

# **NE\_GERICHTE CDP.2009.420 vom 5. August 2011**

NE Tribunal cantonal, 2011-08-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2009.420](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2009.420)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2009.420 du 5 août 2011

IT: NE\_GERICHTE CDP.2009.420 del 5 agosto 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Cour de droit public du Tribunal cantonal a succédé au Tribunal administratif et traite les causes qui avaient été déferées à cette instance (art. 47 et 83 OJN ). Interjeté en temps utile et dans les formes légales, le recours est recevable (art. 60 al. 1, 61 let. b LPGA).

### **E. 2**

La modification de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision AI) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, entraînant des modifications légales en matière d'assurance-invalidité. Ratione temporis, un éventuel droit à une rente de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur de cette modification s'examine en fonction de la LPGA et de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et, à compter de ce moment-là, selon les normes de la LPGA, de la LAI et des dispositions d'exécution dans leur teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2008 ( ATF 132 V 215 cons. 3.1.1, 130 V 445 cons. 1 ; arrêt du TF du 28.08.2008 [8C\_373/2008] cons. 2.1). Cela n'est cependant pas décisif, car le Tribunal fédéral a jugé que la 5<sup>e</sup> révision AI n'avait pas apporté de modifications substantielles aux principes régissant l'évaluation du degré d'invalidité selon le droit antérieur et que l'ancienne jurisprudence demeure valable dans ce domaine (arrêt du TF du 28.08.2008 [8C\_373/2008] cons. 2.1).

### **E. 3**

a) L'invalidité (art.

### **E. 4**

Nouvelle teneur selon le ch. 8 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RS830.1).

### **E. 5**

Introduit par le ch. I de la LF du

### **E. 8**

al. 1 LPGA ). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA ). 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 (art. 7 al. 2 LPGA ). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte

résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPG A). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins, la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité (art. 28 al. 1 et 2 LAI ). b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements 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. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré ( ATF 125 V 256 cons. 4, 115 V 133 cons. 2, 114 V 310 cons. 3c). En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG A ou une expertise judiciaire ( ATF 135 V 465 ; arrêts du TF des 30.11.2010 [8C\_149/2010] cons. 5 et 13.09.2010 [8C\_85/2010] cons. 6.1). En outre, selon une jurisprudence constante, 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. 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 aussi 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 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c ; RAMA 1996 no U 256, p. 215 cons. 4). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, provoquer une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail ne peut plus être raisonnablement exigée de l'assuré ( ATF 135 V 201 cons.7.1.1, 127 V 294 cons. 4c ; arrêt du TF du 11.06.2010 [9C\_776/2009] cons. 2.1). Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité . Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il existe toutefois des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance , rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux doit être apprécié à la lumière de différents critères. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Finalement, on conclura 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 et l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 132 V 65 cons.4.2, 131 V 49 cons.1.2, 130 V 352 cons.2.2.3). Par ailleurs, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs, pris en tant que comorbidité psychiatrique, constituent généralement des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux , de sorte qu'ils ne sauraient, en principe, faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble ( ATF 132 V 65 cons. 4.2.2, 130 V 352 cons. 3.3.1 ; arrêts du TF des 22.03.2010 [9C\_451/2009] cons. 2 et 12.02.2009 [9C\_310/2008] cons.2.1). Antérieurement au développement de la jurisprudence susmentionnée applicable aux troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a par ailleurs jugé que la névrose de revendication ou de compensation (figurant sous chiffre F68.0 de la CIM-10 [Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes], dénommée aussi majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques) n'était pas assurée. En substance, il a admis qu'il s'agissait bien d'une véritable névrose, non d'une simulation. Il a néanmoins retenu que l'assurance sociale ne pouvait pas, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences d'une telle affection ( ATF 115 V 413 cons.

12, 104 V 27 cons. 2b ; arrêt du TF du 11.09.2001 [I 189/01] cons. 4b ; cf. également arrêt du TAF du 13.10.2009 [C-2768/2008] cons. 8.1). 4. a) En l'espèce, la recourante fait tout d'abord valoir qu'une incapacité totale de travail a été reconnue par six médecins, à savoir les Drs D., V., O., W. et I.. Elle reproche à l'OAI d'avoir systématiquement écarté les rapports admettant une incapacité. Selon elle, la nature des troubles, en particulier somatiques, dont elle souffre et leur multiplicité justifiaient la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. D'un point de vue somatique, la recourante a été soumise à une expertise neurologique suite au dépôt du rapport médical établi par la Dresse V., à la demande du SMR, afin de connaître l'éventuelle influence de névralgies sur la capacité de travail. Selon le rapport d'expertise qu'il a établi le 9 octobre 2007, le Dr B. a retenu le diagnostic de douleurs faciales et troubles sensitifs faciaux sans explication neurologique, qu'il a considéré comme étant sans répercussion sur la capacité de travail. Cette appréciation repose sur une description très détaillée de l'anamnèse et des plaintes subjectives de l'assurée, ainsi que sur les examens cliniques auxquels l'expert a procédé. L'appréciation de la capacité de travail est par ailleurs dûment motivée. Le Dr B. s'est en effet exprimé en ces termes : " Au terme du présent bilan, la description des plaintes et les présentes constatations ne permettent pas de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une atteinte neurologique à l'origine des troubles formulés par X.. Je pense tout particulièrement qu'il n'y a pas d'éléments déterminants pour une atteinte du nerf trijumeau droit et notamment une névralgie du trijumeau, les douleurs et les troubles sensitifs dépassant le territoire de ce nerf. Il n'y a pas non plus d'atteinte objective de la motricité faciale. Si l'examen vestibulaire complémentaire pratiqué par la Dresse V. met en évidence un déficit vestibulaire périphérique bilatéral, ce dernier ne paraît pas avoir de traduction significative à l'examen clinique et donc ne peut être considéré comme entraînant une incapacité de travail per se. La localisation pré-auriculaire et auriculaire des douleurs pourrait suggérer une névralgie du nerf auriculo-temporal ou du glosso-pharyngien. Néanmoins, j'estime que le caractère des plaintes, l'absence de facteur déclenchant notamment à la déglutition sont des éléments ne permettant pas non plus de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une atteinte du nerf auriculo-temporal et du nerf glosso-pharyngien. D'ailleurs, on voit difficilement la relation de causalité entre l'intervention chirurgicale pratiquée en juin 2004 et l'apparition d'une atteinte de l'un ou l'autre des nerfs précités. Mentionnons également qu'il n'y a pas d'éléments en direction d'une névralgie du grand nerf ou du petit nerf d'Arnold, la pression douloureuse des insertions cervico-occipitales droites paraissant très localisée sans provocation d'un signe de Tinel à la percussion de l'émergence du grand nerf d'Arnold. Sur la base des éléments susmentionnés, et au vu également de la normalité de l'IRM cérébrale permettant d'écarter raisonnablement un processus expansif ou inflammatoire (démyélinisant) à l'origine des plaintes, je conclus à nouveau qu'il n'y a pas d'éléments déterminants à l'anamnèse, à l'étude du dossier et au présent status permettant de conclure à une atteinte du système nerveux central ou périphérique à l'origine des plaintes qui paraissent très atypiques avec également un status ne permettant pas de mettre en évidence une atteinte précise. Le plus probable est donc que X. présente une forme d'algie faciale atypique dont l'apparition a été provoquée par l'intervention chirurgicale, mais sans qu'il y ait de relation de causalité somatique entre l'apparition des troubles et l'intervention per se. Reste néanmoins comme élément de diagnostic différentiel l'éventualité d'une lésion de l'articulation temporo-mandibulaire, suspicion en raison de laquelle il conviendrait de pratiquer un bilan maxillo-facial [...]. Le présent bilan n'apportant pas la preuve d'une affection neurologique significative et notamment d'une névralgie, et sans tenir compte

d'une éventuelle pathologie maxillo-faciale ainsi que de l'état anxio-dépressif qui paraît cliniquement rester au premier plan, je ne retiens pas d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée jusqu'ici et dans toute activité potentiellement exigible, ceci sur le plan strictement neurologique." Il apparaît ainsi que le Dr B. a expliqué, au degré de vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurance-invalidité ( ATF 126 V 353 cons. 5b, 125 V 193 cons. 2) les raisons pour lesquelles la recourante ne présentait pas d'atteinte significative, et partant pas d'incapacité de travail, d'un point de vue neurologique. Il a en particulier précisé pour quels motifs il ne retenait pas le diagnostic de névralgie, qu'il s'agisse du nerf trijumeau, des nerfs auriculo-temporal et glosso-pharyngien ou encore du grand nerf ou du petit nerf d'Arnold. Il a également expliqué pourquoi le déficit vestibulaire périphérique bilatéral mis en évidence par la Dresse V. n'entraînait pas d'incapacité de travail. Son appréciation de la situation médicale et les conclusions qu'il en a tirées sont en conséquence claires et dûment motivées. Il y a lieu de relever d'ailleurs qu'en novembre 2004 déjà, le Dr J., spécialiste en neurologie FMH, avait lui aussi mentionné un examen neurologique tout à fait normal. L'appréciation du Dr B. n'est par ailleurs pas remise en question par d'autres médecins, contrairement à ce que soutient la recourante. Si la Dresse V. a effectivement indiqué dans son rapport du 14 mars 2007 que l'état dépressif et la polynévrite dont souffrait l'assurée avaient une influence sur sa capacité de travail, elle a renvoyé à l'avis du médecin traitant pour son évaluation. Par ailleurs, dans un précédent rapport établi le 14 septembre 2006, et alors qu'elle évoquait déjà une polynévrite, elle estimait néanmoins que sur le plan purement oto-neurologique, la capacité de travail était de 100 %. Surtout, dans son rapport d'expertise, le Dr B. a exposé de manière tout à fait convaincante pour quelles raisons la recourante ne souffrait pas de névralgies. Le Dr O., chargé de procéder au bilan maxillo-facial préconisé par le Dr B., a pour sa part déclaré ne pas comprendre pourquoi la recourante ne bénéficiait pas d'une rente de l'assurance-invalidité. Son appréciation ne repose toutefois sur aucun fondement, puisque selon le rapport qu'il a établi le 10 juillet 2008, ce médecin n'a mis en évidence aucun trouble décelable et a fait état d'un examen normal. Quant au Dr W., il a mentionné des névralgies cutanées avec dysesthésies de l'oreille externe droite et considéré que l'incapacité de travail était de 100 %. Selon le rapport adressé à l'OAI le 4 novembre 2008, il a constaté une anesthésie du pavillon et de la région autour de l'oreille droite, plus chaude que la gauche. Or, à l'instar des médecins du SMR, la Cour de céans estime qu'une incapacité de travail ne peut être admise sur la base d'une sensation de chaleur et d'anesthésie. Dans le rapport établi le 4 novembre 2008 également, déposé par la recourante, le Dr W. a fait état d'une suspicion de névralgies. Pour les motifs exposés de manière absolument convaincante par le Dr B., ce diagnostic ne saurait toutefois être retenu. La recourante se prévaut par ailleurs des avis des Drs G., I. et D.. Le premier de ces médecins n'a cependant pas attesté d'incapacité de travail après le 22 décembre 2004. Quant aux deux autres, ils se sont prononcés sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique uniquement. Leurs appréciations ne remettent donc pas non plus en cause les conclusions du Dr B. Le rapport établi par cet expert a ainsi pleine valeur probante et il ne se justifie nullement d'ordonner l'expertise pluridisciplinaire, maxillo-faciale et oto-rhino-laryngologique, demandée par la recourante. Il y a lieu de retenir au contraire que celle-ci ne présente aucune incapacité de travail d'un point de vue somatique. b) La recourante fait également valoir que l'avis du Dr E. est contredit par ceux des Drs D. et I.. Elle reproche par ailleurs à cet expert de n'avoir pas examiné si elle pouvait ou non surmonter le trouble somatoforme douloureux dont elle souffre. Les Drs D. et E., successivement mandatés par l'OAI pour effectuer une expertise

psychiatrique, ont effectivement posé des diagnostics différents. Leurs appréciations de la capacité de travail divergent également. Dans son rapport du 3 février 2006, le Dr D. a retenu le diagnostic de trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, de type majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD-10 : F68.0), présent depuis juin 2004. Il a estimé que l'assurée était complètement incapable de travailler, ajoutant que cette incapacité n'était pas définitive, tous les moyens thérapeutiques n'ayant pas été mis en œuvre pour mobiliser la capacité résiduelle de travail. Selon le rapport qu'il a établi le 17 août 2009, le Dr E. a pour sa part retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.41) ainsi que d'autres troubles spécifiques de la personnalité (immature ; F60.8). Il a considéré que ces diagnostics n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, précisant que le trouble somatoforme douloureux ne revêtait pas un caractère handicapant qui justifierait une incapacité de travail. En application de la jurisprudence susmentionnée du Tribunal fédéral, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ou névrose de compensation), bien que n'étant pas une simulation mais un réel trouble psychique, n'est toutefois pas assurée et les conséquences de cette affection ne sont purement et simplement pas couvertes par l'assurance-sociale. Ainsi, à supposer que l'on écarte l'appréciation du Dr E. au profit de celle du Dr D., plus favorable à la recourante, selon laquelle elle souffre d'un trouble de la personnalité et du comportement, de type majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, en raison duquel elle est incapable de travailler, l'invalidité en découlant ne lui donnerait pas droit à une rente. A l'instar du Tribunal administratif fédéral ( arrêt du TAF du 13.10.2009 [C■2768/2008] cons. 8.1 et 10.2 ), l'on peut cependant s'interroger s'il ne faudrait pas appliquer les critères jurisprudentiels développés par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux également au diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La Cour de céans est d'avis que tel doit être le cas. Le Tribunal fédéral a effectivement peu à peu étendu l'application de cette jurisprudence à d'autres affections, à savoir la fibromyalgie, l'asthénie dissociative et atteintes sensorielles, le syndrome de fatigue chronique et la neurasthénie, les troubles moteurs dissociatifs, le syndrome de type "coup du lapin" en l'absence de déficit fonctionnel organique objectivable ainsi que l'hypersomnie non organique ( ATF 137 V 64 cons. 4.2 et les références, 136 V 279 cons. 3.2.1 et les références). Il a retenu, en substance, que pour des motifs d'égalité, il s'imposait de soumettre aux mêmes exigences tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ( ATF 137 V 64 cons. 4.3, 136 V 279 cons. 3.2.3). Selon la CIM-10 ( Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la Santé, dixième révision), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques correspond à l'existence de "symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus à – un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient". L'évaluation de l'invalidité en présence d'une telle affection doit en conséquence, de l'avis de la Cour de céans, s'effectuer désormais à l'aune des critères jurisprudentiels restrictifs applicables aux troubles somatoformes douloureux, plutôt que d'être purement et simplement exclue de toute couverture d'assurance-sociale. Dans ces circonstances, il n'est pas déterminant de savoir si la recourante souffre d'un trouble de la personnalité et du comportement de type majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ce que retient le Dr D., ou d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostic posé par le Dr E., de même que par le Dr I. dans le dernier rapport

médical qu'il a établi le 4 mai 2009. Il convient en revanche d'examiner, à la lumière des différents critères développés par la jurisprudence, si ces diagnostics ont ou non un caractère invalidant. A cet égard, la recourante prétend à tort que le Dr E. n'aurait pas examiné si le trouble somatoforme douloureux dont elle souffre pouvait être surmonté par un effort de volonté. Ce médecin s'est prononcé sur les différents critères jurisprudentiels et a estimé que le trouble somatoforme ne revêtait pas un caractère handicapant justifiant une incapacité de travail. Son appréciation à cet égard est convaincante. Il en va d'ailleurs ainsi que l'on apprécie le caractère invalidant du trouble au moment de l'expertise du Dr E. en 2009 ou à l'époque de celle du Dr D. début 2006. Le Dr E. n'a pas retenu de comorbidité psychiatrique, "les signes et symptômes du trouble mixte anxio-dépressif léger constaté chez l'assurée correspondant à l'évolution naturelle du trouble somatoforme". Il a ajouté qu'il n'y avait pas non plus de cristallisation psychologique, l'assurée ayant tout de même des ressources psychologiques, malgré sa personnalité immature. Le Dr D. a fait un constat similaire, puisqu'il a indiqué qu'un syndrome dépressif avait existé, plutôt léger ou moyen, mais que la thymie s'était ensuite améliorée, et qu'il a par ailleurs préconisé "une mobilisation des ressources restantes plutôt que de soutenir indéfiniment un arrêt de travail prolongé". Quant au Dr I., s'il a fait état dans son dernier rapport d'un épisode dépressif, il l'a cependant qualifié de moyen, de sorte que celui-ci ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé selon la jurisprudence. Les médecins n'ont en outre pas retenu d'autre pathologie psychiatrique distincte. Il convient donc d'admettre que la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. La recourante ne réunit par ailleurs pas non plus dans une mesure très marquée plusieurs des autres critères posés par la jurisprudence pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Le critère des affections corporelles chroniques n'est pas réalisé, en l'absence de limitations fonctionnelles objectives. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, dès lors que la recourante n'est pas isolée socialement et est bien entourée par sa famille. Elle a en effet déclaré qu'elle était proche de ses filles, avec lesquelles elle entretient de bons rapports et qui la soutiennent, qu'elle était heureuse de passer du temps avec son petit-fils, qu'elle accompagnait parfois son mari pour faire les courses et rendait parfois également visite à sa belle-sœur, et qu'elle avait en général passé ses vacances en Sicile jusqu'en 2007. Le critère de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, n'est pas non plus rempli. Le Dr E. a en effet relevé que la recourante "soit ne pren[ait] pas les médicaments à la dose prescrite soit ne les pren[ait] tout simplement pas". Le Dr D. a quant à lui indiqué que tous les moyens thérapeutiques n'avaient pas été utilisés pour mobiliser la capacité résiduelle de travail. Un processus maladif s'étendant sur 5 ans au moment de la dernière expertise et sur 7 ans à ce jour ne permet en outre pas, à lui seul, de retenir que le trouble somatoforme douloureux, respectivement le trouble de type majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, se manifeste avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, une reprise d'activité professionnelle ne puisse plus être exigée. Au contraire, d'un point de vue psychiatrique, la recourante ne présente pas non plus d'incapacité de travail. 5. Mal fondé pour les motifs qui précèdent, le recours doit être rejeté. Les frais de la présente procédure doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI), laquelle n'a pas droit à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Abrogé par le ch. I de la LF du 21 mars 2003 (4e révision AI), avec effet le 1er janv. 2004(RO20033837 3852; FF20013045).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.1En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

1Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4erévision AI), en vigueur depuis le 1erjanv. 2004 (RO20033837;FF20013045).

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.

1 Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4erévision AI), en vigueur depuis le 1erjanv. 2004 (RO20033837 3852; FF20013045).

1Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

2Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.1

3Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.2

1Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4erévision AI), en vigueur depuis le 1erjanv. 2004 (RO20033837 3852; FF20013045).

2Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4erévision AI), en vigueur depuis le 1erjanv. 2004 (RO20033837 3852; FF20013045).

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