Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
I 96/05

Arrêt du 3 mars 2006
IVe Chambre

Composition
MM. et Mme les Juges Ursprung, Président, Widmer et Frésard. Greffier : M. Piguet

Parties
Office cantonal AI Genève, rue de Lyon 97, 1203 Genève, recourant,

contre

M._____, intimée, représentée par Me Yann P. Meyer, avocat, rue Ferdinand-Hodler 13, 1207 Genève

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances sociales, Genève

(Jugement du 29 novembre 2004)

Faits:
A.
M._____, née en 1953, travaillait depuis le mois de janvier 1988 en qualité de nettoyeuse pour le compte de l'entreprise X._____ SA. Licenciée pour raisons économiques avec effet au 31 décembre 1995, elle a bénéficié de l'indemnité de chômage jusqu'au 25 août 1998. Le 18 janvier 1999, elle a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
Procédant à l'instruction de la cause, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'office AI) a requis l'avis de la doctoresse H._____, médecin traitant de l'assurée, qui a indiqué que sa patiente souffrait d'un syndrome obstructif modéré avec réversibilité partielle après bronchodilatateur, d'une hyperréactivité bronchique, de réactivations post-infectieuses régulières, d'un bloc de branche droite, d'une hypertension artérielle, d'un syndrome dépressif, d'une migraine, de discopathies C5-C6 et C6-C7, ainsi que d'un herpès labial récidivant. L'incapacité de travail était totale depuis le 23 mars 1998 (rapport du 1er juillet 1999). L'administration a alors confié au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI) la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire sur la personne de l'assurée. Selon le rapport établi le 10 octobre 2002, M._____ souffrait principalement d'un trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, lesquels entraînaient une incapacité de travail totale dans le circuit économique normal et de 70 % dans une activité de type occupationnel. Par décision du 4 mars 2003, l'office AI
a rejeté la demande, au motif que le trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée n'atteignait pas un degré de gravité suffisant pour être reconnu comme invalidant au sens de la jurisprudence.
A la suite de l'opposition formée par l'assurée à l'encontre de cette décision, l'office AI a requis l'avis complémentaire du Service médical régional de l'AI (SMR). Au terme d'un examen clinique bidisciplinaire, les docteurs P._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et V._____, spécialiste en psychiatrie, ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux et un trouble dysthymique et estimé entière la

capacité de travail exigible de la part de l'assurée (rapport du 7 octobre 2003). Se fondant sur cette appréciation, l'office AI a rejeté l'opposition par décision du 19 janvier 2004.

B.
Par jugement du 29 novembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève a admis le recours formé contre cette décision et octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 1999. Il a considéré que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux dont le caractère de gravité était suffisant pour conclure à une invalidité.
C.
L'office AI interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il requiert l'annulation, concluant à la confirmation de sa décision sur opposition du 19 janvier 2004.
M._____ conclut, sous suite de dépens, au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales en propose l'admission.

Considérant en droit:
1.
Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.
La décision sur opposition litigieuse, rendue le 19 janvier 2004, est postérieure à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2003 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA). En vertu du principe général de droit transitoire selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 455 et les références). Les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'assurance-invalidité conservent, en règle générale, leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 345 consid. 3).

2.
De l'expertise du COMAI et du rapport établi par le SMR, il ressort que M._____ souffre principalement de douleurs à la nuque et aux deux épaules, qui irradient jusqu'au rachis dorso-lombaire et dans les deux membres inférieurs, ainsi que d'insomnies, d'un sentiment général de fatigue et de céphalées temporales. Les investigations rhumatologiques n'ont révélé aucune limitation fonctionnelle objective au plan ostéoarticulaire pouvant expliquer l'état de santé de l'assurée, de sorte que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé. Certes, la consultante en rhumatologie du COMAI, la doctoresse E._____, a-t-elle conclu à une incapacité de travail de 50 % sur le plan rhumatologique. Or, dans la mesure où cette appréciation se fonde, dans une très large mesure, sur les seules plaintes et indications - non étayées par des observations médicales concluantes - de l'assurée, sa valeur objective doit être fortement relativisée. En conséquence, le litige porte sur la seule question de savoir si l'assurée présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité.
3.
Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss 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 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. Au premier plan figure 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 maladif 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 traitement), 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 (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

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, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet consid. 1.2. destiné à la publication de l'arrêt J. du 16 décembre 2004, I 770/03).

4.
4.1
4.1.1 Dans leur rapport du 10 octobre 2002, les experts du COMAI ont relevé la présence chez l'assurée d'un épisode dépressif actuellement de degré moyen, qui s'intégrait dans un contexte de trouble dépressif récurrent depuis 1998. Ce contexte dépressif, associé aux douleurs chroniques, avait certainement rendu l'assurée incapable de reprendre une activité professionnelle après son licenciement en décembre 1995. Au titre des facteurs aggravants, les experts ont indiqué le départ en 1998 du foyer familial de son fils unique, un conflit de couple centré autour de la maladie, ainsi que l'impossibilité pour l'assurée de pouvoir s'occuper de sa petite-fille. La douleur avait pris une place centrale dans la vie de l'assurée qui vivait repliée sur elle-même. Malgré une importante démonstrativité lors de l'examen clinique, les experts étaient convaincus de l'authenticité du vécu douloureux de l'assurée et de l'importance des conséquences fonctionnelles négatives des troubles sur sa vie quotidienne. Les signes de non-organicité relevés à l'examen clinique étaient à interpréter dans le sens de manifestations inconscientes et aucun élément ne permettait d'envisager une simulation. Le recul survenu depuis 1998 démontrait en outre que
l'assurée avait épuisé ses ressources adaptatives et qu'elle n'avait pas été en mesure de retrouver une activité professionnelle en raison de ses atteintes à la santé.
4.1.2 Bien que l'assurée se plaignît par moment d'une humeur triste, les docteurs P._____ et V._____ ont considéré que les signes cliniques mis en évidence n'atteignaient pas un degré d'intensité suffisant pour poser le diagnostic de trouble dépressif majeur, mais correspondaient tout au plus au diagnostic de trouble dysthymique. Cette affection ne jouait pas de rôle déterminant en terme de comorbidité à son trouble douloureux. L'assurée, qui ne présentait par ailleurs pas de trouble de la personnalité pouvant constituer un caractère prémorbide à son status algique, restait certes le plus clair de son temps chez elle. Elle gardait cependant une vie sociale satisfaisante, recevant des amies et sa petite-fille, et ne montrait pas de signes d'une surconsommation médicale. Selon ces experts, la capacité de travail exigible était complète, dès lors que ni l'évaluation somatique ni l'évaluation psychiatrique ne permettaient de mettre en évidence une atteinte à la santé objectivement et

significativement limitative.
4.2 Au regard des principes exposés ci-dessus (consid. 3), ni le rapport d'expertise du COMAI ni celui du SMR ne permettent de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée.
4.2.1 Bien que les experts du COMAI se soient déclarés convaincus de l'authenticité du vécu douloureux de l'assurée et de l'importance des conséquences fonctionnelles négatives sur sa vie quotidienne, plusieurs aspects liés à l'évaluation du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux de l'assurée n'ont pas été mis en perspective ni discutés de manière suffisamment détaillée et approfondie pour que l'on puisse se convaincre du bien-fondé des conclusions retenues par les experts. Ceux-ci ont en effet relevé, sans plus ample développement, un certain nombre d'éléments qui pouvaient constituer autant d'indices plaidant dans le sens d'une exagération des symptômes et de l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. La consultante en rhumatologie, la doctoresse E._____, a ainsi fait état d'importantes auto-limitations qui ont rendu très difficiles, sinon impossibles, les évaluations et rapporté certaines observations qui étaient en contradiction avec les limitations déclarées. Des tests sanguins ont également révélé une observance médiocre, voire nulle, du traitement antidépresseur prescrit à l'assurée. L'expertise ne laisse pas non plus transparaître de conflit intrapsychique majeur
ni situation conflictuelle externe - tout au plus le départ du fils unique du domicile familiale - qui expliquerait le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. En revanche, les experts ont indiqué, sans s'y attarder, que l'assurée espérait obtenir une rente de la part de l'AI comme compensation financière à ses problèmes de maladie (exprimant ainsi le désir subjectif de se voir accorder une rente).
4.2.2 Quant aux médecins du SMR, ils ont motivé l'existence d'une capacité de travail entière principalement par le fait qu'ils n'ont pas pu mettre en évidence de comorbidité psychiatrique significative. Si ce critère est d'importance, il n'est pas exclusif. En présence d'une symptomatologie douloureuse, il appartient en effet aux experts de fournir au juge tous les éléments permettant à ceux-ci de déterminer avec précision l'incidence de l'état douloureux sur la capacité de travail de l'assuré, eu égard aux critères dégagés par la jurisprudence pour admettre à titre exceptionnel le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail. Or, l'expertise du SMR demeure, quoi que puisse en penser l'office recourant, particulièrement sommaire dans son volet psychiatrique. Elle n'examine notamment que très superficiellement les critères jurisprudentiels relatifs au caractère invalidant d'un trouble somatoforme, de sorte qu'on ne saurait se faire une opinion sur l'existence ou non de circonstances susceptibles, exceptionnellement, de fonder un pronostic défavorable.
4.3 Au vu de ce qui précède, il apparaît donc nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise psychiatrique. L'office AI ayant déjà requis deux rapports d'expertise, qui, on l'a vu, ne permettent pas de trancher le litige, il convient d'ordonner une expertise judiciaire et de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour ce faire.
Dans cette mesure, le recours se révèle bien fondé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Le recours est admis, en ce sens que le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 29 novembre 2004 est annulé, la cause étant renvoyée à l'autorité judiciaire précédente pour complément d'instruction au sens des considérants et nouveau jugement.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances sociales et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 3 mars 2006
Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IVe Chambre: Le Greffier: