

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Métral et Mme Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 et 49 al. 4 LPGA ; 69 al. 2, 73bis al. 2 et 73ter RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée), née le [...] 1982, titulaire d'un master en biologie, a travaillé pour N._____ puis pour la société F._____ en qualité de coordinatrice d'assistance du 1^{er} novembre 2006 au 30 novembre 2007.

Selon le rapport d'employeur du 12 février 2009, le contrat de travail a été résilié en raison des absences de l'assurée. Selon une attestation du 16 janvier 2009 de S._____, assureur perte de gain, les indemnités journalières suivantes ont été versées :

Soit du ...	Montant total au...	SFr.	23'050.25 Montant versé	Taux d'incapacité
24.04.2007	23.05.2007		délai de carence	100%
24.05.2007	08.07.2007	SFr.	6'302.00	100%
09.07.2007	02.08.2007	SFr.	2568.75	75%
03.08.2007	12.08.2007	SFr.	1'370.00	100%
13.08.2007	19.11.2007	SFr.	11'302.50	75%
20.11.2007	30.11.2007	SFr.	1'507.00	100%

Il résulte d'un rapport d'expertise psychiatrique effectuée en octobre 2007 par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la clinique B._____, à la demande de l'assureur perte de gain, que le diagnostic posé était celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), la capacité de travail de l'assurée étant complète.

Le 12 novembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Elle se prévalait d'atteintes à la santé de nature malade sous forme de fatigue importante et persistante, de troubles de la concentration, de douleurs articulaires bilatérales et de migraines.

Dans un rapport du 12 février 2008, les Drs X._____ et Q._____ du service de neurologie des P._____ ont posé les diagnostics

de troubles cognitifs subjectifs et fatigue en investigation. Ils ont en outre mentionné ce qui suit :

« EVOLUTION ET DISCUSSION

Madame V. _____ nous est adressée afin de compléter le bilan à la recherche d'une maladie pouvant expliquer les plaintes décrites dans l'Anamnèse.

A l'examen neurologique, on constate une hyperréflexie généralisée avec un clonus bilatéral lentement épuisable, raison pour laquelle une éventuelle atteinte des voies pyramidales a été recherchée. L'IRM cérébrale effectuée en ambulatoire est dans la norme. Nous avons complété le bilan par une IRM médullaire qui est sans argument pour une myélopathie. Les potentiels évoqués moteurs ne montrent pas d'anomalie de conduction cortico-spinale pour les membres inférieurs. La conduction nerveuse périphérique sensitive et motrice est normale. Les PES sont en attente.

Le bilan effectué en ambulatoire montrait une hypovitaminose B12 pour laquelle la patiente a été substituée per os, ainsi qu'une inflammation duodénale visualisée à la gastroscopie. Les anticorps anti-facteur intrinsèque, anti-cellules pariétales, anti-endomysium et anti-transglutaminase réalisés en ambulatoire étaient négatifs. Nous n'avons pas répété cette recherche.

Le dosage de la vitamine B12 reste toujours diminué malgré la substitution orale, raison pour laquelle nous avons introduit un traitement par injections 1x/jour pendant une semaine, puis 1x/semaine pendant un mois, puis 1x/mois pendant trois mois. Le bilan a été complété par une gastroscopie et une coloscopie qui ne révèlent aucune anomalie visible et la biopsie duodénale à la recherche du *Tropheryma whipplei* par PCR est négative.

La ponction lombaire se révèle dans la norme, il n'y a pas de distribution oligoclonale. La PCR pour *Tropheryma whipplei* est encore en attente.

L'EEG montre une discrète surcharge thêta pariéto-occipitale bilatérale, sans foyer épileptique.

L'examen neuropsychologique est également dans la norme.

Un examen ORL est prévu en ambulatoire afin d'éclaircir les hallucinations auditives décrites par la patiente et les difficultés de discrimination de sons simples objectivées à l'examen neuropsychologique.

Sous réserve des résultats encore en attente, nous n'avons pas d'argument en faveur d'une maladie coeliaque, d'une maladie de Whipple ou d'une maladie du système nerveux central.

L'hypovitaminose B12 pourrait expliquer une partie de la symptomatologie (fatigabilité, troubles de la concentration, hyperréflexie ?) et une maladie dépressive sous-jacente est possible. »

Dans un rapport du 18 mars 2008, le Dr D. _____, spécialiste en pneumologie, du centre d'analyse et d'investigations du sommeil, qui a procédé à l'analyse du sommeil de l'assurée le 14 mars 2008, la durée de l'enregistrement étant de 9 heures 15, a conclu que cet enregistrement

révélaient des mouvements périodiques des membres inférieurs entraînant de multiples micro-éveils.

Dans un rapport du 12 août 2008, la Dresse E._____, médecin-chef au service de neuropsychiatrie, laboratoire du sommeil, à J._____, a indiqué notamment ce qui suit :

« Discussion-proposition :

L'ensemble des investigations permet d'objectiver la présence d'une hypersomnie et d'une somnolence diurne objective légère. La première partie d'enregistrement (1 nuit complète et enregistrement diurne en continu) montre un sommeil nocturne prolongé (11h) et une sieste de presque 3h, le temps total du sommeil sur 24h est donc égal à presque 14h. La structure du sommeil nocturne montre la présence du sommeil lent-profond jusqu'au dernier cycle, ce qui montre que les besoins physiologiques du sommeil sont augmentés. Nous constatons la présence d'une somnolence importante avec la présence d'un sommeil lent-profond et du sommeil paradoxal à partir de 14h30, mais nous n'avons pas pu objectiver les courtes siestes typiques pour narcolepsie. Le test de la latence multiple d'endormissement (2^{ème} journée d'enregistrement) montre une légère somnolence diurne sans endormissement en sommeil paradoxal, ce qui permet (ensemble avec le tableau clinique de la négativité pour DQBI*0602) d'exclure formellement le diagnostic d'une narcolepsie.

Nous considérons que l'augmentation de l'index des mouvements périodiques des membres inférieurs au cours de la deuxième nuit polysomnographique (index PLM égal à 26 par heure) ne peut pas complètement expliquer le tableau clinique et polysomnographique chez cette patiente. Tenant compte de toutes les investigations qui ont été effectuées nous considérons que nous pouvons retenir le diagnostic d'une hypersomnie idiopathique.

J'ai revu Madame V._____ dans une nouvelle consultation (30.07.2008), je lui ai transmis les résultats du bilan polysomnographique et nous avons pu discuter des différentes modalités de la prise en charge. J'ai expliqué à la patiente que pour le moment nous ne disposons que d'un traitement symptomatique de sa problématique du sommeil, mais que celui-ci peut considérablement améliorer sa qualité de vie. Nous avons convenu qu'elle va commencer à prendre le traitement par Modasomil (100 mg, le matin) et que nous allons évaluer son efficacité clinique dans une nouvelle consultation (dans un mois). »

Dans un rapport du 21 novembre 2008, la Dresse E._____ a posé le diagnostic d'hypersomnie idiopathique depuis décembre 2006. Elle mentionnait une somnolence diurne excessive et une fatigue importante en décembre 2006 sans facteur déclenchant clair, sauf une intoxication alimentaire. Une aggravation avait eu lieu avec persistance des symptômes en avril et mars 2007. Elle a constaté le 21 novembre 2008

une prolongation importante du repos total du sommeil subjectif et objectif, confirmé par polysomnographie, et une somnolence diurne objective selon le MLST (multilocus sequence typing) ainsi que la persistance des troubles malgré un traitement par Modasomil.

Dans un rapport du 16 décembre 2008 destiné à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en gastroentérologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'hypersomnie idiopathique depuis début 2007 et de manque de vitamine B12 depuis juillet 2007. Il a mentionné une incapacité de travail de 100 %.

Dans un rapport du 20 janvier 2009, la Dresse H._____, de l'unité de neuropsychologie des P._____, a posé les diagnostics de fatigue chronique, de troubles cognitifs subjectifs, troubles de la concentration, céphalées d'allure migraineuse de sensations vertigineuses ; ces diagnostics, existant depuis 2007, avaient un effet sur la capacité de travail. Elle a mentionné que la patiente avait été vue à une seule reprise en hospitalisation et qu'il n'y avait pas de suivi de sa part, que le pronostic était satisfaisant sur le plan neurologique et plus réservé sur le plan fonctionnel. Elle a estimé qu'il était impossible à l'assurée de faire un travail intellectuel ou physique de longue durée et que l'incapacité de travail était de 20 à 40 %.

Le 24 février 2009, la Dresse E._____ a posé le diagnostic d'hypersomnie idiopathique avec temps de sommeil allongé (G47.12) depuis décembre 2006. Elle mentionnait ce qui suit :

« Apparition de la somnolence diurne excessive avec allongement de temps de sommeil depuis décembre 2006, absence de facteurs déclenchants clairs, mais dans la même période une intoxication alimentaire. Depuis aggravation progressive de l'état, au cours de 2007 association d'autres troubles somatiques pour lequel démarche diagnostic dans le service de neurologie, diagnostic du déficit de la vit. B12. Suite de la supplémentation de la carence en B12 amélioration de la plupart des troubles somatiques, et persistance de la somnolence diurne excessive. En mars 2008 investigation du sommeil dans le privé, avec Dg mouvements périodiques des membres inférieurs, traité par supplémentation en fer et Sifrol sans aucune efficacité. Juin 2008 investigations dans notre laboratoire (examen de 48 h) avec Dg. hypersomnie

idiopathique avec le temps de sommeil allongé. Problématique motrice (mouvements périodiques des MI) semble être moins important - première nuit index normal, moyennement élevé la deuxième nuit d'enregistrement, après le bilan mis en place du ttt. par Modasemil, ensuite suivi régulier avec augmentation des doses jusqu'aux 200 mg/j, mais ce traitement peu efficace et cause bcp. des effets indésirables, nous sommes obligés de l'arrêter et remplacer par la Ritaline (20 mg/j). »

La Dresse E._____ a indiqué en outre que le traitement par Ritaline était légèrement plus efficace et mieux supporté par la patiente que le Modasemil mais que le temps total du sommeil restait très significativement prolongé, l'assurée dormant entre 12 heures et 14 heures sur 24 heures et se plaignant d'une fatigue persistante et très handicapante. Elle a également mentionné des troubles de la concentration et de la mémoire et qu'elle suspectait le développement d'un problème thymique en arrière plan. Objectivement, elle a observé une somnolence diurne et une asthénie, le bilan polysomnographique de 2008 ayant confirmé le problème sévère du sommeil. Elle a ajouté que l'évolution n'était pas favorable, la réponse aux médicaments étant très partielle et les effets indésirables nombreux. S'agissant du traitement, elle a indiqué un suivi au laboratoire du sommeil ainsi qu'une médication. Elle a estimé l'incapacité de travail comme totale.

Il résulte d'un rapport d'examen neuropsychologique du 11 mars 2009 de l'unité de neuropsychologie des P._____, sous la plume du Prof. U._____ et des neuropsychologues T._____ et W._____ notamment ce qui suit :

« Conclusion

L'examen neuropsychologique de cette patiente âgée de 26 ans, met en évidence des rendements dans la norme pour l'ensemble des fonctions cognitives testées. Comparativement au bilan effectué en janvier 2008, nous relevons une légère baisse des performances dans certaines épreuves (fluence verbale, empan visuo-spatial, mémoire verbale et mémoire de travail). Cela semble corroborer les dires de la patiente, qui note une diminution de ses capacités par rapport à son fonctionnement antérieur, ce qui peut être attribué, à notre avis à l'importante fatigue.

Au vu du bilan somatique normal et de l'absence de dysfonction neuropsychologique (pas de troubles exécutifs ni attentionnels marqués, en particulier), nous pensons que l'hypothèse du centre du sommeil (hyper somnolence idiopathique) est tout à fait probable.

Le complément de bilan pourrait s'orienter vers la recherche d'un état anxieux, ou d'une maladie génétique associée à la fatigue (maladie du collagène), malgré le fait que les troubles soient récents. Concernant la prise en charge, rappelons que les reconditionnements physiques à faible degré d'énergie sont parfois bénéfiques.

Au vu de l'importante fatigabilité de la patiente, une reprise de travail à temps complet semble peu adaptée et l'orientation vers une activité à mi-temps ou à rendement diminué est à discuter. »

Dans un rapport médical du 27 mai 2009, le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné le diagnostic d'hypersomnie primaire F51.1, existant depuis janvier 2008. Il a indiqué que le traitement consistait en des séances de psychothérapie de soutien en prévention d'un possible état dépressif si l'état de santé de l'assurée ne s'améliorait pas à moyen terme.

Le 16 octobre 2009, la Dresse A._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic d'hypersomnie diurne idiopathique, l'incapacité de travail étant totale. Elle a indiqué que si le problème d'hypersomnie était résolu, l'activité pourrait être reprise sans réadaptation professionnelle. Elle a en outre indiqué ce qui suit :

« Anamnèse

Depuis janvier 2007 environ, la patiente est de plus en plus fatiguée avec des migraines presque quotidiennes ; elle présente des endormissements au travail, devient déprimée vers mi-mars 2007 avec pleurs ; un traitement au CTB lui a permis de résoudre certains conflits personnels mais n'a pas amélioré la situation de fatigue avec développement de problèmes de concentration ; elle a bénéficié en septembre d'une cure pour une importante carence en vitamine B12.

Elle est licenciée en octobre 2007 en raison de ses troubles de performance. En janvier 2008, un syndrome tétrapyramidal sur carence récidivante en B 12 est traité en milieu hospitalier et elle est substituée régulièrement.

Une polysomnographie au J._____ conclut à un syndrome d'hypersomnie diurne idiopathique et tous les traitements essayés sont restés sans aucun effet : Ritaline, Modasomil, Fluoxétine.

Mon intervention consiste à essayer de trouver un traitement mieux adapté ; vu la similitude avec des symptômes tels qu'on les trouve après un TCC, j'ai essayé l'Aricept jusqu'à 10mg, sans efficacité, puis la Wellbutrin pour avoir un effet dopaminergique : à 300 mg/j, la patiente parvient à être réveillée de jour quoique fatiguée mais elle développe des insomnies et des troubles de l'humeur en diminuant les doses à 300/150 en alternance, les troubles de l'humeur ont stoppé et les insomnies sont moins fréquentes ; les

migraines ont augmenté. J'essaierai d'affiner les doses avec essai de prescrire un médicament pour l'endormissement mais, en l'état actuel, la patiente n'est pas encore en mesure de reprendre une activité professionnelle. »

Cette praticienne a exposé le 14 septembre 2010 que les ajustements thérapeutiques n'amélioreraient pas suffisamment l'état de santé de l'assurée pour permettre une reprise de travail. Elle a expliqué qu'après de nombreuses tentatives, le traitement le plus adapté était celui de Wellbutrin 300 mg/j., que des troubles de l'humeur et d'idées obsessionnelles s'étant développés à la suite de l'instauration de cette médication, elle avait ajouté du Lamictal à raison de 200 mg/j. et du Risperdal à raison de 0.5 mg le soir. Elle a constaté que sous cette association, l'assurée avait une qualité de vie améliorée mais qui restait cependant incompatible, au vu des variations quotidiennes, avec la reprise d'une activité professionnelle régulière, celle-ci ayant par ailleurs difficilement suivi une formation de deux semaines à raison de trois heures par jour de cours qu'elle n'aurait pas pu prolonger.

Le Dr G. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, dans son rapport du 24 septembre 2010, le diagnostic « d'hypersomnie idiopathique ; trouble dépressif récurrent en rémission partielle F51.1/F33.1 », l'incapacité de travail étant totale.

Le 16 novembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} avril 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Il a envoyé copie de son projet de décision notamment à la Fondation M. _____, institution de prévoyance professionnelle de l'assurée. Le même jour, il a adressé un prononcé en ce sens à la caisse de compensation [...] et le 23 novembre 2010 à la caisse cantonale AVS [...], service des affiliations.

Par décision datée et notifiée le 7 mars 2011 par l'intermédiaire de la caisse de compensation, l'OAI a confirmé son projet d'allocation d'une rente entière.

B. Le 16 décembre 2012, l'assurée a signé un formulaire de révision dans laquelle elle mentionnait que son état s'était aggravé.

Dans un rapport du 30 janvier 2012, le Dr Y. _____ a posé le diagnostic d'hypersomnie primaire F51.1 existant depuis janvier 2008. Il a constaté une asthénie, une baisse des performances intellectuelles, des migraines fréquentes et des rachialgies. Il a estimé le pronostic réservé car l'évolution montrait une chronicisation des symptômes et aucun traitement médicamenteux ou autre n'avait apporté d'amélioration notable. Il recommandait de continuer des séances de psychothérapie de soutien en prévention d'une décompensation dépressive. Il estimait l'incapacité de travail à 80 % en raison de la baisse des performances intellectuelles et de la résistance au travail due à la fatigue.

La Dresse A. _____, dans un rapport du 19 mars 2012, a indiqué que la situation était améliorée par le traitement de Wellbutrin et Lamictal comme maintien de l'humeur et que le Risperdal avait pu être stoppé, la qualité de vie améliorée restant toutefois incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle suivie, l'assurée ne parvenant par exemple pas à garder une concentration dans la lecture après 30 à 45 minutes et une activité plus intense d'une journée se soldant par une hypersomnie durant 48 heures.

Par communication du 30 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée que son état de santé n'ayant pas changé au point d'influencer son droit à la rente, elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'ici, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

C. Le 16 avril 2013, l'assurée a signé un formulaire de révision de la rente où elle mentionnait notamment des migraines de plus en plus fréquentes.

Dans un rapport du 18 juin 2013, le Dr Y. _____ a posé les diagnostics d'hypersomnie primaire F51.1, de troubles chroniques de l'adaptation avec humeur dépressive F43.20, de migraines fréquentes et

de rachialgies. Il a indiqué notamment que malgré les nombreux traitements suivis par l'assurée, son état ne s'améliorait pas de façon significative, ce qui avait un effet négatif sur son humeur. Il a estimé l'incapacité de travail à 80 %, les restrictions étant une baisse des performances intellectuelles, des difficultés de concentration, une baisse de la résistance au stress et une humeur dépressive.

Dans un rapport du 15 juillet 2013, la Dresse A. _____ a posé le diagnostic d'hypersomnolence diurne idiopathique, a estimé l'incapacité de travail entière depuis le 1^{er} décembre 2007 et mentionné que les ajustements thérapeutiques n'amélioraient pas suffisamment l'état de santé de l'assurée pour permettre une reprise de travail. Elle a ajouté ce qui suit :

« 1) quelle est la situation actuelle ?

La situation actuelle s'est un peu aggravée du fait de l'addition d'un état dépressif avec aboulie (n'écrit plus, lit très peu, n'a plus de motivation pour aller voir ses amis, n'a plus envie d'aller voir les boutiques, etc).

2) quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Les limitations fonctionnelles résident toujours dans l'incapacité à effectuer un travail suivi du fait des troubles d'hypersomnolence diurne idiopathique avec troubles de concentration malgré la médication.

3) quelle est la capacité de travail exigible (dans l'activité habituelle ? - dans une activité adaptée ?) Aucune capacité de travail exigible dans aucune activité puisqu'elle ne peut être suivie ; si elle est possible durant un jour, la patiente le paie par plusieurs jours de suite d'hypersomnolence.

4) Etat de santé stationnaire/aggravé/amélioré ?

Etat de santé aggravé par l'addition d'un état dépressif avec aboulie pour lequel elle est suivie par un psychiatre toutes les 2-3 semaines. »

Par communication du 25 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il était pris note de l'aggravation signalée mais que la rente ne pouvait être augmentée dès lors qu'une rente entière lui était déjà versée et allait continuer à l'être.

Après avoir demandé le dossier à l'OAI le 29 octobre 2013 ainsi qu'une prolongation de délai de trente jours dès réception de celui-ci en

vue de déposer une demande de décision sujette à recours, l'institution de prévoyance de l'assurée, la Fondation M._____, a fait part de ses objections le 3 décembre 2013. Elle soutenait en substance que les principes développés pour déterminer le caractère invalidant ou non d'un trouble somatoforme douloureux s'appliquaient par analogie au syndrome de la fatigue chronique ou d'hypersomnie idiopathique et que les critères y relatifs n'étaient pas remplis en l'espèce, cette affection n'étant ainsi pas invalidante. Elle a produit le rapport d'expertise du Dr Z._____ du 29 novembre 2007.

Le 10 février 2014, le SMR, par les Drs K._____ et G._____, a établi un avis médical dont la teneur est la suivante :

« Audition demandée par l'avocat de la Fondation M._____ (LPP) : contestation de la décision OAI du 07.03.2011.

Mandat soumis au SMR pour clarifier le caractère incapacitant d'une hypersomnie idiopathique au sens de la jurisprudence récente.

Dossier complexe au plan médical et juridique.

Nous le résumons avec ses éléments essentiels, sans la prétention d'être exhaustifs.

Assurée de 31 ans, master en biologie en 2006, au bénéfice d'une rente entière (DI 100%, décision OAI du 07.03.2011) dès avril 2008 en raison d'un trouble dépressif récurrent en rémission partielle et d'une hyper somnolence diurne idiopathique.

Dans son rapport d'examen SMR du 24.09.2010, le Dr G._____ retenait ces diagnostics incapacitants sur la base des RM de la Dresse E._____, psychiatre, du 24.02.2009 et de la Dresse A._____, neurologue, du 16.10.2009 et 14.09.2010. Une révision à un an était recommandée.

Le dossier perte de gain à disposition à l'époque ne contient pas l'expertise psychiatrique conduite par le Dr Z._____, clinique B._____, le 12.10.2007, ce document a été versé au dossier le 21.01.2014. Dans ce document, nous trouvons l'anamnèse, le status clinique psychiatrique, le résumé du parcours professionnel les activités, décrits de façon détaillée. Cette expertise retient le diagnostic de : majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Le Dr Z._____ atteste une CT de 50% dès 15 jours après l'expertise avec une progression vers un 100% dans les 4 semaines. (Il n'y a pas eu de complément d'expertise pour vérifier cette évolution favorable).

Une détérioration de l'état de santé est attestée par le Dr R._____, gastroentérologue, (16.12.2008) dans un rapport succinct demandé pour investigation d'hypovitaminose B12, qui certifie une ITT dès le 1^{er} janvier 2008.

Nous rappelons d'autres documents médicaux significatifs :

Le rapport de polysomnographie du Dr D. _____ du 14.03.2008 montre une architecture du sommeil conservée dans la répartition de ses stades. Le score d'Epworth est de 17/24. (annexé au RM du Dr du 16.12.2008)

Rapport d'examen neuropsychologique du Prof U. _____, neurologie P. _____, du 11.03.2009. (comparatif bilan de janvier 2008). Rassurant au plan des performances intellectuelles qui sont légèrement diminuées par rapport à janvier 2008, contexte compatible avec la fatigabilité en relation avec le diagnostic évoqué par le Dr D. _____.

Le RM du Dr A. _____, neurologue, du 14.09.2010 : retient le diagnostic de hypersomnie diurne idiopathique en amélioration après traitement pharmacologique (Lamictal® 200mg/j Risperdal® 0,5 mg soir), le traitement par Welbrutin® 300 mg/j avait dû être interrompu en raison d'effets secondaires psychiques (idées obsessionnelles et troubles de l'humeur).

Lors de la première révision en 2012 l'OAI reconduisait la rente sur la base du RM du Dr A. _____, neurologue, du 19.03.2012 qui retenait le diagnostic de hypersomnie diurne idiopathique incompatible encore avec toute activité malgré une amélioration après traitement par Lamictal® et Wellbutrin®, sa symptomatologie incapacitante consiste en un trouble de la concentration, fatigue et hypersomnie avec un maintien de la concentration de 30-45 min.

Pour cette révision d'office, l'assurée signale des migraines progressives (questionnaire révision d'office, du 23.04.2013), nous disposons également des RM suivants :

Dr Y. _____, psychiatre, du 18.06.2013 : qui retient un état de santé aggravé avec les diagnostics suivant : trouble chronique de l'adaptation avec humeur dépressive, hypersomnie primaire, migraines fréquentes, rachialgies. L'IT est de 80% dès janvier 2009. Les LF sont : troubles de la concentration, diminution de la résistance au stress, humeur dépressive incompatibles avec une activité (la CT dans une activité adaptée n'est pas décrite).

Dr A. _____, neurologue, du 15.07.2013 : qui retient également une péjoration de l'état de santé essentiellement sur le plan psychiatrique avec une description succincte de la symptomatologie, sans répertoire de diagnostic psychiatriques incapacitants dans la rubrique prévue (1.1). La CT est de 0% depuis le 01.12.2007.

Au plan juridique

Me Schneider, mandaté par la Fondation M. _____, adresse une lettre à l'OAI (03.12.2013) qui conteste la décision d'octroi de rente du 07.03.2011 en raison d'une jurisprudence intercurrente (arrêt du TFA du 25.02.2011) qui apparente l'hypersomnie idiopathique (sans substrat organique) à un trouble somatoforme. Le caractère incapacitant doit donc être établi après examen psychiatrique satisfaisant les critères jurisprudentiels en vigueur (arrêt du TFA du

4.01.2000 « arrêt Mosimann »). Avec les raisons expliquées dans cette lettre, l'APG supprime la rente.

Comme signalé en préambule, nous sommes dans un contexte médical et juridique complexe.

Pour cette raison, afin de pouvoir conclure de façon satisfaisante, nous demandons une

Expertise psychiatrique et neurologique + méd. interne

avec appréciation consensuelle des valeurs asséculo-logiques évoluant dans le temps et tenant compte des éléments jurisprudentiels intercurrents. »

Le 12 février 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'elle estimait nécessaire un examen approfondi sur les plans de la médecine interne psychiatrique et neurologique et que sans avis contraire écrit et motivé de sa part dans un délai de dix jours, il mandaterait un centre d'expertises médicales. Il lui transmettait en outre le questionnaire établi par ses soins à l'intention de l'expert en lui donnant la possibilité de lui adresser dans le même délai les questions complémentaires qu'elle souhaiterait voir poser aux experts.

Le 18 février 2014, l'assurée s'est opposée à cette expertise aux motifs qu'aucune procédure de révision n'avait été enclenchée, qu'il y avait moins de six mois que la précédente révision avait eu lieu, laquelle relevait une aggravation de l'état de santé et que le cas était actuellement pendant devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Le 11 mars 2014, l'OAI lui a répondu que le dossier de l'assurée avait effectivement fait l'objet d'une révision d'office entamée le 23 avril 2013, qu'à l'issue de l'instruction il l'avait informée, par communication du 25 septembre 2013, du maintien de sa rente entière, mais vu la contestation de la Fondation M._____, la demande de révision d'office était actuellement toujours ouverte. Il a exposé que c'était dans le cadre de cette audition qu'il estimait qu'une expertise était nécessaire afin de pouvoir se prononcer sur le droit à la rente.

Le 20 mars 2014, l'assurée a maintenu ses objections et proposé d'attendre le jugement que devait rendre la Cour des assurances sociales dans la cause l'opposant à la Fondation M._____.

Le 21 août 2014, elle a produit ce jugement rendu le 12 juin 2014 dans lequel la Cour de céans a admis la demande en ce sens que la Fondation M._____ devait verser à l'assurée une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2009 avec intérêts à 5 % l'an dès le 11 février 2012. Ce jugement se fondait sur une documentation médicale, portant sur la période 2008 à 2012. La Cour a notamment considéré que la Dresse E._____, dans son rapport du 24 février 2009, avait posé le diagnostic d'hypersomnie idiopathique à temps de sommeil allongé (G47.12), soit un trouble intrinsèque du sommeil ou hypersomnie organique selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ; G47.1), diagnostic ayant été posé à la suite de nombreux tests effectués notamment à J._____, et que ce diagnostic devait être retenu au contraire de celui d'hypersomnie primaire (F51.1) posé par le Dr Y._____ et repris par la suite par le Dr G._____, ces praticiens n'étant pas spécialistes en neurologie ou en neuropsychologie et n'expliquant pas les motifs pour lesquels ils s'écartaient du diagnostic posé par la Dresse E._____, spécialiste de ce type de pathologies. Elle a en outre relevé que même s'il s'agissait d'une hypersomnie non organique (F51.1), l'arrêt du Tribunal fédéral rendu le 25 février 2011 - sur lequel se fondait l'institution de prévoyance pour soutenir que la jurisprudence relative au trouble somatoforme était applicable à cette pathologie - ne s'appliquait pas, étant nettement postérieur au projet de décision adressé par l'OAI aux parties le 16 novembre 2010 et à la communication de son prononcé à la caisse AVS le 26 novembre 2010.

Ce jugement est entré en force.

Le 16 septembre 2014, les Drs K._____ et G._____ ont établi un avis médical ainsi rédigé :

« Date de la demande : 01.04.2013

Voir jugement TCA du 12.06.2014 ; rapport d'examen SMR du 24.09.2010 et avis SMR du 10.02.2014.

Nous reprenons les éléments signalés dans le mandat du 05.09.2014 qui met en perspective ce dossier complexe :

L'hypersomnie idiopathique à temps prolongé présentée par Madame V._____ n'est pas apparentée à une hypersomnie non organique, de ce fait ne nécessite pas l'instruction indiquée dans les TSD et syndromes apparentés.

Pour cette révision d'office nous disposons des documents suivants :

Le RM du Dr Y._____, psychiatre, du 18.06.2013 qui contient une description clinique succincte, la CT dans l'activité habituelle est de 20%, la CT dans une activité adaptée n'est pas évaluée.

Le RM de la Dr A._____, neurologue, du 15.07.2013 retient une péjoration de l'état de santé de l'assurée mais essentiellement pour des raisons psychiatriques. Nous aurions apprécié une description plus détaillée des limitations fonctionnelles induites par le trouble de la vigilance ainsi que sa classification dans une échelle de sévérité.

Commentaire :

Pour cette révision de rente, indépendamment des considérations jurisprudentielles, nous disposons de rapports médicaux qui ne permettent pas une vision claire de la situation médicale et asséculoologique.

Pour cette raison nous demandons une

Expertise pluridisciplinaire : psychiatrique, neurologique axée sur le trouble du sommeil et une évaluation fonctionnelle qui puisse déterminer l'endurance »

Par communication du 7 octobre 2014, remplaçant celle du 12 février 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'afin de clarifier son droit aux prestations, il estimait nécessaire qu'elle se soumette à un examen médical approfondi (médecine interne, psychiatrie, neurologie axée sur le trouble du sommeil et une évaluation fonctionnelle) et que sans avis contraire écrit et motivé de sa part dans un délai de dix jours, il mandaterait un centre d'expertises médicales.

Le 11 novembre 2014, l'assurée s'est opposée à l'expertise. Elle a notamment soutenu que vu le jugement rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, de surcroît fondé sur des documents médicaux récents toujours d'actualité, une nouvelle expertise serait contraire à l'art. 44 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales) puisqu'elle ne serait d'aucune utilité, s'agissant d'élucider des faits qui sont déjà établis. Elle a en outre allégué qu'aucune modification sensible de son état de santé n'avait été observée.

L'OAI a rendu le 30 janvier 2015 une décision incidente confirmant sa volonté de faire effectuer une expertise pluridisciplinaire notamment pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations

Pour l'instruction de la révision du dossier de votre mandante, nous disposons d'un rapport médical de son psychiatre qui ne contient cependant qu'une description clinique succincte. Quant au rapport médical du neurologue, il retient certes une péjoration de l'état de santé, mais pour des raisons psychiatriques ; il n'y a notamment pas de description détaillée des limitations fonctionnelles induites par le trouble de la vigilance ainsi que sa classification sur une échelle de

sévérité. Ces pièces ne nous permettant pas d'avoir une vision claire de la situation médicale et assécurologique de votre mandante, nous ne pouvons par conséquent pas nous déterminer sur l'évolution de son état de santé.

La CASSO a certes admis que notre décision rendue le 7 mars 2011 n'apparaissait pas d'emblée insoutenable. Le jugement ne se prononce toutefois nullement sur la situation actuelle de votre mandante.

En l'état du dossier, il ne nous donc est pas possible de nous prononcer sur la révision du dossier de Madame V._____.

Dans ces conditions, la mesure d'instruction incontournable est une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique axée sur le trouble du sommeil et une évaluation fonctionnelle qui puisse déterminer l'endurance et le cas échéant une potentielle évolution de son état de santé.

Nous prions, votre mandante, dans son propre intérêt, de se soumettre à la mesure d'instruction prévue. La date de l'examen sera fixée directement avec vous d'entente avec le centre, après l'entrée en force de cette décision. »

D. V._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 4 mars 2015, concluant, avec dépens, à l'annulation de la décision du 30 janvier 2015. Elle soutient notamment que c'est à cause de l'intervention de la Fondation M._____ que l'OAI a décidé une expertise médicale pluridisciplinaire. Elle observe que plusieurs révisions ont eu lieu récemment qui maintiennent le droit à la rente pour une invalidité de 100 %, la dernière révision admettant même une aggravation tout en expliquant qu'une invalidité ne pouvait logiquement dépasser 100 %. Elle estime que la révision qui serait actuellement en cours « constitue une simple position » de l'OAI qui a cru devoir donner suite à une requête de l'institution de prévoyance laquelle veut manifestement « rattraper le tir » par rapport au jugement de la Cour des assurances sociales qui lui est défavorable. Elle estime qu'en conséquence, l'expertise pluridisciplinaire demandée ne peut avoir lieu dans ce cadre. Elle ajoute qu'elle est manifestement inutile vu l'aggravation de son état attestée par de nombreux certificats médicaux reconnus et admis par l'OAI. Elle produit un bordereau de pièces.

Dans sa réponse du 1^{er} avril 2015, l'OAI conclut au rejet du recours. Se fondant sur les avis du SMR auxquels il se rallie, il relève en

substance qu'il en résulte que les avis médicaux à disposition ne permettent pas d'appréhender clairement la situation médicale de la recourante.

Par réplique du 6 mai 2015, la recourante maintient ses conclusions. Elle soutient notamment que l'OAI reconnaît au moins implicitement que la procédure de révision a été ouverte en avril 2013 et clôturée le 25 septembre 2013. Elle prétend que n'ayant pas demandé dans le délai de trente jours indiqué au pied de la décision de maintien du 25 septembre 2013 une décision sujette à recours, la communication était en quelque sorte entrée en force en lieu et place d'une décision formelle. Elle ajoute que cette communication n'ayant été adressée qu'en copie à l'institution de prévoyance, celle-ci n'avait par conséquent aucun pouvoir, n'étant pas partie à la procédure et avait sollicité une décision sujette à recours qui n'a d'ailleurs jamais été rendue à ce jour. Elle allègue que les motifs de la requête de l'institution de prévoyance ont été examinés et tranchés par le jugement de la Cour des assurances sociales et que cette requête ne mentionne de toute façon aucune modification de son état de santé, cette écriture ne visant qu'à remettre en cause au mépris du principe de la force de chose jugée un jugement du Tribunal cantonal qui n'a pas été contesté devant le Tribunal fédéral alors qu'il aurait pu l'être puisqu'il avait été notifié le 25 juin 2014 au conseil de l'institution de prévoyance. Elle produit un article paru dans le magazine [...] intitulé « Je dors plus de 20 heures par jour » relatif à l'hypersomnie idiopathique.

Dans sa duplique du 26 mai 2015, l'OAI confirme ses conclusions et maintient que la procédure de révision initiée en avril 2013 n'a pas été clôturée en septembre de la même année par la communication évoquant la continuation du versement de la rente entière d'invalidité, ce qui ressortait de ses lignes du 1^{er} avril 2015.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 let. a LPA-VD). Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, tout comme le refus de rendre une décision.

Compétente pour connaître du contentieux qui opposerait l'assurée recourante à l'OAI sur le fond (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI), la Cour de céans l'est également pour connaître du présent recours incident.

En cas de désaccord des parties, soit sur l'opportunité de procéder à une expertise, soit sur le centre d'expertises à désigner ou sur le choix de l'expert, l'expertise doit être mise en oeuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

En l'espèce, une telle décision a été rendue. Le recours a en outre été interjeté en temps utile (cf. art. 95 LPA-VD et art. 60 LPGA) et respecte les formes prescrites par la loi (cf. art. 79 LPA-VD et art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

b) De même que le caractère onéreux ou gratuit de procédures afférentes à des incidents soulevés en cours d'instance est lié au caractère onéreux ou gratuit de la procédure principale (TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008), de même doit-on considérer que la présente décision incidente relève de la Cour des assurances sociales dans

une composition ordinaire à trois juges (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD ; CASSO 26 août 2013, AI 143/12 consid. 1b), la valeur litigieuse au fond étant supérieure à 30'000 francs.

2. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (principe inquisitoire qui régit notamment le domaine des assurances sociales). Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. 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). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2), l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux ou techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). En ce sens (cf. notamment TFA U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.1, in RSAS 2008, p. 181), le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en œuvre d'un examen médical n'est pas illimité ; elle doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité (cf. Ulrich Meyer-Blaser, Das medizinische Gutachten aus sozialrechtlicher Sicht, in Adrian M. Sieger/Daniel Fischer, Die neurologische Begutachtung,

Schweizerisches medico-legales Handbuch, vol. 1, 2004, p. 105) et le principe d'une administration rationnelle (cf. Markus Fuchs, Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in RSAS 2006, p. 288).

b) La procédure de révision a débuté en avril 2013. Le 25 septembre 2013, l'OAI a adressé une communication selon laquelle le droit à la rente restait inchangé.

En ce qui concerne la participation de l'institution de prévoyance dans la procédure de l'assurance-invalidité, un exemplaire du préavis est également communiqué aux assureurs des autres branches des assurances sociales, y compris à l'institution de prévoyance professionnelle selon la LPP, lorsque la décision touche l'obligation d'allouer des prestations de ces autres assureurs qui disposent des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA, en relation avec l'art. 73bis al. 2 RAI ; ch. 3014 CPAI [Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la procédure de l'assurance-invalidité]). Les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de trente jours, l'assuré par écrit ou oralement et les autres parties dont l'institution de prévoyance uniquement par écrit (art. 73ter RAI ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], commentaire thématique, Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 2959 ss). L'institution de prévoyance est ainsi intégrée dans la procédure. On ne voit pas pour quel motif, lorsqu'une communication de l'OAI lui est transmise, qui touche son obligation de verser des prestations, l'institution de prévoyance n'aurait pas la possibilité de faire part de ses observations et de demander qu'une décision susceptible de recours soit rendue.

c) Les rapports médicaux des Drs Y._____ et A._____ produits pendant la procédure de révision n'avaient pas été soumis au SMR. Compte tenu des observations de l'institution de prévoyance, l'OAI, avant de rendre une décision formelle, a complété l'instruction en soumettant ces rapports médicaux à son service médical. Les Drs K._____ et G._____, après avoir pris connaissance du dossier et du

jugement rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans la cause opposant la recourante à son institution de prévoyance, ont estimé une expertise pluridisciplinaire nécessaire. C'est la raison pour laquelle l'OAI a décidé d'ordonner une telle expertise avant de rendre une décision mettant un terme à la révision en cours. Il s'agit donc bien, comme le soutient l'OAI, de la même procédure de révision.

Dans leur avis du 16 septembre 2014, les Drs K._____ et G._____ relèvent que le rapport du Dr Y._____ du 18 juin 2013 contenait une description clinique succincte et que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas évaluée. Quant au rapport du 15 juillet 2013 de la Dresse A._____, ils observent qu'il faudrait une description plus détaillée des limitations fonctionnelles induites par le trouble de la vigilance ainsi que sa classification dans une échelle de sévérité. Ils en concluent que pour cette révision de rente, ils ne disposent pas de rapports médicaux permettant une vision claire de la situation médicale et asséculo-logique, raison pour laquelle ils demandent une expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique, neurologique axée sur le trouble du sommeil et une évaluations fonctionnelle qui puisse déterminer l'endurance.

Compte tenu de cet avis bien motivé, la décision de l'OAI d'ordonner l'expertise en cause n'apparaît pas critiquable.

3. En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée maintenue.

Il y a lieu de déroger au principe de la gratuité, la présente procédure incidente étant onéreuse dès lors qu'elle a trait à une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI (cf. ATF 133 V 441 ; TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008, 9C_639/2011 du 30 août 2012, in SVR 2013 IV n° 2).

Ainsi, les frais, arrêtés à 200 fr., sont mis à la charge de la recourante déboutée, sans que celle-ci puisse prétendre à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 4 mars 2015 par V. _____ est rejeté.
- II. La décision incidente rendue le 30 janvier 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, par 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour V. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :