

# **GE\_GERICHTE ATAS/173/2011 vom 15. Februar 2011**

GE Cour de justice, 2011-02-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_173\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_173_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/173/2011 du 15 février 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/173/2011 del 15 febbraio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente AI pour la période antérieure au 16 novembre 2003 et pour celle allant du 1er janvier 2005 au 10 août 2006, étant rappelé à cet égard que selon la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR, dans sa note du 2 août 2007, une capacité de travail nulle dans toute activité du 16 novembre 2003 au 31 décembre 2004 (en novembre 2003 ostéotomie du calcanéum, résection d'exostose et plastie d'augmentation du tendon d'Achille se compliquant par une maladie de Südeck et opération de transfert du péronier long et bref de la cheville gauche en septembre 2004) devait être retenue, ainsi que depuis le 11 août 2006. La Dresse R\_\_\_\_\_ avait relevé que le cas n'était pas stabilisé, que c'était seulement fin 2007 que les médecins traitants devraient être réinterrogés. Si les douleurs aux pieds et les lombalgies devaient persister en entraînant une capacité de travail nulle ou partielle, une expertise pluridisciplinaire (neurologique, orthopédique et psychiatrique) serait susceptible de préciser la nature des douleurs aux pieds, leur traitement détaillé et le pronostic.

### **E. 4**

La question de fond litigieuse est celle de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité s'agissant de la période antérieure au 16 novembre 2003, et de celle allant du 1er janvier 2005 au 10 août 2006, et plus particulièrement de déterminer son degré d'invalidité. Il y a en effet lieu de rappeler qu'une incapacité de travail entière quelle que soit l'activité envisagée a été admise du 16 novembre 2003 au 31 décembre 2004 et en novembre 2003 ostéotomie du

A/790/2007 - 14/22 - calcanéum, résection d'exostose et plastie d'augmentation du tendon d'Achille se compliquant par une maladie de Südeck et opération de transfert du péronier long et bref de la cheville gauche en septembre 2004, du 11 août 2006 à fin 2007, date à compter de laquelle une expertise pluridisciplinaire serait utile. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent

A/790/2007 - 15/22 - la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que

celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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,

A/790/2007 - 16/22 - ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière

d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/790/2007 - 17/22 - manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise 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 352 consid. 3b/aa et les références). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe

A/790/2007 - 18/22 - selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

#### **E. 5**

En l'espèce, le Tribunal cantonal des assurances sociales alors compétent a confié au Dr V \_\_\_\_\_ une mission d'expertise pluridisciplinaire. Un rapport a été établi le 11 mai 2009. Il a été complété par l'audition de l'expert le 13 octobre 2009, et par celle de la Dresse W \_\_\_\_\_, chargée du volet psychiatrique de l'expertise, le 23 novembre 2010. La Chambre de céans constate que l'expertise, complétée par les procès-verbaux d'enquêtes, repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale. Elle ne contient aucune incohérence et a été établie en pleine connaissance du dossier médical et de l'anamnèse. Les experts ont tenu compte des plaintes exprimées par l'assurée et lorsqu'ils s'en sont écartés, ont expliqué précisément pour quels motifs. Les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions du rapport dûment complétées, motivées et explicites. L'expertise dispose par conséquent d'une pleine valeur probante.

#### **E. 6**

Sur le plan orthopédique, l'expert a considéré qu'une activité lucrative sédentaire de type administratif sans périodes assise supérieures à une heure trente était exigible. Le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a, le 8 mai 2007, indiqué qu' "il semblerait que la patiente pourrait exercer à moyen terme une activité professionnelle normale dans une activité adaptée (selon mobilité de la patiente) et à condition de pouvoir résoudre le problème algique (douleurs !) qui est actuellement une entrave majeure à toute activité, même sans déplacement. Le Dr P \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 30 mai 2007, compte tenu des interventions chirurgicales subies dans les quinze derniers mois, attesté d'une incapacité de travail totale, du moins pour l'année 2006 et pour le premier semestre 2007. Il a par ailleurs précisé que sa patiente avait de plus besoin depuis des années de doses relativement importantes d'analgésiques pour rendre ses douleurs tolérables, de sorte que sa capacité de travail était significativement affectée. En dehors des épisodes aigus, il envisage toutefois que sa patiente puisse être capable de travailler au mieux à 50% dans une activité adaptée qui pourrait être exercée à domicile. Le Dr M \_\_\_\_\_, enfin, a indiqué le 1er juin 2007 que la date de reprise d'une activité professionnelle adaptée dépend de l'évolution de la rééducation du pied droit et de l'efficacité du traitement médicamenteux des douleurs chroniques. Dans le meilleur des cas, cette reprise pourrait être envisagée au plus tôt six mois à partir de la date de la dernière intervention. Il y a lieu de constater qu'aucun de ces avis n'est en réelle contradiction avec les constatations de l'expert, en ce sens que tous les médecins s'accordent à dire que, sur le plan orthopédique, et en dehors des périodes durant lesquelles des interventions sont pratiquées, l'assurée est capable de travailler dans le cadre d'une

A/790/2007 - 19/22 - activité adaptée. La question du taux précis de cette capacité de travail peut être laissée ouverte en l'état, vu ce qui suit.

#### **E. 7**

Les experts ont en effet conclu à une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique, également durant les périodes restées litigieuses. Ils ont à cet égard retenu le diagnostic de trouble dissociatif (F 44.9), versus trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4), présent depuis une dizaine d'années au moins. Il est vrai que certains des médecins traitants ont contesté vigoureusement cette conclusion de l'expertise, le Dr P \_\_\_\_\_ estimant même l'appréciation de la Dresse W \_\_\_\_\_ "totalement déplacée et particulièrement insultante vis-à-vis des soignants de l'assurée ainsi que pour elle-même." D'autres se sont montrés plus nuancés, tel le Dr U \_\_\_\_\_, médecin chef à l'hôpital de Morges, service d'anesthésiologie et antalgie, lequel a, par courrier du 16 juin 2009 adressé à la patiente, déclaré que "les différentes appréciations qu'elles soient psychiatriques, orthopédiques et neurologiques me semblent bien faites et ne souffrir d'aucun parti pris. Concernant le diagnostic psychiatrique retenu, je ne suis pas en mesure de le confirmer ou de l'infirmier. Il semble toutefois vraisemblable qu'une pathologie aussi complexe et de longue durée puisse avoir des retentissements psychologiques, voire psychiatriques certains. De plus, l'association de douleurs chroniques, de trouble dissociatif manifeste et de difficultés d'insertion sociale et professionnelle est fréquemment rencontrée." Ou le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste médecine interne, dans un courrier du 6 juillet 2009, qui s'étonne de ce qu'il "faudrait à tout prix trouver une explication allant dans le sens d'une difficulté émotionnelle, quand bien même la patiente reconnaît ses douleurs et que de plus une cause organique démontrable à savoir des exostoses récidivantes des deux pieds, est présente. Quant aux revendications incessantes pouvant conduire à de très nombreuses interventions chirurgicales, comme c'est le cas pour l'expertisée, je reste prudent dans cette interprétation." Ou encore, le Dr C \_\_\_\_\_, le 28 juin 2010, qui déclare que "je dois avouer ne jamais avoir vu dans toute mon activité professionnelle une personne aussi multi opérée des pieds. A mon avis, il faut rester dans des traitements conservateurs, car je ne vois plus aucune possibilité d'améliorer la situation par la chirurgie. Le contexte global de la patiente est très compliqué tant sur le plan physique que sur le plan psychique. J'adhère complètement aux conclusions de l'expertise médicale, car je ne vois rien à l'horizon qui permette d'améliorer la situation."

#### **E. 8**

L'assurée quant à elle conteste ce diagnostic, rappelant que les atteintes dont elle souffre aux pieds existent bel et bien.

A/790/2007 - 20/22 - Il apparaît cependant que le fait que le patient soit dans le déni face à sa maladie n'exclut en rien la maladie elle-même. La Dresse W \_\_\_\_\_ a du reste précisé lors de sa comparution que le fait de n'être pas consciente d'être atteinte d'un trouble dissociatif fait précisément partie du tableau clinique de ce trouble.

#### **E. 9**

Selon l'OAI, les diagnostics sur le plan psychiatrique ne sont pas clairement établis. Tel n'est pas l'avis de la Chambre de céans. La Dresse W \_\_\_\_\_ a au contraire posé et défini un diagnostic précis, tout en précisant certes qu'elle l'avait retenu avec beaucoup de prudence, mais en expliquant pourquoi de façon convaincante. Aussi doit-on au vu de ce qui précède prendre en considération le diagnostic retenu par les experts, soit un trouble dissociatif, versus trouble somatoforme douloureux persistant.

#### **E. 10**

Des critères (entre autres éléments : processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, affections corporelles chroniques, échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, existence d'un état psychique cristallisé) ont été dégagés par le Tribunal fédéral pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et 131 V 50), puis de la fibromyalgie (ATF 132 V 65), ainsi que du syndrome chronique de fatigue ou de neurasthénie (arrêt I 70/07 du 14 avril 2008), en rapport avec l'incapacité de travail que ces atteintes spécifiques sont susceptibles d'entraîner. L'examen de ces facteurs permet de répondre à la question de savoir si la présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible - et qu'on peut donc attendre de l'intéressé qu'il réintègre (entièrement ou partiellement) le processus du travail - peut être renversée. Dans un arrêt du 12 janvier 2009 (ATF 9C\_676/08), le TF a laissé la question de savoir si les critères jurisprudentiels s'appliquaient également dans le cadre de troubles dissociatifs de conversion mixte (F 44.7), au motif que ces troubles, dans le cas qu'il avait à traiter, se distinguaient des troubles somatoformes douloureux sous plusieurs aspects. En l'espèce, ces critères doivent en revanche être examinés puisqu'il s'agit d'un trouble dissociatif, versus trouble somatoforme douloureux (cf. à ce propos également ATF I 380/03). Il appert des diagnostics retenus que l'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique grave. Se pose dès lors la question du cumul éventuel des autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant du trouble dissociatif, versus trouble somatoforme douloureux diagnostiquée chez l'assurée. Sur ce point, il

A/790/2007 - 21/22 - convient de tenir pour établie la présence d'affections corporelles chroniques depuis de nombreuses années (ATF 132 V 65 consid. 4.3 p. 72 ; 131 V 49). La Chambre de céans se fondera sur les explications et constatations de la Dresse W\_\_\_\_\_ décrivant "une vie dévastée" pour admettre qu'il y a perte d'intégration sociale, ce quand bien même l'assurée et sa mandataire se sont efforcées de démontrer au cours de l'audience, que le médecin faisait fausse route, un tel comportement de la part de l'assurée ayant précisément pour origine le déni de son atteinte psychiatrique. Il y a lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, l'attitude de déni de l'assurée par rapport au trouble psychiatrique ne permettant pas de mettre en œuvre un traitement adéquat. Il en est de même s'agissant du critère de l'échec des traitements. Il suffit à cet égard de rappeler les propos de la Dresse W\_\_\_\_\_ : "Une psychothérapie est médicalement exigible, mais n'a que peu de chance d'aboutir à un succès thérapeutique tant que l'assurée ne se définit pas comme pouvant en avoir besoin. Il est vrai qu'une psychothérapie permettrait de démolir le mécanisme mis en place jusque-là, il aboutirait cependant à un état de dépression qui serait un état moins désorganisé que l'état dissociatif lui-même, mais en termes de capacité de travail ne changerait rien." Il apparaît ainsi que le trouble psychique se manifeste avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail de l'assurée ne peut plus être raisonnablement exigée d'elle, même en dehors des périodes durant lesquelles elle a subi ou vient de subir une intervention. Il y a dès lors lieu de considérer que l'assurée présente une incapacité totale de travail également durant la période antérieure au 16 novembre 2003 et du 1er janvier 2005 au 10 août 2006, ce quelle que soit l'activité lucrative envisagée.

A/790/2007 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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