

VD_FINDINFO AI 100/15 - 82/2016 vom 4. April 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_100_15_-_82_2016

FR: VD_FINDINFO AI 100/15 - 82/2016 du 4 avril 2016

IT: VD_FINDINFO AI 100/15 - 82/2016 del 4 aprile 2016

Regeste

SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{DÉCISION}, AFFECTION PSYCHIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, DÉCISION DE RENVOI | 17 LPGA, 88a RAI, 88bis RAI

Erwägungen

E. 16

octobre 2015, joint en annexe. Sur le plan psychique, les experts du Centre K. _____ avaient considéré que l'assurée était à même d'exercer une activité durant huit heures par jour. Elle ne présentait pas d'atteinte à la santé du point de vue de la médecine interne. Quant au volet neurologique, l'hypersomnie idiopathique diagnostiquée ne pouvait être assimilable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où une origine somatique à cette problématique n'était pas exclue. Sur la base des tests effectués par le Dr P. _____, qui avait conclu à une vigilance normale, les experts du Centre K. _____ avaient retenu une capacité de travail minimale de 70% dans une activité stimulante. Le SMR proposait de retenir cette appréciation à tout le moins depuis le mois d'août 2013, la capacité de travail s'avérant restreinte à 50% auparavant, et de réviser son estimation dans un délai d'un an. La recourante s'est exprimée une nouvelle fois par correspondance du 17 novembre 2015, reprenant en substance les arguments précédemment développés, tout en s'étonnant au surplus des considérations du SMR quant à la non-applicabilité de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à son cas, puisque le qualificatif « idiopathique » attribué au diagnostic d'hypersomnie visait précisément à démontrer l'absence d'origine objectivable à ce trouble. Elle a par ailleurs souligné que les experts du Centre K. _____ avaient pris en compte une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, et non pas dans son activité d'employée de commerce, ce qui impliquait de toute façon de concrétiser une telle activité en envisageant des mesures professionnelles. Elle a dès lors persisté dans les conclusions précédemment communiquées. En date du 19 janvier 2016, la recourante a fait parvenir à la Cour de céans un rapport établi le 8 décembre 2015 par son psychiatre traitant, le Dr H. _____. Ce dernier, maintenant ses critiques à l'égard du rapport d'expertise du Centre K. _____, a souligné les éléments suivants : « [...] Mon évaluation clinique de l'état de santé de [l'assurée] reflète une évolution clinique stationnaire et compatible avec mes évaluations précédentes [...]. Par ailleurs, je constate une certaine aggravation clinique de l'état de santé de la patiente après avoir essayé de travailler comme sommelière à 70% sans pouvoir continuer en raison d'un état d'épuisement lié en bonne partie à son trouble du sommeil idiopathique et à sa gestion déficiente du stress voire des émotions dans le cadre de sa personnalité émotionnellement labile. [...] » Après communication de cette correspondance à l'intimé, la cause a été gardée à juger. Les faits seront au surplus repris dans la mesure

utile dans le développement juridique infra. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 24 avril 2015 contre la décision de l'OAI du 12 mars 2015 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 2. Est litigieux in casu le droit de l'assurée à des prestations AI au motif d'atteintes à la santé d'ordre psychique et neurologique, que l'intimé a nié en supprimant, par décision du 12 mars 2015, la demi-rente d'invalidité précédemment allouée. Cette querelle s'inscrit dans le contexte d'une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée, entamée le 7 mai 2012 par l'OAI, consécutivement à une décision antérieure, datée du 8 décembre 2011, où lui avait été octroyée une demi-rente d'invalidité, à compter du 1^{er} novembre 2010, fondée sur un degré d'invalidité de 50%. Vu ces éléments, il s'agira en premier lieu de rappeler les principes régissant le réexamen des décisions entrées en force, puis dans un second temps d'examiner si les pièces médicales versées au dossier au stade de la procédure de révision, permettent de statuer sur le bien-fondé éventuel de la suppression de rente décidée le 12 mars 2015. 3. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215). Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art.

E. 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 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 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 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] 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). c) Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88bis al. 2 RAI précise que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a). d) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). e) Il convient ainsi de déterminer si une amélioration de l'état de santé de la recourante est effectivement intervenue depuis la précédente décision au fond, soit depuis le 8 décembre 2011. On vouera une attention particulière dans ce contexte à la teneur du rapport d'expertise du Centre K._____ du 10 janvier 2014 et à son complément du 22 janvier 2015, en examinant la valeur probante de ces pièces et en les confrontant aux rapports établis par les spécialistes traitants de l'assurée. L'intimé, respectivement le SMR, s'est en effet essentiellement basé sur les conclusions des experts du Centre K._____ pour considérer dans un premier temps que l'assurée ne présentait plus d'atteinte à la santé

invalidante depuis octobre 2013, avant de retenir dans un deuxième temps que la recourante, souffrant certes d'une hypersomnie idiopathique, était cependant dotée d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, compte tenu d'une baisse de rendement de 30% liée aux risques d'endormissement. Ce faisant, l'OAI est revenu sur son appréciation fondant la décision du 12 mars 2015 où il avait qualifié de non-invalidante l'hypersomnie idiopathique diagnostiquée auprès de la recourante, après analyse en vertu de la jurisprudence fédérale rendue en matière de troubles somatoformes douloureux, tout en excluant la présence de troubles psychiques incapacitants. Il considère désormais, à l'instar du SMR dans son avis du 16 octobre 2015, que dite jurisprudence ne serait pas applicable, faute de pouvoir nier toute cause organique à l'hypersomnie. Le recourante, pour sa part, soutient que l'hypersomnie l'affectant n'a pas d'origine connue, ce qui implique précisément l'application de la jurisprudence fédérale évoquée. Elle estime par ailleurs que cette affection remplit la totalité des critères dégagés par la récente jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux. Cette hypersomnie est au demeurant accompagnée de troubles psychiques présents de longue date, dont l'impact aurait été manifestement sous-évalué par les experts du Centre K._____.

Il s'agit à ce stade de rappeler les dispositions légales relatives à la notion d'invalidité, la jurisprudence rendue en matière de troubles psychiques et de trouble somatoformes douloureux, ainsi que les règles régissant l'appréciation des pièces médicales.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne

considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). 4. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 4) ou encore l'hypersomnie non organique (ATF 137 V 64 consid. 4 ; TF 9C_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 4.2.4). Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). b) La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). c) Une fois le

diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et

non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). 6. a) En l'espèce, l'assurée a été examinée au sein du Centre K. _____ sur les plans neurologique, psychique et de médecine interne, afin de déterminer si son état de santé s'était modifié depuis la décision initiale du 8 décembre 2011. Il n'est au demeurant pas contesté que la recourante n'a présenté aucune atteinte à la santé du registre de la médecine interne qui serait de nature à entraver sa capacité de travail. La prestation servie par la décision du 8 décembre 2011, soit une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 50%, a été accordée en raison du diagnostic de « trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, décompensée » que le Dr C. _____ estimait incapacitant à 50% dès le 1^{er} avril 2010 (cf. rapports médicaux de ce spécialiste des 26 juillet 2010 et 24 décembre 2010). Les consultations de la recourante auprès du Dr C. _____ ont toutefois été interrompues dès fin 2011, la prise en charge ayant été assumée par le Dr H. _____ dès le 6 juin 2012. Celui-ci a mis en place une psychothérapie cognitivo-comportementale et prescrit un traitement homéopathique succédant à un traitement à base de Fluoxétine. A l'issue du rapport du Dr H. _____ du 3 septembre 2012, ont été posés les diagnostics de « personnalité émotionnellement labile, type borderline » existant depuis la fin de l'adolescence, soit un diagnostic identique à celui envisagé par le Dr C. _____, ainsi que ceux incapacitants de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen » existant depuis plusieurs années et de « syndrome narcoleptique de type hypersomnie idiopathique ». Le Dr H. _____ a également relevé une « agoraphobie avec trouble panique » sans influence

sur la capacité de travail. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2012, en dépit d'une prise en charge débutée postérieurement en juin 2012, susceptible de durer encore une année dès septembre 2012. Quant au médecin généraliste traitant, le Dr B. _____, il a de son côté envisagé une incapacité totale de travail depuis décembre 2011 en raison de l'ensemble des difficultés rencontrées par sa patiente, à savoir du fait de ses problèmes de sommeil et de ses troubles psychiques. b) S'agissant de l'état de santé psychique de la recourante, force est de constater que les observations du Centre K. _____, singulièrement du Dr M. _____, ne vont pas à l'encontre des appréciations des Drs C. _____ et H. _____. On retrouve notamment le diagnostic de « personnalité émotionnellement labile de type borderline », l'expert M. _____ ayant exposé de manière convaincante pour quelles raisons ce trouble n'était plus incapacitant. Il a notamment relaté les éléments attestant d'une évolution favorable et d'une amélioration notable de la situation (cf. rapport d'expertise du Centre K. _____ du 10 janvier 2014, p. 15 in fine, ainsi que complément du 22 janvier 2015). Par ailleurs, l'expert du Centre K. _____ n'a nullement remis en cause le diagnostic de « trouble dépressif récurrent » posé par le passé, se limitant à constater à la date de son examen la rémission de cette problématique, confirmée tant par ses investigations cliniques que par les éléments d'anamnèse communiqués par l'assurée. On notera d'ailleurs à cet égard que le Dr C. _____ pronostiquait lui-même l'évolution favorable de l'état de santé psychique de l'assurée dans un intervalle de deux ans selon son rapport médical du 26 juillet 2010, ce que corroborait son rapport subséquent du 24 décembre 2010. Quant au Dr H. _____, il a maintenu que sa patiente avait présenté une incapacité totale de travail entre septembre 2012 et septembre 2013, ainsi que la recourante l'a elle-même allégué, sans toutefois se prononcer sur l'évolution de ladite capacité au terme de cette période. Il s'est limité à réitérer une incapacité de travail complète du fait du trouble de la personnalité et du trouble dépressif, sans toutefois étayer ou objectiver son appréciation, celle-ci n'étant pas clairement fondée sur la réalisation des critères définis par la classification internationale des maladies (CIM-10). Il ne s'est pas davantage exprimé quant aux incidences de l'hypersomnie idiopathique sur la capacité de travail de sa patiente. S'agissant de l'avis du Dr B. _____, ce praticien procédant d'une estimation globale, il n'a pas fourni les caractéristiques psychiques qui justifieraient une incapacité de travail spécifique de ce registre. Au demeurant, le Centre K. _____ s'est exprimé de manière circonstanciée et convaincante en date du 22 janvier 2015, par l'intermédiaire du Dr M. _____, sur les griefs soulevés par le Dr H. _____ à l'encontre du rapport d'expertise du 10 janvier 2014. A l'inverse du spécialiste traitant, le Dr M. _____ a communiqué ses constats cliniques objectifs pour justifier l'absence d'incapacité de travail et de limitations fonctionnelles sur le plan psychique, ainsi que pour s'écarter du point de vue du médecin traitant. On ne voit pas de raison de mettre en doute les conclusions du Centre K. _____ sous l'angle psychique, dans la mesure où les rapports des 10 janvier 2014 et 22 janvier 2015 apparaissent complets, fondés sur une analyse minutieuse de l'ensemble des pièces du dossier de l'assurée et des éléments pertinents de son anamnèse. Résultant d'investigations cliniques approfondies, ils sont en outre exempts de contradictions, de sorte que l'appréciation de la situation psychique de l'assurée, telle que communiquée par le Centre K. _____, a lieu d'être suivie. c) Il n'en va en revanche pas de même du point de vue neurologique, où l'instruction doit être qualifiée en l'état de lacunaire, au vu des imprécisions afférentes au diagnostic d'une « hypersomnie idiopathique ». S'agissant des troubles du sommeil, la CIM-10 distingue spécifiquement les troubles du sommeil (G.47) –

dont font partie les troubles du sommeil par somnolence excessive (hypersomnies ; G47.1) et la narcolepsie (G47.4) – des troubles du sommeil non organiques (F51), ces derniers pouvant constituer des symptômes d'un trouble psychique ou physique. La CIM-10 précise dans ce cadre que l'hypersomnie non organique (F51.1) est « habituellement attribuable à un trouble mental ». In casu, la recourante présente un trouble du sommeil, diagnostiqué pour la première fois par le Dr F. _____ en février 2011, lequel a mentionné un « léger syndrome narcoleptique de type hypersomnie idiopathique ». Le Dr H. _____ a repris cette problématique la classifiant sous chiffre G47.4. Cette référence s'avère ambiguë dans la mesure où, si un trouble du sommeil appartenant à la classification englobée sous G47, soit à la narcolepsie, était confirmé, la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, à laquelle il convient de se référer en cas d'hypersomnie non organique (F51.1), ne serait alors pas applicable. Certes, le syndrome mis en évidence auprès de l'assurée est systématiquement décrit comme étant « de type hypersomnie idiopathique » ou de cause inconnue, tandis que le Dr P. _____ a expressément relaté « l'absence d'arguments pour une narcolepsie » (cf. rapport de ce spécialiste du 27 mai 2013). Ces éléments tendraient à corroborer une hypersomnie classée sous les troubles du sommeil non organiques (F51), ce qui, à l'inverse, impliquerait l'application de la jurisprudence fédérale concernant les troubles somatoformes douloureux. Cela étant, on ne dispose à ce stade d'aucune certitude quant à la pathologie effectivement présentée par l'assurée. Sur cet aspect, les experts du Centre K. _____ se limitent à mentionner une « hypersomnie idiopathique d'importance modérée à moyenne, présente depuis 2010 » sans autre référence à la classification CIM-10. Quand bien même les experts du Centre K. _____ se sont fondés sur les rapports du Dr P. _____ des 27 mai 2013 et 22 août 2013, on ne peut – sans précision chiffrée basée sur la CIM-10 – conclure définitivement à une « hypersomnie sans cause organique » à laquelle il conviendrait d'appliquer la jurisprudence afférente aux troubles somatoformes douloureux. On ajoutera que le Dr P. _____ a observé des éléments inhabituels dans le cas de la recourante – à savoir la fragmentation importante du sommeil et la diminution de son efficacité – préconisant la répétition d'une polysomnographie dans le but de rechercher une autre pathologie du sommeil (cf. rapport du 27 mai 2013). Le Centre K. _____ a pour sa part renoncé à un tel examen au vu des investigations récentes du Dr P. _____ sans discuter plus avant les doutes évoqués par ce spécialiste. C'est le lieu enfin de mettre en exergue à titre superfétatoire la position contradictoire du SMR quant à l'applicabilité ou non de ladite jurisprudence, étant rappelé que ce service a tout d'abord considéré l'hypersomnie idiopathique affectant l'assurée comme non invalidante à l'aune des critères jurisprudentiels (cf. rapport du SMR du 6 février 2014), avant de nier la pertinence de ces critères in casu (cf. rapport du SMR du 16 octobre 2015). d) Au demeurant, même si le diagnostic d'une « hypersomnie non organique » devait être retenu en l'occurrence, il ne serait pas possible en l'état de procéder à l'examen des critères requis par le Tribunal fédéral dans sa récente jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux, les éléments pertinents pour une telle analyse n'étant pas développés à satisfaction dans le rapport d'expertise du Centre K. _____. e) Indépendamment de ce qui précède, la valeur probante de ce document peut de toute façon être mise en doute au vu des incertitudes contenues en lien avec l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. En page 15 de leur rapport d'expertise du 10 janvier 2014, les experts indiquent que ladite capacité de travail serait « d'au minimum 50% » depuis les manifestations de l'affection neurologique, cette évaluation étant opérée sans tenir compte de l'incapacité de travail prononcée pour des motifs psychiques. Cela étant, ils retiennent

une capacité de travail « d'au moins 70% », avec diminution de rendement de 30%, dans « une activité sans position assise constante », soit une activité adaptée, ce qui correspondrait à une capacité de travail de l'ordre de 50%. Néanmoins, ils concluent en définitive à une « capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle » et de « 70% dans une activité adaptée » sans plus retenir de diminution de rendement. Dans leurs réponses aux questions spécifiques de l'OAI, en page 18 du rapport d'expertise du 10 janvier 2014, l'appréciation de la capacité de travail opérée par les experts apparaît derechef peu claire, voire carrément contradictoire, en ce qu'ils relatent une capacité de 50% dans « l'activité habituelle d'employée de commerce », tout en indiquant une capacité de travail de 70% « dans l'activité exercée jusqu'alors », prenant en sus en compte une diminution de rendement de 30%. Vu ces éléments, il est en l'état impossible de se prononcer définitivement sur la capacité de travail dont est effectivement dotée la recourante, ainsi que sur le caractère incapacitant du trouble du sommeil qu'elle présente. 8. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, on ne peut statuer sur une éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 8 décembre 2011, un complément d'instruction devant incontestablement être mené à bien au préalable.

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur

des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante. Singulièrement, il lui appartient de procéder à un complément d'expertise en vue d'éclaircir la nature du trouble du sommeil – organique ou non – dont est affectée la recourante. Si ce complément devait démontrer le défaut de cause organique de l'hypersomnie idiopathique, il devrait encore contenir les éléments permettant de se déterminer eu égard à la jurisprudence fédérale relative aux troubles somatoformes douloureux contenues in ATF 141 V 281. Enfin, il s'agira de clarifier la capacité de travail effective de l'assurée compte tenu de son état de santé global, ainsi que de se prononcer sur l'évolution de cette capacité depuis la décision initiale d'octroi de rente du 8 décembre 2011. Ce n'est qu'à l'issue de ce complément d'expertise que pourra être déterminé si un motif de réexamen de la situation de l'assurée, qui serait survenu depuis cette dernière date, est ou non avéré en l'occurrence. 9. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 3'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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