

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Métral, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

K._____, à (...), recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès de Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 LAI ; 8 LPGA

E n f a i t :

A. K. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante française née en [...], mariée et mère de deux enfants nées en [...] et [...], a travaillé depuis le 1^{er} mai 2011 en qualité de [...] auprès du [...] (ci-après: [...]), d'abord au taux de 100%, puis au taux de 80% à compter de 2013.

L'assurée a présenté une incapacité de travail de 17,6% (de son 80%) du 24 avril au 30 mai 2017, de 23,5% (de son 80%) du 1^{er} juin 2017 au 31 mai 2018, puis de 50% (de son 80%) dès le 1^{er} juin 2018, attestée par la Dre G. _____, spécialiste en médecine interne.

Selon le rapport du Dr P. _____, spécialiste en médecine du sommeil et médecin traitant, relatif à une étude du sommeil réalisée du 26 au 28 mars 2018 comprenant un polysomnographie diagnostique, un test itératif de latence d'endormissement et une polysomnographie, l'assurée présentait un syndrome narcoleptique avec hypersomnie. Il se caractérisait par une somnolence diurne excessive, d'intensité sévère, sans perturbation intrinsèque du sommeil (notamment d'origine respiratoire ou motrice), le sommeil étant de bonne qualité.

Dans un rapport du 31 décembre 2018, le Dr Q. _____, médecin praticien, a conclu à l'existence d'un syndrome de fatigue chronique, d'une inadaptation à l'effort prolongé plus de quatre heures, et d'une hypersomnie avec difficulté de concentration mentale et lenteur d'exécution des tâches quotidiennes professionnelles et domestiques. Il a précisé que le diagnostic n'était pas établi quant aux causes biologiques de l'hypersomnie mais qu'un test HLA [typage des antigènes d'histocompatibilité] serait de nature à montrer une tendance à la narcolepsie.

Le 3 janvier 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte,

présenter depuis plusieurs années un syndrome narcoleptique avec hypersomnie.

Dans son rapport du 16 janvier 2019, la Dre G. _____ a posé les diagnostics d'hypersomnie idiopathique avec augmentation pathologique du temps de sommeil, de dorsolombalgies chroniques, de discopathie L4-L5, de migraines et de diverticulose. Elle a relevé que de multiples investigations (IRM cérébrales, examen de laboratoire, tests neuropsychologique pour exclure un trouble de l'attention associé) n'avaient pas mis en évidence de pathologie à l'origine de l'hypersomnie. Elle a également noté que l'assurée avait entrepris de multiples traitements durant ces dernières années, sans aucune amélioration. Depuis le 1^{er} juin 2018, elle avait présenté un épuisement important, surtout lorsqu'elle ne pouvait pas dormir plus de 10-12 heures par nuit, et semblait ne plus pouvoir faire face à sa situation, se sentant de plus en plus déprimée. En raison de l'hypersomnie chronique dont elle souffrait, l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail d'au moins 40%.

A la requête de l'OAI, l'assurée a indiqué sur le formulaire de détermination du statut complété le 18 février 2019, que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% depuis le 1^{er} mai 2011.

Le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé entre le 26 novembre 2018 et le 17 janvier 2019 à une évaluation de l'assurée au plan psychiatrique, au terme de laquelle il a indiqué n'objectiver aucun diagnostic psychiatrique. Il a fait état de ses observations dans un rapport du 23 janvier 2019, dont la teneur est la suivante :

"Au moment des différentes consultations que nous avons réalisées, l'état clinique montre une patiente calme et collaborante. Si les affects sont peu exprimés, on constate néanmoins des élans d'émotivité à l'évocation de l'insuffisance qu'elle ressent dans sa fonction, notamment de mère et d'épouse. Ces élans apparaissent authentiques et je n'ai pas noté de signe en faveur d'une attitude démonstrative, d'une tendance à la dramatisation ni d'une présentation théâtrale. Le moral est plutôt neutre et aucun signe objectif de dépression n'est mis en évidence. Les élans d'émotivité

ne s'inscrivent pas actuellement dans le cadre d'une affection psychiatrique selon moi. Il n'y a pas non plus de symptomatologie du registre anxieux. Pas de signe de psychose. Sur le plan de la personnalité, on ne retrouve pas de point d'appel, en particulier pas de méticulosité, d'obsession ou de comportement compulsif; pas non plus de signe en faveur d'un trouble anxieux, ni en faveur d'autres éventuels troubles de la personnalité. Sur un laps de temps d'un entretien de 90 minutes, la patiente parvient à se concentrer de manière adéquate, à faire le récit détaillé de sa situation et ne présente pas de difficulté d'ordre intellectuel patent, bonne réactivité, bonne capacité d'abstraction, de jugement notamment. Elle explique toutefois de manière assez convaincante que la fixation sur une courte période est tout à fait possible, et que l'exposition à des périodes plus prolongée a des conséquences (ceci nécessite par exemple de se préparer plusieurs jours à l'avance et de très bien structurer l'emploi du temps pour, par exemple, aller assister à un mariage durant un weekend, au risque sinon, d'avoir des difficultés de récupération et un retentissement sur les jours suivants). En revanche, c'est bien dans une exposition chronique à de faibles réserves d'énergie que les problèmes semblent se poser. Ainsi si l'on peut imaginer que la patiente puisse ponctuellement tenir une semaine de travail à son taux d'activité habituel (80%), il semble assez probable qu'un tel maintien sur une vie professionnelle, ou tout au moins sur plusieurs mois d'affilés, soit difficile voire impossible (modification de l'humeur et de l'attitude envers autrui, notamment ses enfants, avec nervosité, irritabilité, souffrance interne, incapacité à fonctionner, probablement troubles de la concentration, besoin d'aller dormir). Il me manque toutefois des éléments objectifs que le seul cadre de l'entretien psychiatrique ne permet pas de mettre en évidence".

Selon le rapport d'analyse du Dr P. _____ faisant suite à l'étude du sommeil enregistrée du 29 janvier au 15 février 2019, le rythme veille-sommeil de l'assurée était régulier, avec une augmentation du temps de sommeil, évalué à 11h20 /24h en moyenne.

La Dre B. _____, spécialiste en médecine du travail et médecin cheffe auprès de l'Unité de médecine du personnel du [...], a constaté au terme de son rapport du 24 mai 2019 que la situation de l'assurée semblait se stabiliser depuis que le taux d'activité était réduit et qu'elle travaillait sur des demi-journées. L'assurée retrouvait un meilleur équilibre du point de vue de son état de santé, avec un taux d'activité davantage compatible avec sa problématique de santé. La situation sociale et familiale restait cependant difficile. La Dre B. _____ a conclu à une capacité de travail résiduelle n'excédant pas 50% de son taux contractuel de 80%, dans son activité habituelle, avec la nécessité de pouvoir aménager les horaires de travail.

Le Dr P._____, dans son rapport à l'OAI du 1^{er} juillet 2019, a indiqué suivre l'assurée depuis le 7 septembre 2015, à raison d'une consultation tous les deux à trois mois environ. Il a constaté que l'assurée présentait les symptômes d'une hypersomnie avec somnolence diurne excessive et une asthénie chronique, décrivant la situation de sa patiente comme suit:

"Le besoin de sommeil de la patiente est augmenté. Pour être bien et pouvoir fonctionner correctement, elle a besoin d'un temps de sommeil qui s'élève à environ 80 heures/semaine, soit plus de 11 heures/24h. Si elle se met en dette de sommeil, alors une somnolence diurne excessive est observée, et cette somnolence devient rapidement d'intensité sévère. Il en résulte un épuisement quotidien et chronique, autant sur le plan professionnel que personnel. La patiente n'est pas en mesure de travailler à plein temps".

Le Dr P._____ s'est par ailleurs référé aux examens qu'il avait pratiqués. Pour lui, du fait de l'hypersomnie, l'assurée n'était pas en mesure de travailler au-delà de 40% d'un plein temps, soit quatre demi-journées par semaine. Les horaires devaient être adaptés afin de pouvoir fractionner la journée par des siestes régulières. Il a encore précisé que la situation de l'assurée était déterminée par des facteurs physiologiques et non pas psychologiques.

Dans un compte rendu de la permanence du Service médical régional de l'OAI (ci-après: SMR), le Dr C._____ a considéré que l'assurée ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité, sur la base du constat suivant:

"Sur le plan psychiatrique, aucune pathologie n'est retenue selon le Dr H._____. Il s'agit donc d'une atteinte non objectivable d'origine inconnue. L'assurée a besoin de 11 heures 20 minutes de sommeil par nuit. La différence de sommeil par rapport à un temps de sommeil normal de 8h, ne justifie pas une IT [incapacité de travail] de 60% ou plus. De plus, 11h de sommeil par nuit est tout à fait réalisable sans pour autant impacter la vie quotidienne de l'assurée. Quant aux répercussions sur la journée, elles ne portent pas atteinte sur la CT [capacité de travail]. En effet, il est attendu de l'assurée qu'elle mette tout en œuvre pour s'organiser en conséquence. De plus, si l'assurée a assez de repos, elle garde une capacité à la conduite selon ses médecins".

Par décision du 15 juillet 2020, confirmant un projet du 19 mai 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

B. Par acte du 14 septembre 2020, K._____, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès de Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que le SMR a rejeté à tort et sans explication les rapports du Dr P._____ dans lesquels il expose les bases du diagnostic qu'il retient et l'impact de la pathologie sur la capacité de travail. A ses yeux, l'OAI aurait dû prendre les mesures propres à clarifier la situation, et mettre en place si nécessaire une expertise afin de confirmer le diagnostic posé par le Dr P._____ et sa capacité de travail résiduelle. Concernant le devoir de réduire le dommage, elle allègue que ni l'intimé, ni le SMR n'ont examiné de manière concrète, et sérieusement, les conséquences réelles de l'hypersomnie sur son quotidien, estimant que pour ce motif également, l'instruction du dossier est lacunaire.

Dans sa réponse du 29 octobre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 10 novembre 2020, la recourante a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 14 septembre 2020 contre la décision de l'intimé du 15 juillet 2020 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires d'été (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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_862/208 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, la recourante fait pour l'essentiel grief au SMR, respectivement à l'intimé, de n'avoir pas tenu compte des explications du Dr P._____ s'agissant des effets de l'hypersomnie sur son quotidien, et sur sa capacité de travail en particulier.

a) Le Dr P._____ a retenu le diagnostic de syndrome narcoleptique avec hypersomnie à la suite de l'étude du sommeil enregistré en mars 2018, relevant que ce diagnostic se caractérisait par une somnolence diurne excessive, d'intensité sévère. Dans le cadre d'une nouvelle série d'examens mis en œuvre en 2019, ce médecin a constaté que l'assurée dormait en moyenne 11 heures 20 par nuit. Cet important besoin de sommeil a conduit le médecin traitant à reconnaître à l'assurée une incapacité de travail dès le printemps 2017, d'abord de 17,6%, puis de 23%, et finalement, depuis le 1^{er} juin 2018, de 50% du taux habituelle de 80%. Les Drs Q._____ et G._____ ont également retenu le diagnostic d'hypersomnie dans leurs rapports respectifs des 31 décembre 2018 et 16 janvier 2019, et admis une capacité de travail réduite. Quant au Dr H._____, qui a reçu l'assurée à sa consultation à quatre reprises, il n'a pas objectivé de diagnostic psychiatrique à proprement parler (cf. rapport du 7 mars 2019).

S'agissant des troubles du sommeil, la CIM-10 [classification internationale des maladies] distingue spécifiquement les troubles du sommeil (G.47) – dont font partie les troubles du sommeil par somnolence excessive (hypersomnie; 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.

En l'occurrence, le trouble du sommeil diagnostiqué chez la recourante à tout le moins depuis 2015 n'a pas été codé par les différents intervenants médicaux, de sorte que l'on ignore si l'hypersomnie en cause a ou non une origine organique. Les médecins n'ont pas identifié les

causes du trouble, malgré les examens entrepris, mentionnant une origine idiopathique de l'atteinte. Or pour le cas où les troubles du sommeil dont souffre la recourante devaient être classés sous les troubles du sommeil non organiques (F51), lesquelles sont "habituellement attribuable à un trouble mental" selon la CIM-10, cela impliquerait l'application de la jurisprudence fédérale concernant les troubles somatoformes douloureux. En effet, selon une jurisprudence maintenant établie, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Cela étant, on ne dispose pas à ce stade de certitude quant à la pathologie effectivement présentée par l'assurée. Le SMR lui-même a constaté que l'atteinte de la recourante était « non objectivable d'origine inconnue », ce qui aurait dû pousser ce service à instruire le cas de l'intéressée à la lumière des indicateurs dégagés par la jurisprudence en cas d'affections psychosomatiques.

b) Quoi qu'il en soit, l'OAI, en se fondant sur le seul compte rendu de la permanence SMR du 19 mai 2020, selon lequel la vie quotidienne de la recourante n'est pas impactée par son besoin de plus de 11 heures de sommeil par nuit, n'a pas satisfait à son obligation d'instruction (cf. art. 43 LPGA). Les médecins ont en effet relevé que l'hypersomnie avait précisément des répercussions en journée. Le Dr Q. _____ a en particulier évoqué en lien avec la fatigue chronique une inadaptation à l'effort prolongé plus de quatre heures, des difficultés de concentration mentale et une lenteur d'exécution des tâches quotidiennes professionnelles et domestiques (cf. rapport du 31 décembre 2018). L'assurée expose elle aussi cette problématique en indiquant que même à

dormir suffisamment sur une nuit, la qualité du temps d'éveil n'est satisfaisante que durant quelques heures après le réveil, après quoi elle n'est plus capable de se concentrer et commence à souffrir de douleurs physiques (cf. pièce 1, p.12 du dossier AI). Le SMR ne peut par ailleurs retenir que l'assurée doit s'organiser en fonction de son besoin de sommeil afin de maintenir sa capacité de travail, sans récolter la moindre information auprès de l'intéressée ou de ses médecins pour connaître l'organisation déjà en place et les difficultés concrètes rencontrées au quotidien pour préserver une capacité de travail.

S'il n'est pas exclu qu'une partie des difficultés rencontrées par la recourante a trait à des facteurs qui ne sont effectivement pas du ressort de l'assurance-invalidité (possible surmenage lié à l'activité professionnelle avec deux jeunes enfants à charge), le seul avis du SMR n'est pas suffisant pour exclure toute atteinte invalidante, sans autre mesure d'instruction, ce d'autant qu'il est unanimement contredit par les médecins traitants sur ce point. En effet, ceux-ci, y compris l'Unité de médecine du travail de l'employeur et son médecin-conseil, admettent une capacité de travail réduite. Le fait que, selon le Dr C. _____ du SMR, la recourante conserve de l'avis de ses médecins une capacité à la conduite si elle a assez de repos n'est pas suffisant pour en conclure qu'il n'y a pas d'atteinte au sens de l'assurance-invalidité.

En l'état, il n'est dès lors pas possible de déterminer quels sont les effets de ses troubles du sommeil sur la capacité de travail de la recourante, dans son activité habituelle, voire dans une activité adaptée.

c) La recourante est mère de deux enfants, nées en [...] et [...]. Elle a indiqué sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 18 février 2019 que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% depuis le 1^{er} mai 2011. Cette réponse interpelle. Il n'est en effet pas certain que la recourante ait saisi la portée de cette question et ses conséquences sur le calcul du degré d'invalidité. De plus, il ressort des pièces au dossier que l'assurée a réduit son taux d'activité auprès du [...] en 2013 déjà, soit bien avant que ne soit posé le diagnostic de syndrome

narcoleptique. Au demeurant, selon le rapport initial de l'OAI du 7 mars 2019, c'est à la suite de la naissance de sa seconde fille en 2013 qu'elle a diminué son taux d'activité à 80%. Ainsi, et compte tenu de l'âge de ses filles, il n'est pas exclu qu'elle doive être considérée comme partiellement ménagère. Cette question n'a toutefois pas été instruite. Dès lors, dans le cadre du complément d'instruction à mettre en œuvre (cf. point 6 ci-dessous), l'intimé prendra le soin d'organiser une enquête ménagère au domicile de la recourante, afin notamment de déterminer son statut et, le cas échéant, ses éventuels empêchements ménagers.

6. a) 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'administration est en principe justifié 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).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG). Singulièrement, il lui appartient de procéder à la mise en œuvre d'une expertise de médecine du sommeil, en vue d'éclaircir la nature du trouble du sommeil - organique ou non - dont est affectée la recourante, ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail.

Si cette expertise devait démontrer le défaut de cause organique de l'hypersomnie idiopathique – ce qui semble *prima facie* être le cas, elle devrait encore contenir les éléments permettant de se déterminer eu égard à la jurisprudence fédérale relative aux troubles somatoformes douloureux contenues aux ATF 141 V 281, si bien qu'il s'agira le cas échéant de mettre en place une expertise bi-disciplinaire, avec volets de médecine du sommeil (le cas échéant de neurologie voire de rhumatologie, à la lumière des résultats de l'expertise du spécialiste en médecine du sommeil), et de psychiatrie. Il conviendra dans ce dernier cas de procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles de l'intéressée, en abordant successivement les indicateurs idoines (atteinte à la santé, personnalité et cohérence, contexte social et ressources personnelles, offres thérapeutiques existantes). Enfin, il s'agira de clarifier la capacité de travail effective de la recourante, compte tenu de son état de santé global.

Vu l'activité de la recourante auprès du [...], il serait souhaitable que l'expertise à mettre en œuvre le soit hors du canton de Vaud, le cas échéant, par exemple, auprès des Hôpitaux universitaires de Genève, de la Clinique romande de réadaptation, voire auprès d'un centre d'expertise situé en Suisse allemande.

7. **a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. compte tenu de la complexité de la cause, ceux-ci étant mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du

28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 15 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cent francs) à titre de dépens.

La présidente :
greffière :

La

Du

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

- Inclusion Handicap (pour K. _____), à Lausanne
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

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 :