

FR_GERICHTE 608 2023 157 vom 29. Januar 2025

FR Kantonsgericht, 2025-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_157

FR: FR_GERICHTE 608 2023 157 du 29 janvier 2025

IT: FR_GERICHTE 608 2023 157 del 29 gennaio 2025

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2023 157 Arrêt du 29 janvier 2025 IIe Cour des assurances sociales Composition Présidente : Daniela Kiener Juges : Johannes Frölicher, Anne-Sophie Peyraud Greffier-rapporteur : Michel Bays Parties A. _____, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité - Hypersomnie Recours du 13 novembre 2023 contre la décision du 11 octobre 2023 Tribunal cantonal TC Page 2 de 18 considérant en fait A. A. _____, née en 1993, célibataire, domiciliée à B. _____, travaillait en dernier lieu en tant qu'infirmière à 80%. Victime d'une incapacité de travail à partir du 14 janvier 2020, son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain maladie. Le 24 mars 2020, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en lien avec des douleurs constantes lombo-sacrées et cervicales-thoraciques, ainsi que des douleurs articulaires intermittentes, présentes depuis mai 2017 et incapacitantes depuis janvier 2020. En cours d'instruction, un mandat d'expertise pluridisciplinaire a été confié par l'assureur perte de gain maladie à C. _____, avec volets de psychiatrie ainsi que de médecine physique et réadaptation. Dans leur rapport du 1er décembre 2020, les experts ont conclu à l'absence de diagnostic invalidant. Sur le plan somatique, ils ont notamment exclu la présence d'un syndrome d'Ehlers Danlos, tandis qu'aucune symptomatologie n'a été objectivée au niveau psychiatrique. Les experts confirmaient donc une capacité de travail entière dans l'activité habituelle (à 80%), mais relevaient que la fatigue chronique méritait une investigation plus approfondie. Peu après, en février 2021, un rapport de polysomnographie a été déposé, confirmant la présence d'une hypersomnie et la mise en place d'un traitement psychostimulant. Le même mois, l'assurée s'est inscrite au chômage, à la recherche d'un emploi à 20%. En avril 2021, elle a repris un emploi de planificatrice de soins à domicile à un taux de 20%, progressivement augmenté jusqu'à 40%. Par la suite, plusieurs rapports ont été fournis par les médecins traitants de l'assurée, lesquels faisaient état d'une incapacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité adaptée. Par décision du 28 janvier 2022, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) a rejeté la demande de prestations, en se référant principalement aux conclusions des experts de C. _____. Au même moment, un rapport établi par la Dre D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de E. _____, annonçait que l'assurée présentait une hypersomnie idiopathique, impliquant des besoins en sommeil accrus et par conséquent d'importantes restrictions dans sa vie quotidienne, notamment pour travailler. Une capacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité adaptée était annoncée. Suite au recours

déposé par l'assurée, l'OAI, après avoir requis l'avis de son médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), a conclu à la nécessité de procéder à une nouvelle expertise, afin d'évaluer l'impact exact de cette nouvelle atteinte sur la capacité de travail de l'assurée. C'est la raison pour laquelle la décision du 28 janvier 2022 a été annulée et le dossier renvoyé à l'OAI (arrêt TC FR 605 2022 41 du 7 avril 2022). Entretemps, l'assurée a repris un nouvel emploi en tant que planificatrice de soins à 30%, dès avril 2022, puis progressivement à 40%. B. Un mandat d'expertise pluridisciplinaire, avec volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, a ensuite été confié à C._____.

L'OAI n'a en revanche pas donné suite à la requête de l'assurée, visant à l'ouverture d'un volet supplémentaire en médecine du sommeil. Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 Dans leur rapport du 30 novembre 2022, les experts de C._____ ont retenu en substance que le diagnostic d'hypersomnie idiopathique par allongement du temps de sommeil avait été posé le 18 janvier 2021 et que c'est à partir de cette date qu'il pouvait être considéré comme incapacitant. Dans la mesure toutefois où un test de maintien de l'éveil s'était avéré normal en juin 2021, une capacité de travail de 50% a été admise dès ce moment. Dite capacité a été portée à 80% dès le 1er février 2022, date à partir de laquelle l'assurée a été considérée comme apte au placement selon l'assurance-chômage. Dans le cadre des objections au projet de décision rendu par l'OAI, l'assurée a produit un nouveau rapport de la Dre D._____, dont l'avis se distancie de celui des experts, notamment s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Ce rapport a été soumis à la médecin SMR F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du SMR, laquelle a considéré qu'il ne remettait pas en question l'expertise de C._____. Par décision du 11 octobre 2023, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité de 53% entre le 1er janvier 2022 et le 30 avril 2022. En substance, il a considéré que les incapacités de travail attestées jusqu'au 17 janvier 2021 ne pouvaient pas être retenues, dès lors qu'elles découlaient d'atteintes qui n'ont pas été considérées comme invalidantes par les experts. L'incapacité de travail déterminante était donc celle liée à une hypersomnie idiopathique, attestée à 100% à partir du 18 janvier 2021, puis à 50% dès le 14 juin 2021 et enfin à 20% dès le 1er février 2022. Au terme du délai d'attente d'une année, échéant en janvier 2022, la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 53%. Dès le 1er mai 2022, soit 3 mois après l'amélioration survenue en février précédent, le taux d'invalidité n'était plus que de 15.79%, insuffisant pour poursuivre l'octroi d'une rente. C. Contre cette décision, A._____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 13 novembre 2023. Sous suite de frais et dépens, elle conclut, principalement, à l'annulation de dite décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2020 au plus tard et, subsidiairement, à l'octroi de trois-quarts de rente dès cette date et, plus subsidiairement, à l'octroi d'une rente de 60%. Plus subsidiairement encore, elle conclut au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour instruction et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle conteste principalement la valeur probante de l'expertise de C._____, en formulant différents reproches sur la manière dont les experts ont évalué son dossier, et y oppose l'avis de sa spécialiste traitante, qu'elle juge bien plus convaincant. Elle en déduit que sa capacité de travail n'excède pas 40%. Elle conteste également le moment auquel les experts ont fixé le début de son droit à la rente, invoquant que son trouble du sommeil influençait sa capacité de travail au moins une année avant qu'il ne soit effectivement diagnostiqué. Le 17 novembre 2023, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 12 décembre 2023, l'OAI revient sur les éléments retenus par les experts de C._____, et notamment sur le

fait qu'en dépit que la présence d'une hypersomnie idiopathique, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée demeurait exigible. Il relève en particulier le fait qu'une partie des symptômes diurnes liés à cette pathologie ont pu être améliorés grâce à la médication mise en place, à tout le moins dès décembre 2021. L'aptitude à la conduite automobile, attestée dès juillet 2022, constitue également un signe d'amélioration. Rappelant en outre l'obligation de réduire le dommage incombant à l'assurée, impliquant notamment l'obligation de se soumettre à un traitement continu, il conclut au rejet du recours. Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 Le 24 avril 2024, l'OAI a remis un rapport établi par le Dr G. _____, médecin praticien spécialisé en médecine du travail auprès du SMR, confirmant en substance la position de sa collègue, la Dre F. _____. En réponse du 26 juin 2024, la recourante critique l'appréciation du médecin SMR, relevant selon elle plus de considérations sociales que d'une analyse médicale. Elle s'étonne en outre du fait que l'OAI n'a pas pris position sur les arguments figurant dans le recours. Elle maintient, en s'appuyant sur l'avis de la Dre D. _____, que le besoin accru de sommeil influence sa capacité de travail, évoquant dans ce contexte un risque de rechute dépressive. Constatant que le Dr G. _____ n'apportait pas d'arguments scientifiques sur la pathologie du sommeil, d'autant qu'il n'est pas spécialiste de ce type de troubles, pas plus d'ailleurs que les experts de C. _____, elle maintient dès lors ses précédentes conclusions. L'autorité intimée n'a pas répliqué. Appelée en cause en date du 18 octobre 2024 en sa qualité d'institution de prévoyance LPP intéressée, H. _____ ne s'est pas déterminée dans le délai imparté. Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 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. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi

que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables, dans la mesure où le droit à la rente débiterait avant cette date.

3. 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

3.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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). Selon l'ATF 141 V 281, 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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. 3.3. Pour statuer, 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 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). 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. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 3.4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 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. 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 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. 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 citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 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). Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale

(ATF 125 V 351 précité consid. 3b/aa et les références). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui enlever toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 3.5. A noter que lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, le juge doit, en règle générale, ordonner lui-même une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur. 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. Le renvoi revient pour l'assuré à obtenir entièrement gain de cause (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4. et consid. 7).

4. Est en l'espèce litigieuse l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, ainsi que le début de l'incapacité susceptible d'ouvrir le droit à une rente. Il convient de se référer au dossier médical. 4.1. Il ressort du dossier que, dans sa demande de prestations AI déposée en mars 2020, l'assurée invoquait une problématique de douleurs généralisées au dos et au sacrum. Les premiers rapports médicaux faisaient à la fois mention de problèmes somatiques (lombo- pygalgies chroniques communes, douleurs articulaires généralisées, syndrome d'Ehlers-Danlos hyperlaxe) et d'une composante psychiatrique (trouble de l'adaptation, épisode dépressif); la présence d'une fatigue importante était également mentionnée. L'assurance perte de gain maladie a confié un mandat d'expertise à C._____. Dans leur rapport du 1er décembre 2020 (dossier AI p. 130), le Dr I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, résument le dossier médical relatif à l'assurance perte de gain maladie et exposent les plaintes de l'assurée, avec notamment une fatigue permanente, des courbatures constantes et des douleurs articulaires, ainsi qu'une composante de trouble de l'humeur. Après présentation du résultat de l'examen clinique, en médecine physique et psychique, les experts procèdent à la discussion du cas. Ils considèrent d'une part que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos ne peut pas être confirmé sur la base de l'examen clinique, "en l'absence d'hyperlaxité pathologique, d'hyperlaxité cutanée, les critères de la nouvelle classification des syndromes ED ne sont pas remplis". D'autre part, en l'absence d'étiologie somatique et de signes d'exagération, ils retiennent l'existence d'une majoration des symptômes Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 physiques pour raisons psychologiques (F68.0) pour expliquer le syndrome subjectif de fatigue chronique dont se plaint l'assurée. Sur le plan strictement psychiatrique, aucune symptomatologie n'est objectivée, l'expertisée n'émettant pas de plainte particulière à cet égard. Les experts écartent enfin le diagnostic de trouble somatoforme "en l'absence de détresse psychique en lien avec les douleurs chroniques non expliquées par une étiologie somatique". Ils estiment que "l'intensité de la fatigue ne permet pas la reprise d'une activité professionnelle quelconque pendant une période initiale de trois mois, pendant laquelle des examens complémentaires, des avis spécialisés seront nécessaires afin de permettre de recherche[r] une éventuelle étiologie". Dans un rapport de polysomnographie du 3 février 2021 (dossier AI p. 219), la Dre D._____, psychiatre traitante, rappelle tout d'abord que l'assurée l'avait consultée en février-mars 2020 et que les tests alors effectués "avaient permis d'exclure un trouble intrinsèque du sommeil et avaient objectivé une somnolence diurne importante mais non pathologique". L'hypothèse d'une dimension thymique et d'une

possible dimension d'hypersomnie idiopathique avait été émise, raison pour laquelle il avait été recommandé à l'assurée une prise en charge de l'épisode dépressif. Dans ce cadre, l'assurée avait annoncé une péjoration de l'hypersomnie (allongement de la durée du sommeil) suite à l'introduction de la médication anti-dépressive. Lors de l'examen de janvier 2021, il est constaté "un temps de sommeil franchement augmenté hors contexte de privation de sommeil et a priori hors contexte thymique". Toutefois, l'hypnogramme n'étant pas typique d'une hypersomnie idiopathique, il a été convenu d'adapter le traitement médicamenteux et d'introduire ensuite un traitement par Ritaline. Il ressort des examens ultérieurement requis par la rhumatologue traitante que le bilan était rassurant sur le plan cardiologique (dossier AI p. 213) et strictement dans la norme sur le plan pneumologique (dossier AI p. 215). Dans un rapport du 15 juin 2021 (dossier AI p. 187), la Dr K. _____, rhumatologue traitante, a formellement écarté la présence d'un rhumatisme inflammatoire. Celle-ci attestait néanmoins une incapacité de travail d'au moins 50% "en lien avec les problématiques locomotrices". Par ailleurs, un test de maintien de l'éveil réalisé en juin 2021 (dossier AI p. 217) a permis à la Dre D. _____ de confirmer une vigilance compatible avec la conduite automobile. Enfin, un rapport d'évaluation (neuro-)psychologique du 13 septembre 2021 (dossier AI p. 319) a mis en évidence un profil cognitif et intellectuel dans la moyenne supérieure avec de grandes capacités de vitesse de traitement de l'information, ainsi que des capacités attentionnelles dans les normes. Ce bilan a permis d'exclure un trouble du déficit de l'attention, mais a mis en évidence "une symptomatologie prépsychotique" nécessitant une investigation psychiatrique supplémentaire. Le 11 octobre 2021 (dossier AI p. 239), le Dr L. _____, médecin généraliste auprès du SMR, constate que les conclusions de l'expertise de C. _____ sont claires. Il relève que les experts n'ont pas retenu le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, ni la présence d'une symptomatologie psychique active, de sorte que la fatigue ne trouvait pas d'explication, raison pour laquelle des investigations étaient préconisées. Il constatait également que les rapports des médecins traitants mettaient avant tout en avant les plaintes de l'assurée, sans toutefois parvenir à fournir un substrat médical objectif. Suite au dépôt d'un nouveau rapport de la généraliste traitante (dossier AI p. 272), laquelle reprenait la capacité de travail de 50% au plus dans une activité adaptée à ses différentes atteintes (hypermobilité articulaire, hypersomnie et lombo-pygalgies), le médecin SMR (dossier AI p. 281) rappelle que le projet de décision rendu par l'OAI se fonde sur une expertise probante, qui s'écarte Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 de l'avis des médecins traitants. Il constate que, faute de faire référence à dite expertise, les objections ne permettent pas d'en remettre en cause les conclusions. Cela conduira l'OAI à rejeter la demande de prestations, par décision du 28 janvier 2022 (dossier AI p. 283). 4.2. Dans le cadre du recours déposé à l'encontre de cette décision, la recourante a notamment produit deux rapports établis le 28 janvier 2022 et le 27 février 2022 par la Dre D. _____ (dossier AI p. 576 et 603). Dans le premier d'entre eux, cette dernière rappelle l'évolution médicale depuis le début de la prise en charge, en février 2020, et indique que la médication mise en place (Ritaline et Wakix) a probablement permis d'atteindre l'amélioration maximale possible. Il en ressort que l'assurée dort environ 12 heures par nuit, ce qui diminue d'autant la durée d'éveil à consacrer au travail et aux autres activités de la vie quotidienne. Cela implique aussi la contre-indication du travail de nuit, du travail à horaires irréguliers et des prises de poste tôt le matin. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'infirmière est nulle, tandis qu'elle est évaluée à 50% dans une activité adaptée. "Il conviendrait que le temps de travail soit réparti sur les 5 jours de la semaine afin d'avoir un

rythme le plus homogène possible [...]". Dans le second rapport, elle prend position après avoir appris que l'OAI avait rejeté la demande de sa patiente. Elle s'étonne du fait que le diagnostic d'hypersomnie idiopathique n'ait pas retenu l'attention de l'OAI, alors qu'il est selon elle "indéniable que la capacité de travail de la patiente est abaissée et qu'il conviendrait a minima de lui octroyer des mesures d'entraînement et de réadaptation afin de statuer sur sa capacité effective de travail". Invité à prendre position, le médecin généraliste SMR constate, le 22 mars 2022 (dossier AI p. 610), que si la situation n'a pas connu d'évolution significative sur les plans ostéo-articulaire et psychiatrique, elle a en revanche changé sur le plan de la médecine du sommeil. Le diagnostic d'hypersomnie idiopathique est désormais retenu, ce qui constitue "une cause plausible pour les plaintes de la personne". Il ajoute toutefois qu'une nette amélioration de la somnolence diurne a pu être atteinte grâce à la médication mise en place, avec notamment une aptitude à la conduite automobile. S'étonnant de ce que cette amélioration ne se manifeste pas sur la capacité de travail, il recommande la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. C'est ce qui a conduit l'OAI à suggérer de reprendre l'instruction de la cause et de confier à C. _____ le mandat d'effectuer une expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapport du 30 novembre 2022 (dossier AI p. 670), le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne, le Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie, et la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retiennent en consensus l'absence de diagnostic ostéoarticulaire, rhumatologique et/ou psychiatrique susceptible d'influencer la capacité de travail. Au niveau de la médecine interne, l'expert constate qu'il "persiste la nécessité de besoin de sommeil accru nocturne, parfois jusqu'à 12h, ce qui peut limiter les activités de la vie quotidienne, en particulier sociale, et qui contre-indique un travail de nuit ou un travail à horaires irréguliers. Idéalement, il faudrait privilégier un travail à horaires fixes, de jour, avec pauses supplémentaires à midi. Une capacité de travail de 80% reste exigible", soit l'équivalent de 7 heures par jour. Sur le plan rhumatologique, le Dr N. _____ résume ainsi la situation: "En conclusion, il s'agit d'une jeune femme de 29 ans qui souffre de douleurs ostéoarticulaires chroniques. Elle présente un tableau clinique de fibromyalgie ainsi qu'un trouble du spectre de l'hypermobilité, sans qu'on puisse retenir un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile en l'absence d'une atteinte d'organe. Elle présente par ailleurs un psoriasis cutané de longue date et est traitée pour une hypersomnie, un syndrome des jambes sans repos et un côlon irritable. Du point de vue de la capacité de travail, il n'y a pas de pathologie ostéoarticulaire ou rhumatologique qui justifie une incapacité de travail significative et durable". La capacité de travail est donc considérée comme entière même si, "compte tenu des différents symptômes présentés par [l'assurée], un poste ne nécessitant pas d'engagement physique important serait préférable [...]". Finalement, au niveau psychiatrique, l'experte constate l'absence de toute plainte strictement psychique et un examen clinique négatif à cet égard; elle écarte en particulier la présence d'un trouble somatoforme "en l'absence de plaintes psychiques en lien avec les troubles somatiques". Aucun diagnostic incapacitant n'est donc retenu et une capacité de travail entière confirmée. Dans un rapport du 3 avril 2023 (dossier AI p. 845), faisant écho aux objections de l'assurée à l'encontre du projet de décision de l'OAI (dossier AI p. 811), le Dr L. _____ confirme la valeur probante de l'expertise précitée et écarte la nécessité de mettre sur pied des investigations supplémentaires en lien avec le trouble du sommeil. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise de C. _____ et y oppose principalement l'avis de la Dre D. _____. Dans un rapport du 6 juillet 2023 (dossier AI p. 888), cette dernière déplore ne pas avoir été contactée par l'OAI, notamment s'agissant de

l'évaluation de la capacité de travail. De même, elle estime que la pathologie rare que constitue l'hypersomnie idiopathique aurait dû être examinée par un spécialiste en neurologie et/ou détenteur d'un certificat en médecine du sommeil, et non par un spécialiste en médecine interne. Elle distingue ensuite la capacité de travail et l'aptitude à la conduite, en précisant que les tests de maintien de l'éveil se concentrent sur la capacité à maintenir la vigilance en situation de conduite automobile et ne sont pas transposables tels quels en situation de travail. Elle note également que l'incapacité de travail n'a pas débuté avec la pose du diagnostic, mais antérieurement, sans être en mesure de préciser une date exacte. Selon elle, l'exercice d'une activité professionnelle à 80% diminuerait le temps de sommeil, respectivement le temps à disposition pour les loisirs et les activités sociales, et augmenterait les risques de rechute dépressive. Elle déplore aussi l'absence d'analyse de l'interaction possible des différentes pathologies, en citant notamment le trouble dépressif, la fibromyalgie et le syndrome hypermobile, tous susceptibles d'augmenter la fatigabilité. Enfin, elle rappelle qu'un test de maintien de l'éveil peut certes signaler une amélioration de la somnolence, mais ne permet pas de mesurer ou évaluer la fatigue, qui est une notion complexe et multifactorielle. Elle termine en ces termes: "Mon évaluation est celle d'une capacité de travail résiduelle maximale à 40%, ce que la patiente tient actuellement au prix d'efforts importants et de difficultés. Augmenter la capacité de travail l'exposerait à un risque extrêmement important de rechute sur le plan thymique et d'effondrement dépressif et donc, d'un arrêt de travail complet qui pourrait se poursuivre dans le temps". En date du 26 juillet 2023 (dossier AI p. 897), la Dre F._____ constate que le dernier rapport de la Dre D._____ confirme l'absence de phase dépressive, le besoin de 12 heures de sommeil et la possibilité d'exercer une activité diurne à raison de 7 heures par jour, grâce à la médication mise en place. Elle renvoie à cet égard à la description d'une journée faite par l'assurée lors de l'expertise de médecine interne. En substance, hormis dans certains types d'activités (chauffeur professionnel, travail en équipes), l'atteinte en question ne justifie pas une incapacité de travail telle qu'alléguée par la psychiatre traitante. S'agissant de l'hypermobilité articulaire, la médecin SMR relève qu'elle "n'entraîne pas non plus obligatoirement une fatigue musculaire accrue [...] à condition [que l'assurée] ne soit pas contrainte d'exécuter du travail à la pièce". Elle considère enfin que la fibromyalgie est secondaire à l'hypermobilité. "Au final, le psychiatre traitant n'apporte aucun fait médical nouveau qui n'était pas déjà connu des experts et qui avait déjà été amplement pris en compte pour ses appréciations somatiques de la capacité de travail, appréciations étrangères à la branche et pour lesquelles toute nouvelle base médicale somatique objective fait défaut. Dès lors, Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 sur le plan purement assécurologique, il n'est pas possible d'approuver l'appréciation du psychiatre, et ce, d'autant plus que le psychiatre lui-même a nié l'existence d'un épisode dépressif". Elle écarte en outre la nécessité de procéder à des investigations supplémentaires. Postérieurement au dépôt du recours, l'OAI a encore remis un rapport établi le 9 avril 2024 par le Dr G._____, médecin praticien auprès du SMR. Celui-ci résume tout d'abord le rapport établi le 6 juillet 2023 par la Dre D._____, puis celui établi subséquentement par la Dre F._____, le 26 juillet suivant. En substance, le médecin SMR estime que les constats de la psychiatre traitante en relation avec l'hypermobilité et la fibromyalgie doivent être écartés, faute d'être suffisamment étayés. S'agissant de l'impact de l'hypersomnie sur la vie quotidienne, et en particulier de l'équilibre entre l'activité professionnelle et les loisirs, le médecin SMR indique qu'il s'agit d'un aspect relevant du domaine social/sociétal et note une évolution des mentalités à ce sujet. Il ne se déclare pas opposé à la passation d'un test d'attention, mais indique que cela

ne permettrait toutefois pas de résoudre la question de société, sur laquelle il estime ne pas être compétent pour se prononcer. 5. Amenée à statuer, la Cour de céans constate que l'assurée présentait d'emblée une difficulté à définir les contours du tableau clinique, raison pour laquelle les médecins ont tout d'abord entrepris d'en déterminer l'origine. 5.1. Dans le cadre de sa demande de prestations, cette dernière se plaignait de douleurs au dos et aux articulations, tandis que les rapports de ses médecins traitants (généraliste, rhumatologue et psychiatre) faisaient état de diverses atteintes pour expliquer lesdites plaintes, principalement des rachialgies, un syndrome d'Ehlers-Danlos (hyperlaxité), ainsi qu'une composante dépressive. Des troubles du sommeil et de la fatigue étaient également mentionnés, mais ils étaient à ce stade encore plutôt considérés comme une conséquence des atteintes physiques et/ou psychiatriques. En février 2020, la Dre D. _____, se basant sur l'anamnèse établie avec l'assurée, suspectait la présence d'une "hypersomnie par hypersomnolence diurne et allongement du temps de sommeil total", raison pour laquelle elle avait requis un examen polysomnographique. En août 2020, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, indique que "le programme de réentraînement intensif ambulatoire dans le cadre de l'unité de réhabilitation fonctionnelle du rachis" a dû être interrompu après 4 jours déjà "vu l'important état de fatigue"; il ajoutait que "cet état d'hypersomnie [était] incompatible avec le programme" et que "l'hypersomnie est connue dans le syndrome d'Ehlers-Danlos", dès lors qu'il "sembl[ait] que les investigations de trouble du sommeil n'auraient rien montré de particulier". C'est dans ce contexte que l'assurance perte de gain maladie a mis sur pied une expertise auprès de C. _____, avec volets de médecine interne et de psychiatrie. Le rapport rendu en décembre 2020 n'a toutefois pas permis d'objectiver une explication somatique aux douleurs de l'assurée, ni de leur trouver une origine psychiatrique, de sorte qu'aucune incapacité de travail n'a alors été retenue. Alors même qu'un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques avait été envisagé, les experts avaient néanmoins suggéré la tenue d'examens spécialisés afin de rechercher une éventuelle étiologie à la fatigue intense, dont l'impact significatif avait été souligné, notamment sur la capacité de travail. Par la suite, l'attention s'est progressivement portée sur cette dernière thématique de fatigue, notamment au travers des rapports établis par la Dre D. _____. En février 2021, soit peu après Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 l'expertise ci-dessus, celle-ci notait en effet que si les examens effectués une année plus tôt "avaient permis d'exclure un trouble intrinsèque du sommeil et avaient objectivé une somnolence diurne importante mais non pathologique", elle ajoutait que les derniers examens effectués avaient permis d'objectiver une hypersomnie ("Nous avons un temps de sommeil franchement augmenté hors contexte de privation de sommeil et a priori, hors contexte thymique") et annonçait l'introduction d'un traitement psychostimulant (Ritaline). Au même moment, la Dre K. _____ posait le diagnostic de troubles du spectre de l'hypermobilité type syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et évoquait différentes pistes susceptibles d'expliquer les douleurs annoncées par la patiente, envisageant notamment un rhumatisme. Elle demandait l'exécution de différents examens (IRM, ultrason cardiaque et consilium neurologique) afin d'affiner le diagnostic. Or, il appert que les différents examens entrepris par la suite se sont avérés sans particularité: le bilan échocardiographique "montr[ait] un cœur structurellement et fonctionnellement normal et l'absence de toute dilatation de l'aorte" tandis que le bilan pneumologique était normal: "le status est sans particularité. Les fonctions pulmonaires sont réjouissantes strictement dans la norme". A noter qu'un examen psychologique, mené en septembre 2019, avait abouti à des résultats globalement dans la norme. Finalement, un test

de maintien de l'éveil réalisé en juin 2021 mentionne l'obtention d'"une franche amélioration subjective de la symptomatologie à type de somnolence" grâce au traitement médicamenteux mis en place. En juin 2021, la Dre K. _____ soulignait l'absence de rhumatisme inflammatoire, mais attestait tout de même que l'incapacité de travail était "au moins de 50% en lien avec les problématiques locomotrices", dans l'activité habituelle. Elle indiquait en outre être dans l'attente du résultat des investigations neurologiques. Elle estimait que le pronostic était réservé, que l'assurée avait besoin de stabiliser ses articulations et qu'un pronostic plus favorable serait envisageable si le traitement de l'hypersomnie fonctionnait et que l'éventuelle atteinte neurologique pouvait être également traitée. A ce stade, le médecin SMR relevait avant tout l'absence de substrat médical pouvant expliquer les plaintes de l'assurée et doutait de la présence d'une atteinte à la santé pouvant justifier une incapacité de travail durable. La Dre P. _____, généraliste traitante, a alors établi deux rapports afin d'appuyer la demande de sa patiente auprès de l'OAI, en reprenant notamment les constats de sa consœur, la Dre K. _____. En réponse du 27 janvier 2022, le généraliste SMR a néanmoins répondu que "les objections ne [faisaient] malheureusement aucune référence à l'expertise de C. _____ et aux conclusions des experts", de sorte que ces dernières ne pouvaient pas être remises en question. Dans le cadre du recours déposé à l'encontre de la décision de refus de rente rendue par l'OAI dans la foulée, un nouveau rapport de la Dre D. _____ a conduit l'OAI à retenir que cette atteinte liée à la fatigue constituait un diagnostic autonome, ce qui a ensuite donné lieu à la mise sur pied d'une deuxième expertise auprès de C. _____. Dans ce contexte, le médecin SMR considérait ce qui suit: "La nouvelle évaluation de la situation devra certainement prendre en compte les troubles de la personne assurée, référés au domaine de la médecine du sommeil. Un bilan de médecine du sommeil a déjà été réalisé et l'expert interniste sera très bien placé pour évaluer ce bilan et le prendre en compte dans le contexte d'un consensus entre les plusieurs disciplines concernées". 5.2. A ce stade, la Cour de céans constate que, si les composantes rhumatologiques et psychiatriques ont fait l'objet d'une instruction approfondie, par le biais notamment des deux Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 expertises réalisées à deux ans d'intervalle auprès de C. _____, tel n'est pas le cas du diagnostic d'hypersomnie. Il ressort en effet de l'évolution résumée ci-avant que ce trouble du sommeil constitue désormais un diagnostic à part entière, ce qui a d'ailleurs conduit l'OAI, respectivement le médecin SMR, à revenir sur sa décision et à reprendre l'instruction du dossier, en mettant sur pied la seconde expertise en 2022. Il convenait dès lors de procéder à une analyse approfondie de ce diagnostic, en particulier s'agissant de son influence sur la capacité de travail. Or, si les experts ont examiné en détail les champs somatique et psychiatrique pour en conclure que les atteintes n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à certaines limitations fonctionnelles, il en va différemment s'agissant du trouble du sommeil. Vu l'importance que cette pathologie avait acquise et les caractéristiques particulières qu'elle présente (notamment la difficulté à la diagnostiquer), la présence d'un médecin disposant de connaissances approfondies en médecine du sommeil aurait été souhaitable. Il n'est cependant pas réhibitoire qu'aucun des trois experts désignés ne dispose d'une formation spécifique dans ce domaine. Encore faut-il qu'ils aient pris la peine d'examiner cette question de manière approfondie. Si le fait que le spécialiste en rhumatologie ne se détermine pas sur cette question est en soi compréhensible, compte tenu de la nature de cette atteinte, l'évaluation de la spécialiste en psychiatrie est plus problématique, non seulement du fait qu'elle est très courte, mais surtout parce qu'elle ne contient aucune analyse proprement critique à ce sujet. Il y est rappelé qu'une "majoration

pour raisons psychologiques, ici des traits anxieux de personnalité, sans majoration consciente des troubles" avait été retenue lors de la première expertise, "en raison de l'absence de diagnostic concernant l'hypersomnie". Il y est ensuite fait mention du fait qu'en mai 2021, la Dre D. _____ a attesté une amélioration compatible avec la conduite automobile, qu'une évaluation neuropsychologique menée en septembre 2021 a retenu un profil intellectuel dans la moyenne supérieure et de bonnes capacités attentionnelles, et enfin que l'assurée a été en mesure de reprendre un emploi administratif à partir d'avril 2022, à 40% au moment de l'expertise. L'évaluation se termine en ces termes: "Ce jour, elle n'a aucune plainte strictement psychique, l'examen clinique est négatif. Aucun diagnostic incapacitant n'est donc retenu". S'agissant de l'évaluation consensuelle, elle ne fait que reprendre, mot pour mot et presque dans sa totalité, l'évaluation de l'experte en psychiatrie qui, comme on vient de le voir, n'est pas probante. C'est donc essentiellement dans le cadre du volet de médecine interne que l'hypersomnie est discutée. Après avoir effectué une synthèse du dossier médical, le Dr M. _____ a effectué un entretien avec l'assurée, au cours duquel celle-ci a émis des plaintes en lien avec une hypersudation, un syndrome douloureux ainsi qu'une fatigue chronique. Après avoir mené son examen clinique, l'expert procède à l'évaluation médicale, dans le cadre de laquelle il revient en détail sur la prise en charge du trouble du sommeil. Dans le cadre de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité de l'hypersomnie idiopathique, l'expert en médecine interne se distancie de l'avis de la Dre D. _____, sans vraiment expliquer pourquoi. Or, s'il entendait faire prévaloir son point de vue sur celui de cette psychiatre disposant de compétences particulières en médecine du sommeil, il lui incombait de le faire par le biais d'une argumentation circonstanciée, ce qui n'est pas le cas. L'expert confirme en effet le diagnostic en question, en se référant aux critères diagnostiques. Il explique ensuite ceci: "Diagnostiqué le 18.01.2021, ce trouble peut être considéré comme incapacitant dès cette date, avec cependant une reprise théorique de travail dès que le test de maintien de l'éveil revient normal le 14.06.2021. La disparition de la somnolence diurne en fin 2021 laisse supposer dès lors une Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 capacité de travail au moins subtotale. Ceci est confirmé par une inscription à la caisse du chômage dès l'échéance des prestations de l'assureur perte de gain, alors même que la Dre D. _____ reconnaît une capacité de travail de 50% dans son rapport du 28.01.2022, sans l'étayer. Il y a ainsi une cohérence entre le diagnostic posé, l'efficacité du traitement et l'amélioration de la qualité de vie de l'assurée". Relevant en outre que les tests de maintien de l'éveil réalisés le 11 juillet 2022 ont été satisfaisants et ont permis d'approuver la conduite automobile, il admet la persistance de la nécessité d'un sommeil accru nocturne, parfois jusqu'à 12 heures, pouvant limiter les activités de la vie quotidienne. Il estime cependant qu'en privilégiant un travail de jour et à horaire fixe, avec des pauses supplémentaires à midi, une capacité de travail de 80% reste exigible. Il écarte enfin la présence d'une majoration de symptômes, l'atteinte à la santé paraissant homogène. L'expert se fonde essentiellement sur le fait que le traitement mis en place est parvenu à faire disparaître la somnolence diurne, en se référant à différents éléments ressortant du dossier: aptitude à la conduite automobile, inscription au chômage, respectivement reprise d'une activité à temps partiel (40%). Les symptômes subsistant (fatigabilité accrue, temps de sommeil allongé) n'empêchent selon lui pas l'exercice d'une activité lucrative à 80%, respectant certaines conditions. 5.3. De l'avis de la Cour, cette évaluation de la capacité de travail n'est pas convaincante. Les éléments sur lesquels l'expert en médecine interne se fonde n'apparaissent en effet pas de nature à justifier une augmentation significative de la capacité retenue par les médecins traitants. Ainsi, le fait

que l'assurée ait prétendu à des indemnités de chômage n'est en soi pas déterminant sous l'angle de l'évaluation de la capacité de travail, d'autant moins qu'elle s'était inscrite à la recherche d'un emploi à 20% seulement. De même, la reprise d'un emploi à 40% n'est manifestement pas déterminante non plus pour justifier d'une capacité de travail fixée au double. Enfin, la réussite d'un test de maintien de l'éveil, qui a permis de confirmer une aptitude à la conduite automobile, constitue tout au plus un indice allant dans le sens d'une amélioration de la capacité de concentration, mais pas encore la démonstration d'une capacité de travail à un tel taux. Si, comme l'expert le relève, il y a bien une cohérence entre le diagnostic posé, l'efficacité du traitement et l'amélioration de la qualité de vie de l'assurée, il n'est néanmoins pas possible d'en tirer une conclusion définitive sous l'angle du taux de la capacité de travail. Par ailleurs, le fait pour l'expert de prétendre que la psychiatre traitante n'a pas étayé la limitation de la capacité de travail à 50% apparaît pour le moins réducteur. En effet, celle-ci a pris soin de motiver son point de vue, dans les différents rapports remis tout au long de l'instruction du dossier et en particulier dans ceux rendus au début de l'année 2022 (cf. supra consid. 4.2), en se fondant sur des constats cliniques et notamment sur des examens polysomnographiques. Dans ce contexte, les explications figurant dans son dernier rapport (dossier AI p. 888) sont pertinentes: s'il est indéniable que le traitement médicamenteux introduit dans le courant 2021 a amené une réduction significative des symptômes de fatigue diurne, l'assurée n'en demeure pas moins soumise à de sérieuses contraintes, notamment en terme de durée du sommeil (de l'ordre d'une douzaine d'heures par nuit), ce qui impacte à l'évidence la disponibilité pour une activité professionnelle mais aussi, par ricochet, le temps à disposition pour des activités personnelles et sociales. De même, les experts ont retenu que la situation s'était significativement améliorée à partir du moins de juin 2021, en lien avec un test du maintien de l'éveil ayant conclu à une vigilance compatible avec la conduite automobile. Une lecture attentive du dossier permet toutefois de constater qu'en juin 2021 (dossier AI p. 783), la psychiatre traitante annonçait que le traitement par Ritaline (introduit quelques mois plus tôt) "apport[ait] un bénéfice notable mais insuffisant pour reprendre une activité Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 professionnelle", raison pour laquelle elle recommandait l'ajout d'un traitement pitolisant (Wakix). Au début de l'année 2022 (dossier AI p. 576), elle indiquait que la médication mise en place avait probablement permis d'atteindre l'amélioration maximale possible et estimait alors qu'"une capacité à 50% dans une activité adaptée ne pourrait être envisageable qu'après des mesures d'entraînement pour confirmer cette capacité et une période de réadaptation". Dans son dernier rapport du 6 juillet 2023 (dossier AI p. 888), dans lequel elle se détermine sur la seconde expertise de C. _____, la Dre D. _____ estime que sa patiente présente "une capacité de travail résiduelle maximale à 40%" et ajoute qu'"augmenter la capacité de travail l'exposerait à un risque extrêmement important de rechute sur le plan thymique et d'effondrement dépressif", susceptible d'entraîner un arrêt de travail complet. 5.4. Au vu de ce qui précède, la Cour est d'avis que l'exigibilité d'une activité à 80%, retenue par les experts puis par l'OAI dans sa décision, apparaît insuffisamment étayée. Il n'est notamment pas possible d'exclure qu'un tel taux entraîne un risque de décompensation thymique compte tenu de la pression exercée sur le temps de sommeil et ce, même dans une activité tenant compte des limitations de l'assurée. Il en va de même de l'évaluation effectuée par la psychiatre traitante: sous l'angle rhumatologique et psychiatrique, les experts de C. _____ ont retenu, de manière étayée et convaincante, l'absence de limitation significative de la capacité de travail moyennant le respect de certaines conditions. La Cour note en particulier que la situation sur le plan

strictement psychiatrique semble être rassurante, vu notamment l'absence de plaintes de la recourante, tandis que, sous l'angle rhumatologique, une activité impliquant un engagement physique modéré (comme celle de planificatrice de soins à domicile) demeure raisonnablement exigible de sa part. De ce fait, une capacité de travail de maximum 40%, telle qu'alléguée par la Dre D. _____ dans son dernier rapport, semble a priori plutôt basse et semble se fonder, en partie du moins, sur des éléments subjectifs (plaintes de l'assurée) plutôt que strictement sur sa situation médicale objective. Au moment d'évaluer la situation, en mars 2022 (dossier AI p. 610), le médecin SMR admettait qu'un trouble du sommeil était désormais avéré et ajoutait ce qui suit: "La nouvelle évaluation de la situation devra certainement prendre en compte les troubles de la personne assurée, référés au domaine de la médecine du sommeil. Un bilan de médecine du sommeil a déjà été réalisé et l'expert interniste sera très bien placé pour évaluer ce bilan et le prendre en compte dans le contexte d'un consensus entre les plusieurs disciplines concernées". Force est de constater que l'expert ne se fonde pas sur ce bilan ni n'en tire des conclusions, se fondant sur d'autres indices qui, comme souligné, n'apparaissent guère convaincants et que des investigations supplémentaires sont indispensables. 6. Par économie de procédure, la Cour juge utile de se pencher sur l'autre argument soulevé par la recourante, relatif au début du droit à la rente. 6.1. L'OAI a estimé que l'incapacité de travail déterminante avait débuté en janvier 2021, soit au moment où le diagnostic d'hypersomnie a été posé par la Dre D. _____. Considérant qu'au terme du délai d'attente d'une année, soit en janvier 2022, l'assurée présentait une capacité de travail de 50%, il lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2022, qu'il a supprimée Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 dès le 1er mai 2022, estimant alors la capacité de travail à 80% en se référant à l'aptitude au placement liée à son inscription au chômage. La recourante conteste ce point de vue, estimant que le début de son incapacité ne coïncide pas avec le moment où le diagnostic a été posé, mais qu'elle lui préexistait, ce qui est confirmé par sa psychiatre traitante. Elle critique également le fait de lier l'amélioration de sa capacité de travail à son inscription au chômage. Elle conclut à ce qu'une incapacité de travail d'au moins 60% lui soit reconnue à tout le moins dès le 1er septembre 2020. 6.2. Amenée à statuer, la Cour de céans concède que si le diagnostic déterminant a bel et bien été formellement posé dans le courant du mois de janvier 2021 par la Dre D. _____, il ressort néanmoins du dossier qu'il influençait déjà le tableau clinique précédemment. On en veut notamment pour preuve les rapports établis en février 2020 par la Dre D. _____ et par le Dr O. _____, qui mettaient en avant cette problématique. Faute toutefois de pouvoir en expliquer la cause, d'autres pistes, notamment somatiques, ont d'abord été privilégiées et ce n'est qu'une fois que certaines d'entre elles ont pu être écartées que ce diagnostic a finalement été confirmé, environ une année plus tard. Dans ces conditions, il est possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée présentait déjà une hypersomnie idiopathique restreignant sa capacité de travail déjà avant le dépôt de sa demande, intervenu en mars 2021. Sur ce point également, l'expertise de C. _____ ne peut pas être suivie. 7. En définitive, la Cour de céans parvient à la conclusion que l'expertise de C. _____ sur laquelle s'est fondé l'OAI pour rendre la décision litigieuse n'est pas probante et qu'un renvoi du dossier à l'autorité intimée, motivé par la nécessité de clarifier une situation médicale ayant fait l'objet d'investigations insuffisantes, se justifie pour y remédier. Il incombera donc à l'OAI de procéder à une nouvelle expertise, laquelle aura pour but principal d'examiner aussi précisément que possible l'influence de l'hypersomnie idiopathique sur la capacité de travail de la recourante, en plus des autres atteintes présentes. Il importera notamment de tenir

compte du besoin accru de sommeil, mais également du maintien des capacités attentionnelles durant les journées de travail et le risque de rechute dépressive. L'expertise devra également se déterminer sur le début de l'incapacité de travail liée à la pathologie du sommeil et sur son évolution. Compte tenu de l'aspect prépondérant du trouble du sommeil dans le tableau clinique, il serait judicieux de recourir à l'avis d'un spécialiste (par ex. psychiatre ou neurologue) disposant de connaissances spécifiques dans ce domaine particulier, par exemple œuvrant dans le cadre d'un centre de médecine du sommeil.

8. 8.1. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire.

8.2. Compte tenu de l'admission du recours, les frais de procédure, par CHF 800.-, doivent être mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant consentie par la recourante lui sera restituée.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18

8.3. L'admission du recours avec annulation de la décision querellée et renvoi à l'autorité inférieure équivalant à un gain de cause total, la recourante a droit à des dépens entiers (cf. ATF 137 V 57), conformément aux art. 137 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12).

Dans la liste de frais produite le 19 décembre 2024, le mandataire de la recourante a requis le versement d'une indemnité de partie équivalente à 26h03 d'honoraires à CHF 350.-/h, plus CHF 127.- de débours et TVA. La Cour relève tout d'abord que le tarif horaire applicable est de CHF 250.-/h, conformément à l'art. 8 al. 1 Tarif/JA. Elle constate ensuite que la durée requise dépasse largement ce qui est usuellement le cas dans ce type d'affaires. Compte tenu de la nature et de la complexité du litige, il se justifie de réduire le montant de l'indemnité accordée au mandataire précitée. Celle-ci est fixée, ex aequo et bono, à CHF 5'000.-, soit 20h à CHF 250.-/h, auxquelles s'ajoutent CHF 127.- de débours. Dès lors qu'une partie des opérations a été effectuée avant le 1er janvier 2024, la TVA est fixée à 7.7% pour 13h correspondant aux opérations d'avant le 1er janvier 2024 et CHF 89.- de débours, tandis qu'elle est fixée à 8.1% pour 7h effectuées après cette date et CHF 38.- de débours. En résumé, l'indemnité est fixée comme suit: CHF 5'000.- d'honoraires, plus CHF 127.- de débours, plus CHF 257.10 de TVA à 7.7% pour la période jusqu'au 31 décembre 2023 et CHF 144.85 de TVA à 8.1% pour la période à partir du 1er janvier 2024, soit un total de CHF 5'528.95, mise à la charge de l'autorité intimée et qui sera directement versée au mandataire de la recourante (cf. art. 141 CPJA). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18

la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision du 11 octobre 2023 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg annulée. Partant, la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante sera restituée à cette dernière. IV. Il est alloué à la recourante une indemnité de partie de CHF 5'528.95 (dont CHF 401.95 au titre de la TVA), mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité et versée en main de son mandataire. V. Notification. 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 29 janvier 2025/mba La Présidente Le Greffier-rapporteur

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