

# FR\_GERICHTE 605 2015 280 vom 17. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2015\\_280](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_280)

FR: FR\_GERICHTE 605 2015 280 du 17 juin 2016

IT: FR\_GERICHTE 605 2015 280 del 17 giugno 2016

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Le présent jugement fait suite à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral.

### E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71).

### E. 3

Dans le cadre de la suppression de la rente entière du recourant, demeure litigieuse la seule portée invalidante des troubles du sommeil (sommolence diurne). La Cour de céans avait considéré que ceux-ci ne l'étaient pas, mais sans toutefois se prononcer expressément sur les avis médicaux du 23 janvier 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_, neurologue, et du 31 mars 2014 du Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Le TF le lui a reproché, reconnaissant toutefois

d'emblée que ces derniers troubles « n'entravaient pas le recourant de manière importante dans son quotidien ». Il tenait en effet pour acquis que l'état de santé du recourant s'était amélioré et qu'il avait presque entièrement recouvré sa capacité de travail. Il ne pouvait notamment se prévaloir d'aucun trouble somatoforme invalidant. Il s'agit en l'espèce de se pencher tout d'abord sur les deux rapports médicaux qui n'avaient pas été examinés dans le détail. Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 a) rapport du 21 janvier 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ Dans ce rapport, le Dr B. \_\_\_\_\_ indique s'être basé sur les déclarations du recourant (auto- anamnèse) pour émettre un premier diagnostic, fondé sur une problématique double, à savoir un somnambulisme et une somnolence diurne: « J'ai retenu, sur la base de la seule auto-anamnèse, deux problèmes : un somnambulisme à l'origine des actes inappropriés nocturnes, et une somnolence diurne, avec en premier lieu dans le diagnostic différentiel étiologique un syndrome des apnées du sommeil. Il m'a alors indiqué qu'il était en investigations au CHUV pour ce problème ». Le somnambulisme n'était pas censé limiter la capacité de travail : « Le somnambulisme ne devrait pas limiter la capacité de travail ». Il ne nécessitait aucune prise de médicaments : « je ne pense pas que le somnambulisme qu'il présente occasionnellement justifie le recours à un traitement médicamenteux ». Seule la somnolence diurne, pour autant qu'elle se confirme, pouvait affecter la capacité de travail : « La somnolence diurne, si elle se confirme lors des tests en cours au CHUV, pourrait bien sûr poser des problèmes lors de certaines activités professionnelles ». Elle demeurait en revanche traitable, se soignant par le « recours à une ventilation nocturne assistée (CPAP). L'aide respiratoire est tout à fait susceptible de supprimer la somnolence diurne ». Une diminution significative de la capacité de travail au regard de la somnolence diurne ne peut ainsi manifestement se retenir sur la base d'un tel rapport médical. Le Dr B. \_\_\_\_\_ semblait par ailleurs s'étonner que le recourant continue à conduire dans ce contexte : « il m'a expliqué qu'il présentait quotidiennement des accès de sommeil difficilement coercibles. Je l'ai informé qu'il n'était plus apte à la conduite automobile tant que ce problème ne serait pas résolu. Je ne sais pas si j'ai été entendu et je vous remercie de le lui rappeler ». Comme l'avait tout particulièrement fait remarquer la Cour de céans dans son précédent arrêt, le fait que le recourant continue à conduire en dépit de ses troubles du sommeil donne à tout le moins à penser que ceux-ci ne sont guère incapacitants. Pourtant précisément interrogé sur ce point à l'occasion de la reprise de la procédure, le recourant n'a pas indiqué avoir renoncé à conduire. Quoi qu'il en soit, tout cela va dans le sens des deux rapports d'experts et du rapport de surveillance, dont le TF a admis qu'ils étaient propres à prouver le recouvrement de l'état de santé du recourant, qui paraît donc quasi-total. b) rapport du 31 mars 2014 du Dr C. \_\_\_\_\_ Il s'agit, faut-il le rappeler ici, d'un avis émanant du psychiatre traitant, qui s'exprime probablement dans un sens favorable à son patient. C'est du reste pour cette raison même que ses avis précédents avaient été écartés par la Cour de céans. Elle leur avait préféré les conclusions de l'expert psychiatre le Dr D. \_\_\_\_\_, qui n'avait retenu la présence d'aucune atteinte psychiatrique invalidante et avait nié la portée invalidante du trouble somatoforme. Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Dans son arrêt de renvoi, le TF a estimé que l'on pouvait suivre l'avis de l'expert, mais a tout de même reproché à la Cour de céans de ne pas avoir pris en compte le dernier rapport du psychiatre traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_. Le rapport du 31 mars 2014 du ce dernier paraît rempli de contradictions. Le Dr C. \_\_\_\_\_ évoque tout d'abord les problèmes d'apnée du sommeil comme étant à l'origine d'un manque de sommeil chronique qui entraînerait des accès de sommeil irrésistibles durant la journée : « La possibilité de traiter le syndrome d'apnée du sommeil (dont on sait qu'il est en particulier une cause

d'accidents avec des accès de sommeil irrésistibles et répétés et donc passablement invalidant) dépend de la tolérance des possibilités de traitement. (...) Le caractère invalidant du manque chronique de sommeil persiste évidemment tant qu'un traitement adéquat n'a pas pu être trouvé (...) ». L'on se trouverait donc dans une double problématique, les apnées du sommeil et les accès de sommeil irrésistibles, que l'on pourrait rapprocher de la narcolepsie. C'est ainsi que le Dr C. \_\_\_\_\_ aurait introduit deux types de traitements : le CIPAP (soit l'appareil respiratoire précisément préconisé par le Dr B. \_\_\_\_\_) pour lutter contre l'apnée du sommeil et les médicaments psychostimulants pour lutter contre la narcolepsie. Le problème est que l'un et l'autre de ces traitements demeureraient inefficaces. Le CIPAP déclencherait des angoisses liées à des souvenirs traumatiques : « Dans le cas de votre client, le CIPAP rencontre de grandes difficultés, car le patient vit des angoisses d'étouffement qui déclenchent des souvenirs traumatiques », souvenirs traumatiques dont on ne sait au demeurant pas grand-chose. Quant au moyen de lutter contre ces angoisses, les possibilités de traitement seraient, là encore, compromises, mais cette fois-ci à cause de la surveillance dont il avait fait l'objet : « Je suis en train de tenter de traiter ces angoisses par EMDR, mais l'instabilité de la situation crée par l'espionite de l'AI limite les possibilités pour l'instant. Mais le traitement ne peut être pratiquement appliqué parce que le recourant ne le supporte pas ». Les perspectives d'endiguer la narcolepsie ne seraient pas meilleures, puisque les médicaments pris aggraveraient les apnées du sommeil qui semblent donc, dans ce contexte, pour leur part intraitables : « J'ai introduit un traitement psychostimulant dans l'hypothèse d'une narcolepsie. Sans surprise, ce traitement diminue la somnolence diurne et les endormissements, mais ne permet pas de corriger le déficit de sommeil qui risque même de s'aggraver. Je ne suis donc pas sûr de pouvoir maintenir ce traitement si nous ne réussissons pas rapidement à faire reprendre le CIPAP, traitement nécessaire pour l'apnée ». L'on ne peut au fond rien déduire de ce rapport médical, sinon qu'il serait problématique pour sa santé que d'essayer de guérir le recourant, raison pour laquelle il est en fin de compte difficile de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces troubles du sommeil génèrent à terme une incapacité de travail, fût-elle très partielle. Il y a lieu au contraire de partir du principe que d'autres facteurs entrent en ligne de compte, comme on le verra. Ceux-ci ne sauraient toutefois manifestement se situer dans le domaine de la médecine, si l'on se réfère aux conclusions de l'expert. Tribunal cantonal TC Page 7 de 11

Notons enfin que le Dr C. \_\_\_\_\_ laisse clairement entendre que ces troubles du sommeil doivent à terme se soigner : « Mon estimation d'une capacité résiduelle de 50 % ne tenait pas compte de ses fréquentes interruptions nécessaires. Elle reste pertinente dans un premier temps dès que le problème de l'apnée et des accès de fatigue a pu être résolu au moins partiellement et tant que les aspects psycho-traumatologiques n'auront pas pu être mieux abordés ».

c) nouveaux rapports A la demande de la Cour de céans, le recourant a produit de nouveaux rapports médicaux, qu'il s'agit d'examiner. aa) Dans un rapport du 11 février 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_, généraliste, diplômé en toxicologie clinique, indique que les troubles du sommeil sont en lien avec le tableau général douloureux présenté par le recourant : « la somnolence est très probablement multifonctionnelle, la présence de douleurs chroniques cervicales et lombaires, un syndrome des jambes sans repos identifié lors du tracé polyscannographique, et un problème anxieux omniprésent ». Le traitement médicamenteux censé endiguer la somnolence n'a eu qu'un effet limité, vu la persistance de cette problématique de fond : « la ritaline et le concerta ont améliorés les symptômes de manière partielle, mais le problème de fond est toujours présent ». Le recourant ne

supportait toujours pas bien son traitement respiratoire nocturne. A côté de cela, le diagnostic de narcolepsie était seulement « possible ». Le Dr F. \_\_\_\_\_, pneumologue, ne dit autre chose et mentionne également les douleurs comme une cause de perturbation du sommeil : « Comme il a été dit dans le rapport de la polysomnographie effectuée en janvier 2014 au centre du sommeil du CHUV, la somnolence diurne semble être plurifactorielle à la fois en relation avec les événements respiratoires mais également avec de nombreux mouvements périodiques des jambes puisque l'index est élevé à 29.7/heure. Ce syndrome des jambes sans repos est traité habituellement par du Sifrol à dose progressive. Des douleurs rhumatologiques notamment du rachis peuvent également perturber le sommeil » (rapport du 3 mars 2016). Il a en revanche estimé que le traitement respiratoire nocturne était efficace, quand bien même celui-ci n'était pas utilisé de manière optimale : « il est équipé d'un CIPAP en mode automatique avec une pression minimale de 6 cm d'eau, une pression maximale de 12 cm d'eau. La compliance est de 85 % des nuits avec une utilisation médiane de 3h25 qui est toutefois insuffisant puisque le minimum est de 4h00. À noter toutefois que ce traitement est efficace puisque l'index d'apnées-hypopnées résiduel est de 0.8/heure ». L'on ne saurait dans ces conditions déduire de ces deux rapports spécialisés qu'ils attestent d'une incapacité de travail, fût-elle partielle. bb) Le recourant a été vu par un spécialiste de l'appareil locomoteur. Celui-ci, le Dr G. \_\_\_\_\_, a clairement indiqué que les troubles du sommeil pouvaient être mis sur le compte de la fibromyalgie : « En conclusion, les troubles du sommeil sont d'origine multifactorielle et concernant le diagnostic du point de vue rhumatologique et médecine physique et réhabilitation, on pourrait les mettre sur le compte de la fibromyalgie » (rapport du 25 avril 2016). Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 C'est précisément ce dernier diagnostic qu'il a principalement retenu, dont les troubles du sommeil ne constitueraient donc que l'une des manifestations : « Après mon examen clinique et mon anamnèse, (...) j'ai retenu comme diagnostic principal un syndrome douloureux somatoforme chronique type fibromyalgie, diagnostic d'ailleurs qui, selon les dires du patient, a été évoqué il y a plusieurs années. La problématique du sommeil sous forme d'un sommeil non-réparateur fait partie des critères diagnostiques de l'entité clinique qui s'appelle fibromyalgie » (rapport précité). Il l'avait également indiqué dans un précédent rapport : « D'autres symptômes qui accompagnent cette symptomatologie douloureuse sont une fatigabilité importante, un manque de sommeil malgré une amélioration initialement depuis qu'il utilise le CPAP pour le syndrome d'apnée du sommeil et des troubles de la concentration » (rapport du 21 mars 2016). cc) Un nouveau rapport du psychiatre traitant a encore été produit. Compte tenu de ce qui a été dit plus haut, on ne voit pas plus de raison, aujourd'hui qu'à l'époque, de suivre le Dr C. \_\_\_\_\_. L'on se contentera de faire remarquer que ses observations semblent toujours aussi contradictoires, puisqu'il soutient, d'une part, que le traitement a apporté une grande amélioration subjective de la somnolence diurne, mais que celle-ci s'est dans le même temps accentuée, et l'on ne comprend pas bien pourquoi (cf. rapport du 3 mars 2016). Sans compter qu'il indique lui aussi que ces troubles sont favorisés par les douleurs, par essence, précisément, plutôt subjectives : « Une autre part est certainement due à la mauvaise qualité du sommeil en raison de multiples douleurs, (problèmes douloureux avec point de départ cervical et lombaire (y compris la sténose foraminale bilatérale) et carpien, mais aussi avec une possible neuropathie tabagique dans le sens d'une polyneuropathie) » (rapport précité). d) discussion et synthèse Les nouvelles pièces produites ne permettent pas d'établir l'existence d'une invalidité résultant des troubles du sommeil. Aucun des spécialistes ne retient en effet d'incapacité de travail à terme, ce qui va dans le droit sens de l'expert interrogé à l'époque.

aa) Tous les médecins s'accordent en revanche à dire que les troubles du sommeil présentés par le recourant s'inscrivent dans un contexte plurifactoriel et sont liés à la problématique somatoforme douloureuse, à savoir à la fibromyalgie, dont ils ne sont qu'une des nombreuses expressions. Or, celle-ci a d'ores et déjà été jugée non invalidante. La question, que semblait vouloir poser le TF dans son arrêt renvoi, de l'origine psychique des troubles du sommeil, trouve enfin ici sa réponse. Les difficultés rencontrées par le recourant ne sauront dès lors pas mises à la charge de l'AI, d'autant moins qu'elles semblent s'inscrire dans un contexte extra-médical. bb) facteurs extra-médicaux Des tels facteurs avaient déjà été relevés dans le premier jugement de la Cour de céans. Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Des éléments psychosociaux sont toujours bien présents, d'après le Dr G. \_\_\_\_\_ qui confesse ne pas avoir de solutions à proposer au recourant: « Un status socio-professionnel précaire constitue un drapeau jaune qui participe nettement à mon avis au tableau clinique. Malheureusement, je n'ai pas de solution miraculeuse à vous proposer » (rapport du 21 mars 2016). Il faut y inclure son refus pratique de se soigner, qu'il a tendance à justifier par d'autres maladies psychiques, dont des tendances paranoïaques (espionnite) qui auraient même été causées par la surveillance dont il a fait l'objet mais qui paraissait en fin de compte tout à fait indiquée. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a semblé regretter que le recourant ne se soigne pas sérieusement : « En cas de fibromyalgie, un traitement par antidépresseurs à faible dose (Cymbalta, Amitriptyline, Velnaflaxine) est indiqué, plus une activité physique adaptée à long cours, en termes d'intensité et de fréquence. Il nous apprend qu'il a été déjà sous Tryptizol et Cymbalta, qui ont été arrêtés pour des raisons x. Je ne pense pas qu'une approche multidisciplinaire avec hospitalisation par exemple dans notre service pourrait être bénéfique pour lui actuellement » (rapport précité). Il a aussi observé qu'il présentait « certaines autolimitations » (rapport précité). Les explications du recourant ne sont pour le reste et dans l'ensemble guère crédibles. Notamment lorsqu'il déclare être obligé de faire des trajets quotidiens entre le commerce de sa femme et sa maison pour aller se reposer afin d'endiguer sa somnolence diurne, mais qu'il les effectue en voiture, ce qui est, le Dr B. \_\_\_\_\_ l'a dit, clairement contre-indiqué : « Le patient m'explique que ses fréquents retours à domicile documentés lors des observations par le détective de l'AI sont liés à son besoin répété de se coucher, tellement il se sentait et se sent encore à bout de force et pris de fatigue » (rapport du 31 mars 2014 du Dr C. \_\_\_\_\_). Invité à se prononcer sur ce point tout particulier, le recourant n'a pas répondu et il n'est ainsi pas dit, ni même allégué, qu'il aurait renoncé à la conduite automobile. Ses explications et la nature de ses plaintes ne cadrent pas non plus avec sa fréquentation tard, le vendredi soir, du centre culturel turc, également attestée par la surveillance dont il a fait l'objet.

#### **E. 4**

Une diminution de la capacité de travail qui aurait été occasionnée par les seuls troubles du sommeil n'est ainsi médicalement pas établie. Ces troubles ne paraissent ici constituer que l'une des manifestations de la problématique principale (fibromyalgie), dont le caractère invalidant a été successivement nié par deux autorités judiciaires. Sous cet angle, la suppression de rente était donc conforme au droit. Il s'agit ainsi de rejeter le recours sur ce dernier point demeuré litigieux entre les parties.

#### **E. 5**

Le TF s'interroge finalement sur le bien-fondé de l'octroi de mesures de réinsertion professionnelles au recourant, déconditionné après tant d'années passées loin du monde du travail après avoir touché une rente entière pendant de très nombreuses années. a) Selon

l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel, dont le reclassement professionnel.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Conformément à l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d' « équivalence approximative » se rapporte en premier lieu, non pas au niveau de la formation en tant que tel, mais aux possibilités de gain à prévoir après la réadaptation (ATF 124 V 108 / VSI 2000 p. 26 consid. 2b et les références citées). Une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsqu'elle est de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). b) Comme relevé dans l'arrêt de renvoi du TF, les conditions pour le refus d'une mesure de réinsertion professionnelles sont plutôt strictes en de pareils cas. Pour autant, le dossier médical et les nombreux facteurs extra-médicaux figurant au dossier donnent à penser que le recourant n'est plus invalide ou menacé de l'être. Ces derniers facteurs extra-médicaux font même douter qu'une mesure professionnelle puisse attendre son but. Le taux d'invalidité nouvellement calculé dans la décision de suppression de rente, et implicitement confirmé par le présent arrêt, n'excède pas non plus 10%. Il est ainsi inférieur au seuil des 20% requis, qui reste, selon la jurisprudence, l'une des conditions de l'ouverture d'un droit aux mesures professionnelles. Il apparaît ainsi que le recourant ne peut en l'espèce y prétendre. A côté de tout cela, l'on peut attendre de lui qu'il soit en mesure de s'auto-réadapter au sein de l'établissement public géré par sa femme et dont il a été prouvé qu'il le fréquentait quasi-quotidiennement.

## **E. 6**

Au vu de tout ce qui précède, la décision de suppression de la rente entière se justifie et le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté, dans ses conclusions principales comme subsidiaires. Sur ce dernier point, l'on fera tout particulièrement remarquer qu'une expertise judiciaire, qui n'a au demeurant pas été exigée de la part du TF, n'a pas de raison d'être, du moins pas si l'on se réfère aux récents avis médicaux, qui confirment l'existence d'une problématique de type fibromyalgie, mais n'évoquent cependant aucune incapacité de travail à terme. Soumettre le recourant à une nouvelle expertise ne ferait par ailleurs que le conforter dans sa conviction qu'il demeure invalide alors même qu'il ne se comporte plus comme tel dans la vie courante, ce que la surveillance a démontré. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée le 11 octobre 2013. Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Il n'est enfin pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision est confirmée. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance de frais du 11 octobre 2013. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne

peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 17 juin 2016 /mbo Président Greffière-stagiaire

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