

# **NE\_GERICHTE TA.2009.162 vom 2. Februar 2010**

NE Tribunal cantonal, 2010-02-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_TA.2009.162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2009.162)

FR: NE\_GERICHTE TA.2009.162 du 2 février 2010

IT: NE\_GERICHTE TA.2009.162 del 2 febbraio 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté en temps utile et dans les formes légales, le recours est recevable.

### **E. 2**

La loi fédérale sur l'assurance-invalidité a été modifiée le 6 octobre 2006 (5e révision AI), ce qui a entraîné des adaptations de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA). Les modifications sont entrées en vigueur le 1er janvier 2008. 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 et de la LAI et des dispositions d'exécution dans leur teneur au 1er 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 5e révision AI n'avait pas apporté de modifications substantielles aux principes régissant l'évaluation du degré d'invalidité selon le droit antérieur, de sorte 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. 8**

al. 1 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. 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). 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 également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 cons.3a, 122 V 157 cons.1c; RAMA 1996 no U 256, p.215 cons.4). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant, celui-ci étant généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 cons.3b/cc).

4. a) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés ( 131 V 49 cons.1.2, 130 V 352 cons.2.2.2). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant ( Meyer-Blaser , *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : Schaffhauser/Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, p.64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail susceptible de conduire à une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI (cf. sur ce point Meyer-Blaser , *op.cit.* p.76 ss, spéc. p.81 scf.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution

du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 , cons.4.2 et les références). Dans ce contexte, le diagnostic d'état dépressif (dépression, épisode dépressif etc.) ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé (constituer une comorbidité psychiatrique), dès lors qu'il apparaît comme l'une des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux ( ATF 130 V 352 cons.3.3.1 in fine p.358). On conclura par ailleurs 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 132 V 65 cons.4.2.2 p.71). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 ss cons.2.2.4. et les arrêts cités). b) Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 294 cons.5a; VSI 2000 p.149 cons.3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux considérants ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 cons.2.2.5). c) Les critères dégagés par le Tribunal fédéral pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, p.354 et 131 V 49, p.50 ) sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 ) et au syndrome chronique de fatigue ou à la neurasthénie (Arrêts du TF non publiés du 14.04.2008, [I 70/07] , du 01.10.2009 [9C\_543/2009] , cons.2.4, du 12.01.2009 [9C\_676/2008] , cons.4.3.1). 5. a) Il ressort de la documentation médicale figurant au dossier que la recourante ne présente aucun trouble invalidant d'origine somatique (rapport du 01.12.2007

du Dr C., D.6/13-1 ss). Sur le plan psychique, le Dr S., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi qu'une neurasthénie (D.6/33-27). Dans son rapport du 7 janvier 2010, la Dresse N., cheffe de clinique adjointe au centre X., a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant (D.7b, p.8). Le Dr W., psychiatre traitant de la recourante, a quant à lui considéré que sa patiente présentait une fibromyalgie (D.6/41-2). Le caractère invalidant d'une fibromyalgie ou d'une neurasthénie étant apprécié de la même manière que le trouble somatoforme douloureux, il n'est pas utile de s'attarder sur cette divergence de diagnostic (cons.4c ci-dessus). Il convient dès lors d'examiner si, à la lumière des critères dégagés par la jurisprudence, la recourante est en mesure de fournir l'effort de volonté raisonnablement exigible en vue de surmonter les effets de sa symptomatologie douloureuse.

b) Plusieurs médecins ont à cet égard diagnostiqué entre 2006 et 2009 la présence d'un trouble de l'humeur revêtant un degré plus ou moins important de gravité: trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en 2006 (rapport du 06.12.2006 du Dr A., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), dépression chronique en 2007 (rapport du 01.12.2007 du Dr C., spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant), trouble dépressif récurrent (trouble affectif type II) en 2009 (rapport du 09.02.2009 du Dr W., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant; trouble existant déjà en 2007 selon le rapport du 14.11.2007 du Dr W., document qui ne figure pas au dossier, mais qui est mentionné dans l'expertise du Dr S.), et dysthymie comme état résiduel d'un trouble d'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (rapport du 08.12.2008 du Dr S.; rapport du 07.01.2010 de la Dresse N.). Le Dr W. et le Dr C. ont également diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique sévère lié au licenciement de 2006. La Dresse N. a par ailleurs fait état d'un trouble anxieux (anxiété généralisée). Le Dr A. a considéré que la capacité de travail était nulle. Il en va de mêmes des évaluations du psychiatre traitant (Dr W.) et du médecin traitant (Dr C., D.6/13-1). Le Dr S. et la Dresse N. considèrent en revanche que la reprise du travail est exigible, à un taux situé entre 75 et 90% pour le premier et 50% pour cette dernière.

c) Au regard de la documentation médicale, l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste, tant sous l'angle de l'acuité que de la durée, doit être niée dans le cas d'espèce. Il n'y a tout d'abord pas lieu de retenir la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère, ou encore de dépression chronique. Le Dr S. a en effet expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne pouvait suivre l'argumentation de ses confrères. Lors de l'examen en 2008, il dit avoir rencontré une femme très expressive, sans trouble cognitif majeur, euthymique, spontanément souriante, avec tendance plaintive, colérique et dans l'ensemble sans aucun signe psychopathologique majeur. Il n'a par exemple pas observé de trouble de la mémoire, ni de fatigue ou de fatigabilité tout au long de l'entretien. La capacité de concentration et d'attention était dans la norme. Il n'a pas non plus observé des signes d'anxiété, ni distingué de moment de tristesse marqué, ou de tristesse de fond, ou encore de larmes, même lorsqu'elle a parlé de son licenciement (cf. constatations cliniques), événement qui est à l'origine, selon le psychiatre traitant, du syndrome de stress post-traumatique sévère. Sur la base des résultats sérologiques, l'expert a également relevé que la recourante avait arrêté "depuis un bon moment" la prise d'antidépresseur. Il a vu dans ce comportement une preuve indirecte de l'amélioration de l'état de santé. Le Dr S. est également convaincant lorsqu'il exclut la présence du syndrome de stress post-traumatique diagnostiqué par le Dr W. et le médecin traitant. La recourante ne fait pas état d'omissions significatives ou de contradictions manifestes qui viendraient entacher sérieusement la crédibilité de l'expertise

réalisée par le Dr S.. Il n'était notamment pas indispensable que celui-ci s'entretienne avec le Dr C. et le Dr W., comme la recourante le demande (recours, p.5, ch.5, D.1), puisque l'expert était en possession d'un dossier complet, comprenant, entre autre, les rapports médicaux de ces deux médecins. Il a d'ailleurs motivé à suffisance de droit les raisons pour lesquelles il s'écartait de leurs conclusions. Il en va de même également en ce qui concerne l'expertise du Dr A. On ne comprend à cet égard pas le grief de la recourante, selon lequel le Dr S. aurait - à tort - fait sienne plusieurs constatations du Dr A., puisque l'expert a pour l'essentiel critiqué les conclusions de son confrère. Il n'a d'ailleurs rapporté les résultats du rapport du Dr A. que dans le chapitre consacré au résumé du dossier et historique médical. Le fait d'avoir fait allusion à un comportement histrionique et de ne pas avoir signalé ce trouble dans la rubrique "VIII. Diagnostic et conclusions" n'est pas non plus un oubli de l'expert, celui-ci ayant jugé que ce comportement n'avait pas atteint le seuil diagnostic. Le Dr S. a en outre apprécié le caractère invalidant du trouble somatoforme conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cons.4 ci-dessus). L'expert faillirait d'ailleurs à sa mission s'il ne tenait pas compte de ces différents critères dans le cadre de son appréciation médicale (ATF non publiés des 23.06.2008 [9C\_773/2007] cons.4.2.2 et 16.04.2008 [9C\_482/2007] cons.2.2.2). En définitive, l'argumentation de la recourante tend à substituer sa propre appréciation de la situation médicale à celle retenue par l'expert, ce qui n'est pas suffisant. La contre-expertise du 7 janvier 2010 de la Dresse N., que la recourante a déposée le 18 janvier 2010, n'est pas de nature non plus à jeter un doute sur l'expertise du Dr S.. On relèvera tout d'abord que, globalement, les conclusions des deux experts sont concordantes. Ainsi, la Dresse N. a reconnu, à l'instar de son confrère, l'existence d'une dysthymie comme état résiduel d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive et a expressément exclu la présence d'un syndrome de stress post-traumatique. Elle n'a pas non plus constaté de trouble dépressif récurrent, de dépression chronique, ou tout autre trouble de l'humeur. Elle n'a en revanche pas suivi les conclusions du Dr S. en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail et le diagnostic de neurasthénie. Tout en admettant la présence de nombreux critères de cette affection (fatigue accrue après des efforts mentaux, faiblesse et épuisement physique et douleurs somatiques après des efforts minimes), elle a en effet préféré retenir un trouble anxieux. Cette différence de diagnostic met toutefois plutôt en lumière une évolution de la situation entre l'expertise du Dr S., datée de 2008, et celle de la Dresse N., qui a examiné la recourante en 2009, soit postérieurement à la décision litigieuse. Ainsi, le premier n'avait pas observé en 2008 de signaux psychopathologiques majeurs pour une pathologie anxieuse, alors que la seconde a au contraire constaté de tels symptômes en juillet 2009. On ne peut donc pas tenir compte de ce diagnostic, fondé sur des constatations faites postérieurement à la décision litigieuse, dans la mesure où le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision entreprise est rendue (arrêt du TF du 08.05.2009 [9C\_931/2008] cons.4.3 et les références). Si des faits postérieurs viennent modifier la situation, ils doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Pour le même motif, il n'est pas utile de trancher la divergence relative à la capacité résiduelle de travail. Sur ce point, on relèvera au passage que la Dresse N. n'a pas examiné le caractère invalidant du trouble somatoforme conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Il est au surplus renvoyé au considérant 5e ci-dessous. Vu ce qui précède, sur le plan psychique, on retiendra donc le diagnostic retenu par le Dr S., soit une dysthymie comme état résiduel d'un trouble d'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte. Or ce type d'affections constitue au mieux des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles

somatoformes douloureux et ne saurait, en principe, faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 cons.3.3.1 in fine p.358, arrêt du TF du 29.10.2008 [9C\_180/2008] , cons.4). d) Par ailleurs, on ne voit pas que la recourante réunit en sa personne plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence, qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle. Il ressort du rapport d'expertise du Dr S. que la symptomatologie de la recourante a un impact limité sur sa vie privée et sociale. Elle promène le chien, elle est capable de faire, à son rythme et parfois avec des pauses (siestes), le travail de ménagère, le repassage (etc.) et les repas. Elle a un grand cercle de connaissance et de très bonnes et intenses relations avec la famille. En ce sens, l'assurée surmonte apparemment ses douleurs quand il s'agit d'assurer sa propre subsistance au quotidien et de maintenir une vie sociale, alors qu'elle s'estime dans le même temps incapable d'y faire face dans l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, circonstances plaidant en défaveur de la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée (cf. Meyer-Blaser , op.cit. p.84). En juillet 2009, le repli social semble certes plus marqué (elle ne fréquente plus que des membres de sa famille) et les tâches au quotidien sont plus pénibles. Comme dit plus haut, ces faits, constatés postérieurement à la décision litigieuse, ne sauraient être déterminants dans le cadre du présent examen. Cela étant, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie fait manifestement défaut. Aucun des rapports médicaux ne conclut à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec des traitements thérapeutiques. Il n'y a pas non plus d'affections corporelles chroniques, puisque aucun médecin n'a attesté de limitations fonctionnelles invalidantes. Le Dr S. a enfin mis en évidence l'absence de compliance médicamenteuse (antidépresseur) et un comportement démonstratif, autant d'indices qui conduisent à nier le caractère invalidant du syndrome somatoforme douloureux et de la neurasthénie (cf. cons.4a ci-dessus). e) Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique et durable des douleurs de l'assurée, on doit nier - d'un point de vue juridique - qu'une mise en valeur de sa capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée d'elle ou qu'elle serait même insupportable pour la société. En tant qu'elle s'écarte ainsi des conclusions de plusieurs médecins (Dr A.; Dr C.; Dr W.; Dr S., qui admet, contrairement à ses confrères, l'exigibilité de la reprise du travail, mais reconnaît une capacité de travail réduite de 25% au maximum et enfin Dresse N), la Cour de céans rappelle qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de troubles somatoformes douloureux (de fibromyalgie ou de neurasthénie) s'évalue à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter (cf. cons.4b ci-dessus; cf. également arrêt du TF du 29.06.2007 [I 527/06] , cons.7). Le dossier s'étant révélé suffisant pour arriver à cette appréciation, il ne se justifie pas d'administrer des preuves supplémentaires. La décision du 2 mars 2009 n'est donc pas critiquable. Partant, le recours doit être rejeté. 6. Dans la mesure où elle succombe, la recourante doit être condamnée aux frais de procédure, fixés à 360 francs et compensés par son avance de frais. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario), étant donné que la recourante succombe au fond.