

# NE\_GERICHTE CDP.2025.8 vom 15. September 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-09-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2025.8](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.8)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2025.8 du 15 septembre 2025

IT: NE\_GERICHTE CDP.2025.8 del 15 settembre 2025

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### E. 2

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 131 V 242 cons. 2.1, 121 V 362 cons. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF du 25.05.2021 [9C\_758/2020] cons. 3.2). b) En l'espèce quand bien même elles sont postérieures au prononcé litigieux, les pièces médicales établies par le Dr G. \_\_\_\_\_, déposées à l'appui du recours, portent sur un élément médical connu (tremblement des membres supérieurs), de sorte qu'elles peuvent être prises en considération dans le cadre de la présente procédure.

### E. 3

a) En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. 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). Selon l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Une rente au sens de

l'alinéa 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'article 8 al. 1 bis et 1 ter, n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1 bis LAI). En vertu de l'article 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), et pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'alinéa 4 détermine la quotité de la rente pour un taux d'invalidité entre 40 % et 49 %.

b) Les règles régissant les cas de révision s'appliquant par analogie lorsqu'une décision accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa réduction ou sa suppression (art. 17 LPGA ; ATF 145 V 209 cons. 5.3 et 131 V 164 cons. 2.2 ; arrêt du TF du 05.01.2021 [9C\_244/2020] cons. 2.2), il convient d'examiner si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, est intervenu qui justifie la réduction ou la suppression de la rente. La date de la modification du droit à la rente est déterminée conformément à l'article 88a RAI (arrêt du TF du 17.07.2015 [9C\_333/2015] cons. 2.3 et 3.2 et du 29.04.2008 [9C\_556/2007] cons. 3 et les références citées). Selon l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période (1<sup>re</sup> phrase) ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (2<sup>e</sup> phrase).

c) L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (cf. ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

c/aa) 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 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, voire 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 140 V 193 cons. 3.2).

c/bb) 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. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt du TF du 24.07.2019 [8C\_877/2018] cons. 5). La durée de l'examen n'est pas un critère retenu par la jurisprudence pour juger du caractère probant d'un rapport d'expertise psychiatrique (arrêt du TF du 20.12.2018 [8C\_354/2018] cons. 4.2). c/cc) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 cons. 3). Toutefois, cela ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure (arrêt du TF du 20.04.2018 [9C\_147/2018] cons. 3.2 et les références citées). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 cons. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait mettre en cause les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour mettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt du TF du 05.11.2019 [9C\_459/2019] cons. 4).

#### **E. 4**

En l'espèce, la décision entreprise allouant à la recourante une rente d'invalidité de 55 % d'une rente entière, du 1<sup>er</sup> août 2022 au 31 mars 2024, et supprimant celle-ci dès le lendemain est notamment fondée sur le rapport d'expertise du BEM du 8 janvier 2024. a) Sur le plan psychiatrique, la Dre F. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic non incapacitant de dysthymie (F34.1) qui "se caractérise par une dépression de l'humeur légère, insuffisante pour retenir un diagnostic d'état dépressif. Dans ce trouble, « les personnes de sentent la plupart du temps fatiguées et déprimées », comme Mme A. \_\_\_\_\_. « Tout leur coûte, rien n'est agréable. Ils ruminent, dorment mal et perdent confiance en eux. La confiance en soi est altérée chez l'expertisée. Le trouble dure depuis plusieurs années » (p. 23-24 expertise). L'experte-psychiatre a ensuite expliqué qu'elle ne retenait pas d'épisode dépressif dans la mesure où elle n'avait pas objectivé de signes d'abaissement de l'humeur pendant l'entretien et précisé ce qui suit (p. 24 expertise) : « Il n'y a pas d'anhédonie. Les activités et sources d'intérêt et de plaisir ne sont pas modifiées par rapport au passé (elle se rend chez son amie et fait des balades). Les interactions relationnelles se concentrent sur cette amie et sur sa mère dénotant une certaine pauvreté mais elle estime n'avoir jamais eu beaucoup de vie sociale. On ne retrouve par ailleurs pas de fatigue ou de fatigabilité sur

toute la durée de l'examen. Il n'y a donc aucun des trois critères principaux d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10 qui soient retrouvés. La déprime continue qu'elle dit avoir vécue correspond davantage à un tableau de dysthymie. Il est probable qu'une dépression se soit greffée sur cette dysthymie suite au décès de son père, comme en témoigne le rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_ du 13.06.2023. Actuellement nous n'avons pas suffisamment de critères pour ce diagnostic. » En ce qui concerne la capacité de travail, elle a indiqué qu'elle était de 50 % depuis le décès du père de l'expertisée au mois de janvier 2021 jusqu'à la présente expertise et entière par la suite vu la rémission du trouble dépressif. La recourante remet en cause cette appréciation en y opposant les « arguments médicaux nouveaux et objectifs » apportés par la Dre D. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 27 mars 2024, qu'elle reproche à l'intimé de ne pas avoir transmis à l'experte psychiatre afin qu'elle se détermine, violant ainsi la maxime inquisitoire. On ne saurait la suivre. Outre que dans ce rapport, la psychiatre traitante ne rendait compte d'aucun élément médical nouveau que la Dre F. \_\_\_\_\_ aurait ignoré au moment de rédiger ses conclusions, elle reprenait au surplus pour l'essentiel toutes les considérations émises dans son rapport du 13 juin 2023, lequel faisait partie de la documentation médicale remise aux experts du BEM. Or, la Dre F. \_\_\_\_\_ a clairement exposé pourquoi elle ne retenait pas le trouble dépressif diagnostiqué par la Dre D. \_\_\_\_\_, qu'elle considérait en rémission grâce au traitement entrepris, sans que celle-ci ne remette en question cette appréciation. D'ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, sa psychiatre n'a pas soulevé « de multiples objections à l'encontre de l'expertise psychiatrique » ; d'ailleurs, on peut même se demander si elle en a réellement eu connaissance puisqu'elle n'y fait aucunement allusion dans son rapport du 27 mars 2024. Quoi qu'il en soit, la recourante ne parvient pas à faire douter de la valeur probante qu'il y a lieu de reconnaître à l'expertise psychiatrique. Il n'apparaît en effet pas paradoxal d'exclure la persistance d'un état dépressif - dont on rappelle que la Dre F. \_\_\_\_\_ n'a pas nié l'existence à une période donnée - tout en recommandant le maintien du traitement en cours « pour prévenir les rechutes, vu la fragilité psychique sous-jacente (dysthymie). » Il n'y a pas davantage d'incohérence à constater une certaine pauvreté sur le plan des relations sociales et des activités de l'assurée qui ont été de tout temps peu développées (balades, s'occuper des enfants de son amie, partir en vacances en Italie voir sa mère, regarder la télévision) et exclure un « franc appauvrissement comme on peut le voir dans les dépressions » aux motifs qu'elle a de fréquents contacts avec une bonne amie dont elle est la marraine des enfants, et avec sa mère, ce qui est « compatible avec la présence d'une dysthymie » et « témoigne d'un niveau de fonctionnement suffisant pour pouvoir travailler. » b) Sur le plan neurologique, la recourante estime que l'intimé a insuffisamment exploré la situation, vu l'intensification des tremblements des membres supérieurs, qui la limitent grandement dans les actes du quotidien et qu'elle avait mentionnée dans le cadre de la procédure de préavis. Elle considère que les investigations menées par le Dr G. \_\_\_\_\_ au mois de décembre 2024 font apparaître une sous-estimation par l'expert-neurologue de sa problématique, y compris des troubles neurocognitifs qu'elle présente. aa) Il ressort d'une consultation neurologique du 7 novembre 2017 au Service de neurologie d'Hôpital neuchâtelais que l'assurée présentait un tremblement d'attitude des deux membres supérieurs à prédominance droite et également un tremblement de la tête. L'électroencéphalogramme (EEG) réalisé le jour précédent était dans les limites de la norme avec une absence de foyer de ralentissement et de signe de la série comitiale, en dehors de la présence d'un tremblement postural des deux membres supérieurs dû le plus probablement au traitement de Dépakine. Les médecins du

Service de neurologie avaient ainsi indiqué à l'assurée que « le traitement de Dépakine pourrait être diminué et arrêté au vu de la présence des effets secondaires sous forme de tremblements », mais celle-ci s'y est refusée aux motifs qu'elle se sentait bien avec ce traitement et que les tremblements ne la gênaient pas beaucoup pour le moment (rapport du 08.11.2017). A l'occasion d'une consultation neurologique du 23 mai 2022, au Service de neurologie, l'assurée s'est dit gênée par les tremblements des membres supérieurs. L'examen neurologique ayant mis en évidence un tremblement postural et d'action au membre supérieur gauche, les médecins ont décidé « de changer son traitement antiépileptique », en introduisant progressivement un autre traitement et, une fois la dose efficace de celui-ci atteinte, d'arrêter la Dépakine. L'EEG réalisé était par ailleurs sans particularité (rapport du 02.06.2022). Dans son rapport d'expertise neurologique - où on lit que l'assurée est toujours sous traitement de Dépakine -, le Dr E. \_\_\_\_\_, qui relate les deux rapports de consultation neurologique de 2017 et 2022, a conclu à un examen neurologique normal à l'exception d'un « tremblement fin et rapide des membres supérieurs, prédominant à gauche ». Sous la partie consacrée aux « indications fournies par l'assuré(e) et plaintes actuelles », la recourante n'a pas fait état de tremblements des membres supérieurs qui seraient handicapants dans la vie courante et elle ne prétend pas, dans son recours, que l'expert aurait omis de rendre compte de ses plaintes à cet égard. Au moment de l'expertise, l'assurée n'était donc pas particulièrement gênée par les tremblements constatés par l'expert ou s'en accommodait vu sa réticence, depuis 2017, à changer son traitement antiépileptique. Certes, ultérieurement, dans le cadre de la procédure de préavis, elle a fait valoir que les tremblements de ses membres supérieurs « se sont dernièrement intensifiés et la limitent grandement dans les actes du quotidien, comme pour verser un sachet de sucre dans son café et porter ce dernier à sa bouche sans le renverser », et que des investigations médicales allaient prochainement être menées au Service de neurologie (observations du 18.04.2024). Ce n'est toutefois que le 12 décembre 2024 que l'assurée a consulté le Dr G. \_\_\_\_\_ qui, dans un rapport du 14 décembre 2024, a proposé, à l'instar de ses consœurs du Service de neurologie en 2017 et en 2022, de remplacer progressivement le traitement antiépileptique en cours, qu'il soupçonnait lui aussi d'être à l'origine non seulement des tremblements, mais également de troubles cognitifs qu'il avait identifiés lors de son examen (trouble de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives associé à un ralentissement psychomoteur). Selon les pièces médicales déposées à l'appui du recours, le traitement a été modifié dès le début du mois de janvier 2025 et une diminution des tremblements était déjà perceptible après quelques jours (courriel du Dr G. \_\_\_\_\_ du 09.01.2025). bb) Pour rappel, l'incapacité de gain dépend du fait que l'incapacité de travail sous-jacente persiste malgré un traitement raisonnablement exigible (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Expression du principe général du droit des assurances sociales, l'obligation de réduire le dommage implique que l'assuré fasse tout ce qui est en son pouvoir pour limiter l'étendue de son incapacité de travail et empêcher la survenance d'une invalidité ; cela concerne également les traitements médicaux exigibles (ATF 148 V 397 cons. 7 ; Traub, in Basler Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd. 2025, ad art. 7 LPGA, p. 146-148). Dans le cas particulier, c'est en toute connaissance des effets secondaires du traitement antiépileptique qu'elle prenait et des avis médicaux de ses neurologues, qui lui recommandaient, depuis 2017, un changement progressif de ce traitement, identifié comme étant la source de ses tremblements, et ultérieurement de ses troubles cognitifs, que l'assurée a persisté, jusqu'à la fin de l'année 2024, dans son refus, violant ainsi son obligation de diminuer le dommage. Cela étant, si les tremblements des membres supérieurs

et les problèmes cognitifs devaient persister en dépit de la suppression du traitement tenu pour responsable de leurs manifestations, leur conséquence sur la capacité de travail, respectivement de gain de l'assurée devra être examinée, ce qui excède quoi qu'il en soit l'objet de la présente procédure. c) Il suit de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable et qu'elle doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours, sous suite de frais à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI) et sans allocation de dépens vu l'issue du recours (art. 61 let. g LPGA a contrario).

#### **E. 5**

a) La recourante sollicite l'assistance judiciaire. Celle-ci est accordée au justiciable qui ne peut pas assumer les frais liés à la défense de ses droits sans porter atteinte au minimum nécessaire à son entretien et celui de sa famille (art. 3 al. 1 LAJ). En matière administrative, l'octroi de l'assistance est subordonné à la condition que la cause n'apparaisse pas dépourvue de toute chance de succès (art. 4 al. 1 LAJ). b) Selon l'attestation du Service de l'action sociale du 22 novembre 2021, la recourante est assistée depuis le 1<sup>er</sup> août 2014 et ceci pour une durée indéterminée, de sorte que la condition de l'indigence est remplie. Sa cause n'étant par ailleurs pas dénuée de chance de succès, l'assistance judiciaire peut ainsi lui être accordée et Me H. \_\_\_\_\_ désigné en tant qu'avocat d'office.

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