

VD_GERICHTE ZD15.016584 vom 4. April 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.016584

FR: VD_GERICHTE ZD15.016584 du 4 avril 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.016584 del 4 aprile 2016

Erwägungen

E. 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

- 22 - 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 1er 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 maladif – 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

- 23 - 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 lege artis 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).

- 24 - 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).

- 25 - 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

- 26 - 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

- 27 - 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).

- 28 - 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 1er 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 1er 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

- 29 - 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

- 30 - 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

- 31 - 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

- 32 - 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.

- 33 - 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

- 34 - 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).

- 35 - 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.

- 36 - b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis 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).

- 37 -