"Activité partielle</u>	<u>Part</u>	<u>Empêchement</u>	<u>Degré d'invalidité</u>
Active	80%	100%	80%
Ménagère	20%	45.25%	9.05%
Degré d'invalidité			89.05%."

Dans un nouveau rapport du 29 avril 2014 à l'OAI, le Dr R. _____ 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 majeurs en raison des douleurs chroniques, et d'une nette aggravation des douleurs osseuses durant les douze 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 T. _____ du SMR a estimé qu'après discussion avec le Dr X. _____, 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 (maximum dix kilos) 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 maximum dix kilos).

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 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. L'assurée a recouru contre la décision du 27 mai 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au maintien de la demi-rente, faisant valoir qu'avec trois enfants âgés de respectivement quatorze et douze ans, c'était un statut d'active à 50% et de ménagère à 50% qu'il aurait fallu retenir, son degré d'invalidité devant être fixé à 59.05% et conduire au maintien de la demi-rente.

Par arrêt du 5 janvier 2015 (cause AI 149/14 - 9/2015), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assurée, annulé la décision

rendue le 27 mai 2014 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, la Cour de céans a estimé qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause le statut d'active à 80% et de ménagère à 20%. Toutefois, dans la mesure où des incertitudes persistaient sur l'état de santé de l'intéressée, aux plans psychiatrique et rhumatologique notamment, l'instruction devait être complétée par la mise en œuvre d'une expertise somatique et psychiatrique.

E. A la suite de l'arrêt du 5 janvier 2015, l'OAI a repris l'instruction du cas. Une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, psychiatrique et rhumatologique) a été mise en œuvre auprès de la Clinique Romande de Réadaptation. Les Drs K._____, spécialiste en médecine interne, H._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont rendu leur rapport le 20 juin 2016. Ils ont posé le diagnostic de maladie de Gaucher de type I (E75.2) avec effet sur la capacité de travail, et ceux sans effet sur la capacité de travail d'état douloureux chronique diffus (R52.9) et d'utilisation nocive d'opiacés (F11.1). Les experts ont en particulier relevé ce qui suit dans le cadre de leur appréciation du cas :

“Au terme de leur entretien de synthèse, les experts estiment de façon unanime que Mme B._____ souffre d'une atteinte objective à la santé sous forme d'une maladie de Gaucher de type 1. Les manifestations cliniques liées à la maladie de Gaucher sont toutefois modestes depuis que le traitement enzymatique substitutif a déployé ses effets. Elles ne créent plus un handicap rédhibitoire dans la perspective d'une implication professionnelle. Actuellement, on peut admettre une diminution de rendement de 30 % dans une activité lucrative, essentiellement en raison du ralentissement psycho-moteur lié à l'utilisation d'opiacés.

L'inefficacité des antalgiques est reconnue par l'assurée : dans ces conditions, un sevrage progressif peut être tenté sans délai.

Dans le cas de Mme B._____, une impotence n'entre à l'évidence pas en considération.

Il convient de préciser que notre appréciation n'est que médico-théorique : manifestement, des facteurs contextuels conditionnent de façon prépondérante le maintien de Mme B._____ hors du monde du travail : absence de formation et d'implication dans une quelconque activité rémunérée avant et après la venue en Suisse, absence d'acculturation, conviction d'être invalidée par sa maladie,

conviction cautionnée à ses yeux par les explications médicales qu'elle a reçues et par l'octroi temporaire de prestations AI, modèle culturel d'invalidité. Ces facteurs sortent clairement du registre biomédical dans lequel nous confine l'assurance[-]invalidité. Dans ces conditions, l'espoir que l'intéressée puisse s'intégrer dans le monde du travail paraît chimérique."

Pour sa part, l'expert psychiatre n'a pas posé de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, retenant sans effet sur celle-ci une utilisation nocive d'opiacés. Il a en outre notamment fait les observations suivantes :

"Appréciation

Discussion de la maladie

Il s'agit d'une maladie génétiquement déterminée rare qui, dans le cadre de la présente expertise pluridisciplinaire, est décrite par mon collègue le Dr H. _____ sous "Appréciation". C'est depuis 1996 que l'on peut traiter cette maladie avec une substitution de l'enzyme manquant.

A savoir que les symptômes typiques, des manifestations osseuses douloureuses, n'étaient pas présents avant la pose du diagnostic. En fait, selon l'information précise que l'assurée m'a transmise, le diagnostic était fortuit parce qu'au moment de l'accouchement en 2001, on avait constaté une anémie et en cherchant la cause de cette anémie, finalement la maladie de Gaucher a été diagnostiquée.

Les plaintes actuelles ne se sont installées que graduellement au fil du temps. Contrairement à ce dont on s'attend (voir l'expertise du Dr H. _____ : disparition des crises douloureuses après cinq ans de traitement au plus tard), cela ne coïncide pas avec la péjoration continue des plaintes de l'assurée bien après ce laps de temps.

Dans le présent examen psychiatrique, ce sont les effets d'un traitement médicamenteux antidouleur lourd avec de très importantes doses de deux opiacés (quatre fois 100 mg de Tramadol et quatre comprimés de Co-Dafalgan, contenant de la codéine, chez une femme aux capacités métaboliques du foie précaires, voir l'expertise principale du Dr K. _____), qui dominent le tableau psycho-pathologique, avec une diminution de la vigilance, un léger ralentissement de la pensée, et, après quarante minutes d'exploration environ, avec une tendance à s'endormir étant assise.

On ne met pas en évidence un tableau dépressif de gravité importante. L'éroussement affectif qui est important est plutôt à mettre en relation avec la surmédication susmentionnée.

L'assurée décrit de façon crédible et adéquate une peur de tomber quand elle sort seule, une peur n'est pas tout à fait injustifiée vu la

dose d'opiacés prescrits. L'exploration ciblée ne met pas en évidence de crise de panique ou d'angoisse typique.

On n'a pas d'indice pour un trouble de la personnalité : dans sa vie antérieure, avant la pose du diagnostic en 2001, l'assurée a mené une vie tout à fait adaptée à son cadre culturel qui est la société pré-moderne albanaise traditionnelle où les femmes, en groupe, s'occupent du ménage, de la maison et du jardin de la grande famille élargie.

On ne peut pas retenir le diagnostic d'un "syndrome douloureux somatoforme persistant", parce que cette assurée n'a montré aucun vécu douloureux pendant l'examen psychiatrique qui a duré une heure environ, et parce que ses préoccupations ne sont pas orientées, la plupart du temps, envers les douleurs comme telles.

Evolution du tableau psychopathologique

C'est après l'immigration en Suisse et la pose du diagnostic somatique deux mois après, que très graduellement, l'assurée commençait à montrer un état régressif avec une vita minima.

L'assurée justifie cette situation avec le fait que les médecins spécialistes au CHUV lui ont expliqué qu'elle souffrait d'une maladie chronique à vie.

L'assurée n'a pas vraiment intégré, malgré de bonnes prémices cognitives et intellectuelles, le fait que cette maladie est traitable et traitée. Ceci bien qu'elle admette explicitement et clairement que depuis l'introduction du traitement, les douleurs auraient diminué dans un premier temps et que le traitement était tout à fait efficace. En contradiction avec ceci, elle parle d'une péjoration graduelle inexorable qui continue jusqu'à ce jour.

Interpellée par rapport à l'information qu'elle a obtenue par les spécialistes, elle évoque, hormis le "ramollissement des os", "le danger que le foie puisse exploser". A savoir que cette assurée dispose d'une très faible connaissance du fonctionnement du corps humain, ce qui est une caractéristique culturelle de son milieu.

Facteurs contextuels

Selon le mari (l'assurée elle-même n'est pas informée de la situation financière de la famille), sans les prestations de l'AI, la famille n'a aucun revenu et le mari aurait dû emprunter de l'argent à des membres de sa famille, et le non-paiement de la rente AI lui poserait un grand problème.

L'assurée n'est pas acculturée et ne maîtrise pas le français.

Cette assurée a passé toute sa vie, déjà avant l'émigration en 2001, dans le cadre de la famille traditionnelle élargie et n'a jamais individuellement exercé une activité rémunérée en dehors de la grande famille.

Tout ceci sont des éléments qui sortent évidemment du champ médical.

Discussion du traitement déjà appliqué

Concernant le traitement de la maladie de base, et l'effet que ce traitement normalement peut avoir, voir les rapports d'expertise de mes collègues somaticiens, en particulier celui du Dr H. _____, qui explique le caractère de la maladie de l'assurée.

Je constate, par contre, que l'état psychique observé est dominé par l'effet d'une dose très importante d'opiacés prescrite par les médecins traitants. L'assurée et son mari mentionnent le Dr R. _____ au CHUV qui serait le spécialiste pour le traitement de la maladie de base, comme auteur de la prescription médicamenteuse actuelle.

Cohérence

Le comportement non algique de cette assurée est en contradiction avec l'allégation de fortes douleurs qui seraient présentes en permanence. Mais il est vrai qu'à la différence de l'examen somatique, l'assurée ne soulignait pas en première ligne les douleurs auprès de moi-même.

L'histoire de l'évolution de la maladie telle que reportée par l'assurée : après la pose du diagnostic, évolution d'un syndrome douloureux, puis, grâce au traitement, une amélioration, est en contradiction avec l'allégation d'une péjoration continue jusqu'à ce jour, est incohérente.

L'allégation de douleurs insupportables qui sont présentes pendant presque tout le temps, et au même temps le fait que l'assurée arrive bien à voyager en voiture en tant que passager jusqu'à Vienne sans problème majeur, est incohérente.

Ressources de la personnalité et du contexte social

En principe, il s'agit d'une personnalité prémorbide tout à fait stable, chez laquelle on n'a aucun indice de trouble de la personnalité qui puisse empêcher un fonctionnement adapté dans les domaines importants tels que sont la famille, les loisirs et le travail.

A savoir que cette assurée n'a jamais fonctionné en dehors du cadre de sa famille élargie, déjà avant que sa maladie se soit déclarée et ne connaît donc pas le monde du travail rémunéré, ni dans son pays, ni en Suisse. Elle n'avait pas besoin de le connaître, parce qu'elle avait sa place selon les traditions de son ethnie. Ceci est évidemment un fait qui sort du champ médical.

Exigibilité

L'appréciation de l'exigibilité reste, bien sûr, purement médico-théorique : en principe, elle est entière.

Mais les nombreux éléments qui sortent du champ médical, telles que l'absence de connaissance du français, l'absence d'habitude et d'expérience d'une activité rémunérée en dehors de la famille élargie, la conviction de l'assurée d'être invalidée par sa maladie

(conviction affirmée par les médecins traitants et l'AI pendant de nombreuses années) avec un comportement d'invalidé, empêchent évidemment l'intégration dans le monde du travail.

Mesures professionnelles

Pour les raisons susmentionnées, des mesures professionnelles seront vouées à l'échec.

Pronostic

Le pronostic est mauvais par rapport à un changement significatif de la situation actuelle.”

Quant à l'expert rhumatologue, il a encore relevé ce qui suit :

“En préambule, il s'agit de préciser le cadre de la maladie de Gaucher, plus particulièrement les manifestations osseuses qui constituent la principale plainte de l'assurée.

La maladie de Gaucher est une affection rare. On estime que sa prévalence dans la population est de l'ordre de 1/100'000. En France, on a recensé environ 500 patients atteints de la maladie de Gaucher. Par extrapolation, on peut estimer qu'en Suisse il existe quelques dizaines de cas à peine, ce qui explique le peu d'expérience clinique des médecins et le peu d'experts en la matière.

Le type 1 de maladie de Gaucher est de loin le plus fréquent. Les types 2 et 3 comportent une atteinte neurologique et ont un pronostic plus sévère. La maladie de Gaucher se transmet sur un mode autosomique récessif ce qui explique le caractère sporadique des cas, notamment qu'il n'y ait pas d'autre cas recensé dans la famille de Madame B. _____.

La maladie de Gaucher est due à un déficit enzymatique (la glucocérébrosidase), enzyme contenue dans les lysosomes cellulaires et servant au catabolisme de certaines graisses. Certains de ces lipides sont contenus dans les membranes cellulaires des éléments figurés du sang (globules rouges et globules blancs). Au cours du phénomène de dégradation de ces membranes après la mort cellulaire, ces lipides ne peuvent pas être dégradés et s'accumulent dans des macrophages qui adoptent une morphologie caractéristique en histologie (cellule de Gaucher, du nom du médecin qui a le premier décrit la maladie en 1882).

Il s'agit donc d'une thésaurismose qui se manifeste dans tous les organes où les macrophages sont présents, principalement la rate, le foie et la moelle osseuse. Ce sont ces organes qui sont préférentiellement touchés avec une hépatomégalie, souvent accompagnée d'une choléstase, plus rarement d'une cytolysse. Il existe une splénomégalie avec diminution des lignées (anémie, leucopénie et thrombopénie).

En ce qui concerne l'os, l'infiltration de la moelle peut provoquer une ostéoporose avec les complications habituelles sous forme de fractures, en particulier au rachis (tassements vertébraux). La maladie de Gaucher est une cause classique des ostéonécroses aseptiques, préférentiellement des têtes fémorales et des têtes humérales. Il peut exister des infarctus osseux sur les os longs. Au plan clinique, les atteintes osseuses se manifestent soit par des douleurs aiguës (consécutives aux fractures et aux ostéonécroses), soit par des douleurs chroniques liées à l'infiltration. Cette infiltration peut être appréciée par l'IRM, les cellules de Gaucher provoquant une diminution de la graisse médullaire qui se manifeste par un hyposignal en T1 et T2. La densitométrie permet d'évaluer la diminution de la masse osseuse au rachis et aux hanches.

Le traitement de la maladie de Gaucher a été révolutionné en 1996 par la commercialisation du Cérézyme (imiglucérase), un analogue de l'enzyme manquante (glucocérébrosidase). Si l'on se fie à la plus grande série publiée (référence généralement citée ci-dessous), les symptômes de la maladie de Gaucher s'estompent selon un agenda assez classique : disparition de l'asthénie en 3 à 6 mois, diminution de l'hépatosplénomégalie de plus de 50 % en deux ans, diminution des douleurs et des crises douloureuses chez la plupart des patients, disparition des crises osseuses après 5 ans de traitement. Les effets secondaires du traitement enzymatique substitutif sont extrêmement rares.

En ce qui concerne l'atteinte osseuse, le cas de Madame B. _____ peut être taxé de modéré : il existe certes une infiltration mise en évidence par les IRM du rachis, des fémurs et du bras droit. Mais la densitométrie ne révèle pas d'altération de la masse osseuse et les différents examens mentionnés ne révèlent pas d'infarctus osseux ni d'ostéonécrose.

On comprend de ce qui précède qu'il existe un écart énorme entre la maladie de base, clairement identifiée, à savoir la maladie de Gaucher, et les allégations respectivement de douleurs et de handicap. Lors de l'approche clinique, on est face à une patiente très peu acculturée, qui se mure dans un état de régression; elle donne des réponses prévisibles, avançant un handicap systématique; il n'est que de dire qu'elle requiert l'aide de son mari pour l'habillage et la toilette pour comprendre qu'elle s'estime dans la totale incapacité de seulement envisager une activité rémunérée.

Au cours de l'examen physique, elle joint le geste à la parole. Le comportement douloureux est à ce point caricatural (c.f. détails ci-dessus) qu'il apparaît comme une forme d'opposition. L'assurée ne peut écarter les bras de son corps au-delà de 30°; elle ne peut effectuer un salut coxal; elle n'exerce aucune force lors d'un test de préhension. Elle manifeste sa douleur avec un catalogue de modalités décrit ci-dessus, qui interdit finalement l'application d'un protocole standardisé de mesures articulaires. Là encore, les stimuli appliqués ne sauraient générer tout ou partie de la douleur alléguée. Objectivement, si l'on fait abstraction du comportement, on n'observe pas de déformation importante ni de limitation de l'appareil locomoteur, hormis celle que Madame B. _____ exhibe.

Finalement, on ne saurait admettre que la maladie de Gaucher soit responsable du tableau douloureux avancé. Contrairement à l'attente, ses douleurs ne se sont pas améliorées, comme on le voit d'ordinaire, avec le traitement enzymatique substitutif. Tout au contraire, Madame B. _____ décrit une dégradation inexorable, particulièrement marquée durant les deux années qui ont précédé la présente expertise. Une telle aggravation est incompréhensible comme est incompréhensible un état douloureux non modulable, résistant à tous les traitements, coté à l'extrémité de l'échelle visuelle analogique, qui obérerait la moindre des activités. En regard, comme indiqué ci-dessus, la maladie de Gaucher qu'elle présente semble occuper l'extrémité la plus légère du spectre de ce type de maladie; c'est du moins ce que soutiennent l'absence d'ostéoporose, l'absence d'accident évolutif de type fracture, infarctus osseux ou ostéonécrose. Les modifications de la graisse médullaire visibles en IRM semblent elles-mêmes modestes.

Ce qui frappe, c'est l'absence de toute implication professionnelle depuis l'arrivée en Suisse, l'absence d'acculturation, le lien de dépendance, probablement moins marqué que ce qu'allègue l'intéressée. On soulignera qu'au cours de l'examen physique, auquel ne participe pas la traductrice, elle parvient à s'exprimer dans un français rudimentaire, qu'elle est parfaitement autonome pour se dévêtir et se rhabiller, qu'elle peut se déplacer à l'étranger pour de longs trajets en voiture une à deux fois par an. Les données de l'examen clinique ne rendent pas crédibles une impotence, l'assurée devant être capable d'assumer son propre entretien.

Dans ce contexte, on ne voit pas pourquoi, l'atteinte de l'appareil locomoteur liée à la maladie de Gaucher empêche l'assuré[e] d'envisager l'exercice d'une activité rémunérée. On aurait à tout le moins pu attendre d'elle qu'elle s'implique 5 ans après l'instauration du traitement de substitution enzymatique, soit à partir de 2011.

L'exigibilité dans un tel cas ne peut être que médico-théorique, sachant que Mme B. _____ n'a jamais occupé d'emploi en Suisse et qu'elle dit et montre ne pas être apte à une quelconque activité professionnelle.

Pour les mêmes raisons, le pronostic d'une insertion dans le monde du travail est catastrophique. Envisager une telle issue paraît même dénué de sens.

Cette estimation ne prend évidemment pas en compte les aspects psychologiques, examinés par ailleurs."

Le 5 juillet 2016, le Dr W. _____ du SMR a relevé que la capacité de travail était entière sur le plan médico-théorique, constatant pour le surplus que selon les critères de l'arrêt du 3 juin 2015 relatif à un état douloureux chronique, aucune incapacité de travail ne pouvait être reconnue.

Par projet du 26 juillet 2016, l'OAI a informé la recourante de son intention de supprimer sa rente d'invalidité.

L'assurée, par son conseil, a fait part à l'OAI de ses observations relatives au projet de décision le 26 août 2016.

Elle a produit un certificat du Dr E._____, nouveau médecin traitant, du 29 août 2016, selon lequel sa patiente présentait en sus de la maladie de Gaucher type I des douleurs cervico-brachiales droites dans le contexte d'une sténose foraminale au niveau de l'étage C5-C6. La patiente avait été adressée le 4 juillet 2016 au Dr F._____, spécialiste en neurologie, qui avait écarté un syndrome du tunnel carpien et suggéré une IRM cervicale. Celle-ci, effectuée le 25 août 2016, avait montré une sténose foraminale modérée au niveau de l'étage de C5-C6, en particulier à droite avec possible conflit disco-uncodiscarthrosique foraminal au niveau de la sortie de C6 droite.

Le 13 décembre 2016, le Dr S._____ du SMR a fait les observations suivantes :

"A/ ce RM rapporterait les mêmes constatations que précédemment, mais aussi une sténose foraminale C5-C6, ce qui serait nouveau en soit. Cependant, nous pouvons douter de cette sténose, une expertise pluridisciplinaire ayant eu lieu à la CRR, et alors qu'en p. 5 de cette expertise, il n'existait au niveau des Membres Supérieurs aucune atteinte de type cervico-brachialgies.

B/ veuillez noter qu'il s'agit uniquement de douleurs, donc d'une atteinte subjective, alors qu'aucune atteinte objective sensitive ou motrice à l'ENMG [électroneuromyogramme] ne vient étayer le diagnostic avec des ralentissements de conduction en aval.

C/ la sténose serait modérée sans que soit fournies les mesures, et encore moins un compte rendu précis, ce qui est douteux. Veuillez noter que la résolution de l'IRM est de 10 millimètres, et qu'en l'absence de chiffres probants et de déficits moteurs ou sensoriels sous-jacents, nous rejetons le caractère incapacitant potentiel du terme « modéré » au niveau foraminal.

D/ il existerait un « possible » conflit foraminal au niveau de la sortie C6 D. Veuillez noter que ce conflit est possible, mais pas sûr, à la radio, uniquement, avec un degré de résolution large. Nous rejetons donc aussi cette affirmation en l'absence de critères cliniques ou à l'ENMG sous-jacents, car par définition une image radio n'implique pas à tout coup, ou forcément une atteinte clinique en résultant ; inversement une atteinte clinique patente sous-jacente avec une

image radio concordante secondaire l'est par définition. Notre confrère s'inscrit donc à rebours de ces théorèmes. Au total, nous en restons aux conclusions de la CRR et de nos confrères. Ils sont justes et convaincants. Nous ne changeons pas notre position au vu de cette démonstration."

Par décision du 10 janvier 2017 à laquelle étaient jointes des déterminations sur les observations de l'assurée, l'OAI a confirmé la suppression de rente, avec la motivation suivante :

"Suite au changement de statut de l'assurée (passage de 100% active à 80 % active / 20 % ménagère), cette demi-rente a été supprimée au 30 juin 2014, par décision du 27 mai 2014.

Dans son arrêt du 5 janvier 2015, la Casso [Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal] estime qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause le statut de 80 % active et 20 % ménagère. Toutefois, elle constate cependant que l'instruction s'avère insuffisante en ce qui concerne l'aspect médical, en particulier s'agissant de l'évolution de l'état de santé en lien avec la maladie de Gaucher.

Ainsi, la décision du 27 mai 2014 est annulée et le dossier renvoyé à notre office pour la mise en œuvre d'une expertise somatique et psychiatrique.

Il ressort de ce rapport, ainsi que de l'avis du médecin-conseil du Service Médical Régional, que l'on ne peut retenir une quelconque aggravation de l'état de santé, ni une quelconque incapacité de travail.

La capacité de travail est dès lors estimée entière dans toute activité adaptée.

Dès lors, l'invalidité étant inférieure à 40 %, le droit à la rente s'éteint.

Nous nous référons expressément à notre courrier explicatif de ce jour, parvenu sous plis séparé."

F. Par acte du 13 février 2017, B._____, représentée par Me Aba Neeman, a recouru contre cette décision, en concluant principalement au maintien de la demi-rente, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a également requis que les frais de l'expertise de la Dresse D._____ soient mis à la charge de l'OAI. En substance, elle a fait valoir que les circonstances demeuraient inchangées, d'une part, critiquant ainsi la modification de son statut retenue par l'OAI, et a relevé d'autre part que sa situation de santé ne s'était pas non plus améliorée, estimant que l'intimé avait dès lors violé

l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) dans la mesure où il n'existait pas de motif de révision. Elle s'est référée à cet égard à deux rapports du Dr R._____, des 16 et 20 janvier 2017, qu'elle a produits, ainsi qu'à un rapport d'une assistante sociale du 11 décembre 2014. Elle a ensuite argué d'une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où l'OAI n'aurait pas expliqué en quoi le cadre familial aurait pu évoluer au point de nécessiter une nouvelle enquête. Dans un autre moyen, la recourante a contesté la teneur de l'expertise de la CRR. Dans ce cadre, elle a reproché au Dr H._____ d'avoir retenu des éléments sociologiques (situation en Suisse, absence d'acculturation, difficultés d'intégration, exagération des douleurs) comme causes à ses douleurs, alors que celles-ci étaient dues à des éléments somatiques, singulièrement à sa maladie de Gaucher. Elle a formulé les mêmes griefs à l'encontre du Dr P._____, lui reprochant d'éviter d'évoquer les effets psychiatriques de la maladie de Gaucher sur elle. La recourante reproche ensuite de façon plus générale aux experts d'admettre que l'exigibilité n'est que médico-théorique, les experts ne disposant pas de connaissances particulières en matière de maladie génétique. La recourante a contesté les observations des experts relatives à ses vacances, en expliquant devoir effectuer le voyage à raison d'étapes de huitante kilomètres compte tenu de ses douleurs aux chevilles et au pied. La recourante a ensuite critiqué l'appréciation du Dr W._____ du 5 juillet 2016, en tant qu'elle se limitait à résumer l'expertise de la CRR. La recourante a ensuite déploré que l'OAI refuse la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par un spécialiste des maladies génétiques rares, en relevant que la maladie de Gaucher ne concernait qu'un nombre très limité de personnes, estimant dès lors les médecins de la CRR incompetents pour l'expertiser.

Selon le rapport de l'assistante sociale de décembre 2014, c'était une connaissance du couple qui avait complété le formulaire relatif au statut, la recourante l'ayant signé sans le comprendre.

Le rapport du Dr R._____ du 20 janvier 2017 était adressé à la Dresse D._____, et invitait cette dernière à évaluer objectivement

l'assurée. Le 16 janvier 2017, le Dr R. _____ a fait savoir à l'avocat de la recourante que le sevrage du traitement d'antidouleur de celle-ci s'avérait « évidemment impossible », l'état de la patiente restant inchangé.

A titre de mesures d'instruction, la recourante a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, à confier à des spécialistes de la maladie de Gaucher, précisant à cet égard qu'elle serait expertisée le 21 février 2017 par la Dresse D. _____, et réservant les résultats de cette expertise.

Le 27 mars 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 26 mai 2017, la recourante a produit de nouvelles pièces. Elle a en particulier expliqué avoir subi une coronographie le 7 avril 2016. Celle-ci ayant mis en évidence une sténose serrée de l'IVA (artère interventriculaire antérieure) avec une importante plaque athérosclérotique, une prise en charge chirurgicale avait été décidée (cf. rapport de la Dresse L. _____, médecin-assistante au Service de cardiologie du CHUV, du 11 avril 2017). Elle avait été opérée du cœur trois semaines avant le dépôt de la réplique. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise auprès de la Dresse D. _____.

Le 19 juin 2017, l'OAI a maintenu sa position. Il a produit un rapport du Dr S. _____ du SMR du 9 juin 2017, qui a notamment relevé que la prise en charge par pontage de la sténose, au demeurant découverte en avril 2017 alors que la décision remonte au 10 janvier 2017, ne pouvait conduire qu'à une incapacité de travail transitoire, car les résultats de cette chirurgie étaient excellents.

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 opposition 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 a 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.

On relèvera à ce stade que la péjoration de son état de santé alléguée par la recourante sur le plan cardiaque, intervenue au printemps 2017, l'a été postérieurement à la décision attaquée. La présente autorité n'a dès lors pas à la prendre en considération, l'état de fait déterminant pour juger du droit au maintien de la prestation en cause étant celui qui s'est déroulé jusqu'à la date de la décision du 10 janvier 2017.

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) 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 propre 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, confirmée après complément d'instruction par décision du 10 janvier 2017.

On relèvera en premier lieu que l'existence d'un motif de révision est fondée en l'occurrence sur un changement (hypothétique) dans la situation économique et personnelle de la recourante qui a conduit à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (et non plus de la méthode spécifique appliquée jusqu'alors). En effet, comme jugé au considérant 5 de l'arrêt de la Cour de céans du 5 janvier 2015, 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 de grands adolescents et en mesure de faire preuve d'une autonomie accrue. 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 et de 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 ce contexte, les déclarations écrites de l'assistante sociale du 11 décembre 2014 ne sont pas de nature à apprécier de façon différente le statut de l'assurée. 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. On ne peut pour le surplus pas voir dans l'examen du statut auquel s'est livré l'OAI une violation du droit d'être entendue de la recourante, contrairement à ce qu'elle plaide. On relèvera pour autant que de besoin que l'argument selon lequel les enfants auraient grandi, si bien que la configuration de l'enquête ménagère serait aujourd'hui obsolète, va précisément dans le sens de celui de l'enquêtrice, qui a mis en avant l'âge des enfants pour modifier le statut de l'assurée. Le statut de la recourante ainsi déterminé implique l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) et la révision de la décision en cause est justifiée par la modification du statut de l'assurée.

5. Se pose ensuite la question de l'évolution de l'état de santé de la recourante. Celle-ci soutient que ses troubles se seraient péjorés à compter du mois de janvier 2008, appréciation que l'intimé ne partage pas.

Dans la mesure où l'instruction médicale avait donné lieu à des rapports contradictoires - le Dr C._____ ayant ainsi mentionné un état stationnaire (cf. son rapport du 12 mars 2012 à l'OAI), au même titre

que le DrR. _____ dans un premier temps (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), ce médecin ayant finalement fait état le 29 avril 2014 d'une nette aggravation des douleurs osseuses de la recourante durant les douze derniers mois dont il résultait une incapacité de travail totale dans toutes activités -, un complément d'instruction a été requis. En effet, le Dr T. _____ du SMR, après discussion avec le Dr X. _____, n'était pas 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% (cf. avis du 6 mai 2014), sans pour autant que de nouveaux examens ne soient mis en œuvre. A cela s'ajoutait encore qu'un trouble somatoforme douloureux avait été évoqué à plusieurs reprises, sans que cette question n'ait fait l'objet d'une instruction. Ainsi le Dr A. _____ notait 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 C. _____ a quant à lui mentionné un « état anxieux », mais aurait déclaré par téléphone au DrX. _____ qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante au plan psychiatrique. C'est dans ce contexte qu'a été rendu l'arrêt du 5 janvier 2015 de la Cour de céans, prévoyant le renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Une expertise a été confiée à trois experts de la CRR. Ces derniers ont examiné l'entier des pièces au dossier, ont procédé à des examens complets de la recourante, posé son anamnèse, listé ses plaintes, décrit une de ses journées actuelles et sa médication, et répondu de façon claire et cohérente aux questions qui leur étaient posées. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue à leur expertise. Sur la base de leurs observations, les experts ont estimé qu'il était établi - rejoignant en cela l'ensemble des médecins - que la recourante souffrait d'une atteinte objective à la santé sous forme de maladie de Gaucher. Ils

ont toutefois constaté que les manifestations cliniques liées à cette maladie étaient modestes depuis que le traitement enzymatique substitutif avait déployé ses effets. Les experts ont ainsi retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière, avec une baisse de rendement de 30% en raison essentiellement du ralentissement psychomoteur lié à l'utilisation d'opiacés.

La recourante fait pour l'essentiel valoir que les experts de la CRR ne sont pas des spécialistes de la maladie de Gaucher, et qu'ils ne disposent pas de connaissances spécifiques en matière de maladie génétique. Or le Dr R._____, au demeurant médecin traitant de l'assurée depuis plus de dix ans et en tant que tel enclin à prendre le parti de sa patiente, est spécialiste en médecine interne générale et en hématologie, et n'est donc pas un spécialiste des maladies génétiques, pas plus que les Drs Q._____ et C._____. Le Dr H._____ est quant à lui médecin spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, au même titre que la DresseD._____ (<https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire/resultats>) dont la recourante estime qu'elle est la mieux à même d'évaluer sa situation. Il est au demeurant établi que sa maladie de Gaucher est valablement traitée par substitution enzymatique par Cérézyme® (cf. rapports du Dr R._____ des 20 février 2007 et 17 août 2011, du Dr Q._____ du 4 juillet 2007, du Dr A._____ du 21 décembre 2007, expertise pluridisciplinaire du 20 juin 2016), étant établi également qu'il faut quelques années pour que les anomalies osseuses se normalisent sous traitement (cf. rapport d'expertise du Dr A._____ du 21 décembre 2007, qui relevait alors que l'objectif de l'effet osseux de la substitution n'était pas encore atteint). Cela étant, le Dr A._____ notait déjà dans son rapport du 21 décembre 2007 que les limitations fonctionnelles en lien avec la maladie de Gaucher ne consistaient qu'en des activités légères avec port de charge limité à moins de dix kilos, et une baisse de rendement pour une durée évaluée à deux années. Quant au reste du tableau, constitué de douleurs diffuses, fatigue, céphalées et douleurs abdominales, il n'était pas expliqué par la maladie de Gaucher ou son traitement, dont les effets secondaires étaient habituellement rares. Le Dr H._____ a quant à lui exposé la rareté de la

maladie de Gaucher, ce à quoi elle était due, et ses manifestations cliniques, en expliquant que cette maladie a été révolutionnée en 1996 par la commercialisation du Cérézyme®, qui est un analogue de l'enzyme manquante. Comme le Dr A. _____ avant lui, le Dr H. _____ a relevé que les effets secondaires du traitement enzymatique substitutif étaient extrêmement rares. Plus concrètement, le Dr H. _____ a constaté, sans être contredit, qu'en ce qui concerne l'atteinte osseuse de l'assurée, son cas peut être qualifié de modéré : il existe certes une infiltration mise en évidence par les IRM du rachis, des fémurs et du bras droit. La densitométrie ne révèle cependant pas d'altération de la masse osseuse, et les différents examens ne mettent pas en évidence d'infarctus osseux ni d'ostéonécrose. C'est ainsi sur la base de constats objectifs que le Dr H. _____ a estimé qu'il existait un « empan énorme » entre, d'une part, la maladie de Gaucher, clairement identifiée, et les allégations de douleurs et de handicap de l'assurée. Or en faisant abstraction du comportement de l'intéressée, le Dr H. _____ n'a observé ni déformation importante, ni limitation de l'appareil locomoteur. Dans ces conditions, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle affirme que le Dr H. _____ a retenu des éléments « sociologiques » comme causes de ses douleurs. Ce dernier a au contraire exposé de façon claire les éléments qui le conduisaient à exclure que l'atteinte de l'appareil locomoteur liée à la maladie de Gaucher empêche l'assurée d'exercer une activité lucrative. En outre, en l'absence de tout emploi jamais occupé en Suisse par l'assurée, il ne peut être fait grief au Dr H. _____ d'avoir évalué une exigibilité médico-théorique.

Au plan psychiatrique, le Dr P. _____ a lui aussi pris soin d'expliquer pour quelle raison il ne retenait pas de diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Il a toutefois retenu sans effet sur celle-ci une utilisation nocive d'opiacés (F11.1), rejoignant en cela le Dr R. _____, qui faisait état en avril 2014 d'une « dépendance aux antalgiques majeurs ». S'agissant des observations de la recourante en lien avec ses voyages à l'étranger, on relèvera que l'expert psychiatre a bien mentionné qu'elle effectuait « passablement de pauses » en route. Le Dr P. _____ a pour le surplus bien exposé que l'assurée avait adopté un comportement

d'invalidé, empêchant dès lors l'intégration dans le monde du travail, raison pour laquelle l'appréciation de l'exigibilité ne pouvait être que médico-théorique.

On relèvera que la recourante a annoncé en recours, le 13 février 2017, qu'elle serait expertisée par la Dresse D. _____ le 21 février 2017, se réservant de produire dite expertise. Or la recourante, bien qu'ayant répliqué le 26 mai 2017 et produit plusieurs pièces avec cette écriture, n'a fait nulle mention de l'expertise de la Dresse D. _____, dont on ignore si elle a eu lieu, et dans l'affirmative quel en serait le montant. Dans la mesure toutefois où la recourante a requis en réplique la mise en œuvre d'une expertise à confier à la Dresse D. _____, il paraît douteux que cette médecin l'ait expertisée le 21 février 2017 comme allégué. La conclusion relative à la prise en charge par l'intimé des frais relatifs à cette expertise ne peut dès lors qu'être rejetée.

Cela étant, il convient d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires - singulièrement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale - ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

Il y a dès lors lieu de retenir que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30% mentionnée par les experts qu'il y a lieu de prendre en compte, dans la mesure où elle est justifiée sur le plan médical.

6. Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'assurée a été considérée comme active à 80% et ménagère à 20%, et que sur la part active, sa capacité de travail est entière avec une baisse de rendement de 30%, ce qui rapporté à un 80% correspond à un degré d'invalidité de 24%. Sur la part ménagère, l'incapacité a été évaluée à 45,25% ce qui, rapporté à un 20%, correspond à un degré d'invalidité de

9,05%. Le taux d'invalidité de la recourante s'élève ainsi à 33% (24% + 9,05%), ce qui est insuffisant pour permettre le maintien du droit à la rente.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur

du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, Me Aba Neeman, conseil de la recourante, a produit le 26 juillet 2017 la liste de ses opérations. Celle-ci a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement et les débours doit être arrêté à 1'914 fr. 20 ($\{9,416 \text{ h.} \times 180 \text{ fr.}\} + 77 \text{ fr.} 40\} \times 1,08$), TVA comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 10 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Aba Neeman, conseil de la recourante B._____, est arrêtée à 1'914 fr. 20 (mille neuf cent quatorze francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Aba Neeman (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :