

# FR\_GERICHTE 608 2014 223 vom 17. Mai 2016

FR Kantonsgericht, 2016-05-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_223](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_223)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 223 du 17 mai 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 223 del 17 maggio 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 12

heures de sommeil profond lors de son examen par I.\_\_\_\_\_, alors qu'une personne en santé nécessite seulement 3 à 4 heures de sommeil profond par nuit, et qu'il lui arrivait de dormir 22 heures par jour. Par courrier du 22 janvier 2016, elle a encore souligné que sa fille suivait un traitement au Flumazénil, traitement élaboré à J.\_\_\_\_\_ et non pris en charge par l'assurance-maladie. Par missive du 23 mars 2016, elle a enfin signifié que la recourante était en instance de divorce et se trouvait dans une situation financière difficile. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi 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 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Dans l'arrêt TF 9C\_625/2015 du 17 novembre 2015 (consid. 4.2.4), la Cour suprême a précisé que la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281; 137 V 64 = SVR 2011 IV no 56 168) s'appliquait également aux pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables, tel que l'hypersomnie non organique ([F51.2], qui suppose l'absence d'un facteur organique expliquant la survenue d'une hypersomnie). Or, selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un

système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas pour eux seuls des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21

août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). e) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que

lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPGA), applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 et arrêt TF 9C\_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6); ainsi, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI), et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). Selon 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art.

#### **E. 17**

LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C\_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133

V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). f) Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Quand une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 10.1.3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra consid. 2e) avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation.

a) La documentation médicale suivante a été produite dans le cadre de la procédure initiale :  
- Le rapport d'expertise psychiatrique du 3 janvier 2010 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de G. \_\_\_\_\_, de H. \_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0) et de fatigue d'origine indéterminée. L'expert a estimé que la symptomatologie dépressive était consécutive au syndrome de fatigue chronique et non l'inverse. Il a exposé que, dans la mesure où la fatigue existe depuis de longues années (12- 13 ans), elle n'est vraisemblablement pas d'origine psychiatrique; il a, dans ce sens, recommandé une investigation plus approfondie sur le plan somatique. Le médecin a finalement conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique depuis le 23 novembre 2010. - Les certificats médicaux des 24 août et 20 septembre 2010 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a noté une fatigue d'origine indéterminée, mais a exclu toute affection neurologique. - Les rapports médicaux des 20 août, 23 septembre 2010 et 7 janvier 2011 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a constaté une hypersomnie et une asthénie sur probable état dépressif. Le généraliste a estimé que sa patiente était totalement incapable de travailler à compter du 26 mars 2010. - Le rapport de polysomnographie du 28 février 2011 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, de N. \_\_\_\_\_, qui a exposé que la polysomnographie n'avait mis en évidence qu'un trouble de l'endormissement et du maintien du sommeil, ainsi qu'un sommeil mal structuré avec absence de sommeil paradoxal. Il a précisé que l'hypersomnie n'avait pas pu être objectivée. Le médecin a somme toute estimé qu'une hypersomnie primaire, une narcolepsie ou une hypersomnie idiopathique étaient peu probables. - Les rapports médicaux des 22 septembre 2010 et 4 mars 2011 de la Dresse O. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents, qui a retenu un trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23), présent depuis avril 2010, et a conclu à une incapacité de travail de sa patiente de

80% depuis le 1er avril 2011. - Le courrier à contenu médical du 3 mai 2011 de la Dresse O.\_\_\_\_\_, qui a estimé que sa patiente souffrait d'un « syndrome de dissociation psychotique à minima » et a précisé que cette maladie était curable avec un traitement approprié, à savoir la prise de Ritaline et le suivi d'une psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale. Estimant que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que l'activité d'enseignante était exigible sans diminution d'horaire ou de rendement, l'autorité intimée a, par décision du 10 juin 2011, rejeté sa demande de prestations. b) Suite au dépôt de la nouvelle demande de l'assurée en date du 27 août 2013, les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier :

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 - La lettre à contenu médical du 15 août 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_ de G.\_\_\_\_\_, de H.\_\_\_\_\_, qui a estimé que « la recherche d'un nouvel emploi à plein temps [restait] la préconisation la plus sage qui puisse être faite pour dépasser la fatigue alléguée ». - Les courriers à contenu médical des 17 novembre 2011 et 29 mars 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_ de N.\_\_\_\_\_, qui a requis une expertise psychiatrique complémentaire. - Le rapport médical du 26 octobre 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a confirmé les diagnostics de syndrome de fatigue chronique et de dépression existants depuis plusieurs années. Il a estimé que sa patiente ne pouvait plus exercer d'activité lucrative. - Le rapport de polysomnographie du 3 décembre 2013 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en pneumologie et médecine du sommeil, de S.\_\_\_\_\_ de I.\_\_\_\_\_, qui a conclu à une hypersomnie idiopathique avec épisodes prolongés de sommeil; il a précisé que pour évaluer l'aptitude au travail de sa patiente, il conviendrait d'effectuer un test de maintien à l'éveil. Dans un rapport médical ultérieur – non daté – le Dr R.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50%, sous traitement de Ritaline maximal, avec un rendement réduit à cause des somnolences. Dans sa prise de position du 27 février 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, a exposé que la situation clinique de l'assurée ne s'était pas modifiée depuis la décision du 10 juin 2011. A son avis, les conclusions, sur le plan psychiatrique du Dr F.\_\_\_\_\_, et, sur le plan somatique, du Dr M.\_\_\_\_\_ demeurent toujours valables. Dans son rapport de test de maintien de l'éveil – effectué pour évaluer la capacité de l'assurée à conduire – du 31 janvier 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé que le résultat était compatible avec le diagnostic d'hypersomnie idiopathique. Le médecin a apprécié la situation médicale de l'assurée de la manière suivante : « Le test montre une somnolence diurne modérée avec une latence moyenne à l'endormissement de 29 minutes. A condition qu'elle prenne un comprimé de Ritaline rapide avant de conduire, la conduite automobile privée ne me semble pas proscrite dans son cas. Elle n'a jamais d'ailleurs présenté le moindre accident de la route dans les 5 dernières années depuis qu'elle est sous Ritaline. [...] Le résultat de ce test de maintien de l'éveil modérément pathologique reste compatible avec le diagnostic d'hypersomnie idiopathique mais les pleurs de la patiente à chaque consultation, son habitus et son discours suggèrent tout de même une composante dépressive ». Le 18 juillet 2014, la Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, a adressé une lettre à l'OAI en exposant que sa patiente ne pouvait pas rester éveillée plus de 4 heures par jour au total et qu'elle nécessitait 20 heures de sommeil par jour pour être en pleine possession de ses capacités physiques et psychiques. Dans sa prise de position du 21 octobre 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_, du SMR, a considéré que la Dresse U.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau probant, a précisé que le dossier était bien investigué et a dès lors confirmé ses précédentes conclusions. Par décision du 29 octobre 2014, l'autorité intimée est entrée en

matière mais a derechef rejeté au fond la demande de l'assurée tendant à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. c) En l'espèce, si le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a dans le cadre de la procédure initiale retenu qu'un trouble de l'endormissement ainsi que du maintien du sommeil et estimé qu'une hypersomnie ne

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 pouvait pas être objectivée, le Dr R. \_\_\_\_\_ a suite à la nouvelle demande de la recourante expressément diagnostiqué une hypersomnie idiopathique. Dans un rapport ultérieur, le Dr R. \_\_\_\_\_ a encore conclu à une capacité de travail résiduelle de 50%, sous traitement de Ritaline maximal, avec un rendement réduit à cause des somnolences. De plus, également dans le cadre de la procédure ouverte ensuite de la nouvelle demande, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente était totalement incapable de travailler. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a, de surcroît, explicitement requis une expertise psychiatrique complémentaire. Sur la base de ce qui précède, force est de retenir qu'une péjoration de la situation clinique de la recourante ne peut être exclue avec une vraisemblance prépondérante contrairement à ce qu'affirme l'autorité intimée. La motivation de cette dernière tombe donc à faux sur ce point. L'autorité intimée ne saurait au demeurant être suivie lorsqu'elle avance (cf. ses observations du 9 février 2015) qu'une maladie idiopathique n'est par principe pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. La jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, qui s'applique également aux pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables tel que l'hypersomnie idiopathique, a en effet abandonné la présomption selon laquelle ces affections psychosomatiques peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit dès lors être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini (cf. supra 2b). Or, dans la présente occurrence, certaines constatations et appréciations médicales déterminantes font manifestement défaut. On ignore en effet, d'une part, combien d'heures de sommeil – profond ou superficiel – par jour nécessite la recourante pour être capable d'exercer une activité lucrative avec un rendement suffisant : Seule la Dresse U. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur cette question, estimant que sa patiente ne pouvait rester éveillée plus de 4 heures par jour pour être en pleine possession de ses facultés; la mère de la recourante a pour sa part précisé que sa fille a dû dormir 12 heures de sommeil profond lors de son examen par le I. \_\_\_\_\_ et qu'il lui arrivait de dormir 22 heures par jour. D'autre part, aucun médecin ne s'est prononcé sur l'influence de l'hypersomnie et des somnolences sur la capacité de travail de la recourante. Curieusement, alors que, dans son rapport de polysomnographie du 3 décembre 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ a précisé que pour évaluer l'aptitude au travail de sa patiente un test de maintien à l'éveil devait être effectué, dans son rapport de test de maintien de l'éveil du 31 janvier 2014, il n'a pris de conclusion que par rapport à l'aptitude de la recourante à conduire une automobile privée; or, que la recourante puisse conduire en prenant un comprimé de Ritaline ne signifie pas encore qu'elle est pleinement capable d'exercer une activité lucrative, tant s'en faut. L'existence d'une affection du sommeil invalidante ne peut, par voie de conséquence, être écartée sur la base du dossier produit. La cause doit donc être renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise bi- disciplinaire, en médecine du sommeil et psychiatrie. Un tel complément d'instruction tombe précisément dans les exceptions aménagées par le TF permettant un renvoi (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'autorité intimée rendra ensuite une nouvelle décision, fondée sur une appréciation médicale globale conformément aux exigences de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes

douloureux précitée. 4. a) Partant, le recours doit être partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée. Ayant obtenu par là gain de cause (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la recourante a droit à des dépens. Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 25 avril 2016 par Me Michel De Palma, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 3'563.10, à savoir 13 heures 43 minutes à CHF 230.-, plus 1 heure 38 minutes à CHF 250.- (CHF 250.- de l'heure pour les opérations effectuées après le 1er juillet 2015). Les débours, qui n'ont pas été calculés conformément à la réglementation et la pratique fribourgeoises (notamment les photocopies doivent être facturées à CHF 0.40 et les frais d'ouverture de dossier ne sont pas pris en compte), doivent être globalement fixés à CHF 110.-. Un montant de CHF 293.85 s'ajoute enfin au titre de la TVA à 8 %. L'indemnité totale de CHF 3'966.95 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 29 octobre 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par A. \_\_\_\_\_ lui est restituée. IV. Il est alloué à A. \_\_\_\_\_ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 3'563.10, plus un montant de CHF 110.- au titre de débours, plus CHF 293.85 au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 3'966.95. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Michel De Palma. V. 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 mai 2016/yho Président Greffière-stagiaire

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