Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
I 652/04

Arrêt du 3 avril 2006
IIe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Borella et Kernen. Greffier : M. Cretton

Parties
R._____, recourante, représentée par Me Gilbert Bratschi, avocat, rue d'Aoste 4, 1204 Genève,

contre

Office cantonal AI Genève, 97, rue de Lyon, 1203 Genève, intimé

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances sociales, Genève

(Jugement du 30 août 2004)

Faits:
A.
Employée de banque née en 1960, R._____ a résilié son contrat de travail pour des raisons familiales et de santé (lettre du 27 janvier 1995). Placée en arrêt maladie le 14 février 1995, elle n'a plus repris d'activités lucratives depuis cette date. Elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 25 juin 1996, alléguant souffrir de cervico-lombalgies et de polyinsertionite au niveau de la ceinture scapulaire.

En cours d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'Office AI) s'est procuré une copie du dossier constitué par l'assurance-maladie de l'intéressée. Y figurent notamment l'avis des docteurs P._____ et U._____, médecins traitants, faisant état de cervicalgies céphalogènes (rapports des 3 et 15 août 1995), ainsi que le rapport d'expertise établi le 19 décembre 1995 par le docteur J._____, rhumatologue FMH; l'examen clinique de ce dernier a permis de mettre en évidence des modifications dégénératives mineures ne justifiant pas l'intensité des plaintes et n'a confirmé la présence d'aucun syndrome vertébral cervical ou lombaire. S'ajoutait à cette symptomatologie une polyinsertionite (fibrosite, fibromyalgie, SPID) localisée exclusivement à la ceinture scapulaire. L'administration a également recueilli l'opinion du docteur P._____ qui, outre des éléments connus, a mentionné un état dépressif d'origine mixte (rapport du 29 octobre 1996) et transmis un rapport établi le 16 juillet 1996 par les docteurs Z._____ et F._____, division de rhumatologie de l'Hôpital X._____; les cervicalgies apparues dans un contexte de surcharge professionnelle n'ont pas trouvé d'échos dans les
examens radiologiques pratiqués (absence de pathologie osseuse, des tissus mous et de hernies discales). Il n'a été constaté aucun syndrome vertébral, ni radiculaire cervical ou lombaire.

N'ayant pas jugé utile de procéder à un complément d'instruction, l'Office AI a rejeté la demande de l'assurée (décision du 26 octobre 1998), puis, durant la procédure de recours, est revenu sur sa décision le 19 avril

1999; il a mandaté son Centre d'observation médicale (COMAI) de A._____, afin qu'il réalise une expertise pluridisciplinaire. Faisant la synthèse des investigations menées par les docteurs E._____, psychiatre, et M._____, rhumatologue (rapport des 21 et 29 novembre 1999), les docteurs B._____ et N._____ ont retenu que R._____, dont la personnalité était instable, souffrait d'un trouble dysthymique endoréactionnel et d'une fibromyalgie primitive; la pathologie rhumatologique était limitée, sans grande variation depuis 1995 et clairement sous influence psychique (rapport du 3 décembre 1999 rédigé en italien). Pour sa part, l'assurée a déposé différents avis médicaux, faisant état, entre autres affections, d'une dépression chronique d'intensité moyenne à légère remontant à 1988, de boulimie et de phobie sociale (rapports des docteurs C._____ et V._____, psychiatres FMH, de la division de psychiatrie de liaison de l'Hôpital X._____, ainsi que du docteur L._____, médecin traitant, des 6
janvier 1999, 13 septembre, 30 août et 19 septembre 2000).

Par décision du 3 mai 2001, l'administration a rejeté la demande de l'intéressée, l'incapacité de travail et de gain de cette dernière ne dépassant pas 25 à 30 %.
B.
R._____ a déféré cette décision à la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI (ci-après: la Commission). Elle concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'au moins 50 % et, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. A titre préalable, elle a requis la traduction du rapport d'expertise COMAI.

Le Tribunal fédéral des assurances a annulé les jugements cantonaux dans cette affaire à trois reprises (9 novembre 2001, 22 avril 2002 et 27 novembre 2003) pour des motifs tenant à la composition de la Commission, puis du Tribunal cantonal des assurances sociales, entré en fonction le 1er août 2003 et ayant repris les compétences exercées jusque-là par la Commission, ainsi qu'à la violation d'une garantie de procédure (interdiction du formalisme excessif).

Les rapports des docteurs L._____ et S._____, généraliste FMH, des 24 avril 2002 et 15 janvier 2003, faisant état de diagnostics connus, ont été versés au dossier (courrier du 24 janvier 2003).

Par jugement du 30 août 2004, la juridiction cantonale a débouté l'assurée de ses conclusions, retenant un degré d'invalidité de 25 à 30 % n'ouvrant pas droit à une rente.
C.
L'intéressée interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle requiert l'annulation. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente correspondant à son taux d'invalidité et, à titre subsidiaire, à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

L'administration conclut au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:
1.
1.1 Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le taux à la base de cette prestation.
1.2 La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445). Pour les mêmes motifs, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas non plus applicables.
1.3 Le jugement entrepris expose correctement les normes et la jurisprudence relatives à la notion d'invalidité (art. 4 aLAI), à son évaluation chez les assurés actifs, ainsi qu'à la valeur probante des rapports médicaux. Il suffit donc d'y renvoyer sur ces points.

2.
Des rapports médicaux versés au dossier, il ressort que la recourante souffre de douleurs constantes et diffuses dans la nuque, les épaules, ainsi que dans les régions dorsales et lombaires. Aucune atteinte somatique significative n'ayant été décelée, la quasi-totalité des praticiens consultés, y compris le docteur I._____, médecin-conseil de l'intimé, a posé le diagnostic de fibromyalgie ou polyinsertionite.
2.1 En l'état actuel des connaissances, le Tribunal fédéral des assurances a récemment décidé qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (cf. Arrêt S. du 8 février 2006, I 336/04, destiné à la publication dans le Recueil Officiel.
Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; pour la définition du trouble somatoforme douloureux, cf. F 45.4 CIM-10), raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Dans un cas comme dans l'autre, il n'existe pas non plus de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs, ce qui rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, celle-ci ne pouvant être déduite du simple diagnostic posé. Enfin, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent d'ailleurs que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. Wolfgang Hausotter, Begutachtung somatoformer und funktionneller Störungen, 2ème éd. Urban et Fischer, Munich 2004, p. 119; Karl C. Mayer, Fibromyalgie - Stichworte
zu einer Kontroverse, sous http://www.neuro24.de/fibromyalgie.htm).
2.2
2.2.1 En règle générale, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption selon laquelle ceux-ci ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au regard de ce qui précède, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie.
2.2.2 Cependant, le Tribunal fédéral des assurances a reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354, 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de troubles somatoformes douloureux, cf. ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, 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 et 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. 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). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'atteinte à la santé ouvrant 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).
2.3 Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2

et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (cf. aussi P. Henningsen, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du
moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail.
3.
Au regard des principes qui ont été développés, il s'agit d'examiner si les rapports figurant au dossier permettent de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de la fibromyalgie diagnostiquée.
3.1 Il ressort desdits rapports que la recourante souffre, sans qu'une exagération des symptômes n'ait jamais été constatée, de douleurs aux vertèbres cervicales et lombaires, de céphalées, de troubles dysthymiques endoréactionnels, d'une personnalité instable, de troubles compulsifs du comportement alimentaire (crises boulimiques), d'un état dépressif chronique d'intensité moyenne à légère, de troubles du sommeil et de phobie sociale.

Les investigations médicales pratiquées n'ont révélé aucune atteinte somatique pouvant expliquer cet état de santé (absence de pathologie osseuse, des tissus mous et de hernies discales). Cette symptomatologie douloureuse sans substrat organique objectivable a amené la très grande majorité des médecins consultés, y compris le docteur I._____, à poser le diagnostic de polyinsertionite ou de fibromyalgie. On notera que ce diagnostic n'a pas varié depuis le dépôt de la demande et que les médecins n'ont constaté aucun changement, sur le plan physique en tout cas (modifications vertébrales dégénératives mineures; pour le surplus, examens neurologiques, radiologiques et de laboratoire dans les normes), à l'exception de périodes de crise et de rémission.

On ne possède par ailleurs que peu d'informations sur la vie sociale de l'intéressée. Il apparaît malgré tout que la vie familiale quotidienne est qualifiée de bonne globalement et que l'entente est plus que satisfaisante. Enfin, si la recourante a adopté une attitude coopérante, il n'en demeure pas moins, selon le docteur J._____, qu'elle reste dans l'attentisme passif d'une guérison qui tarde à venir, vivant sa condition, si ce n'est avec complaisance, en tout cas avec une parfaite intégration; elle manque de détermination à mettre tout en oeuvre afin de reprendre une activité compatible avec son état et de poursuivre l'effort raisonnable en vue de recouvrer sa capacité de gain (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités).
3.2 Les médecins du COMAI, sans qu'il ne soit possible de mettre en doute leur objectivité ou de suspecter une éventuelle prévention à l'égard de l'intéressée (cf. ATF 124 V 175; arrêt B. du 26 juillet 2002 [I 19/02]), ont retenu une incapacité d'au plus 30 % tant dans l'ancien métier d'employée de banque que dans l'activité de ménagère. Le rapport d'expertise prend en considération les plaintes de la recourante; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse; la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires; les conclusions sont dûment motivées (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a). Les experts ont relevé que l'intéressée présentait une pathologie centrée sur des troubles rhumatologiques (limités, sans grande évolution depuis 1995 et clairement sous influence psychique) et psychiatriques (dépression réactionnelle, n'ayant jamais atteint le niveau de gravité le plus élevé). Outre la présence de tous les «tender points» nécessaires pour diagnostiquer une fibromyalgie, ils ont aussi noté la quasi normalité de tous les examens (neurologiques, radiographiques et de laboratoire) pratiqués et l'existence de périodes de rémission durant lesquelles la recourante ne présentait pas de
psychopathologies invalidantes particulières.

Tous les autres médecins consultés, antérieurement ou postérieurement à l'établissement du rapport d'expertise COMAI, ont abouti à des diagnostics identiques. Seules divergent leurs conclusions se rapportant à l'évaluation de la capacité de travail. Cette différence, étant donné la concordance de la totalité des avis émis sur les autres points, ne justifie pas d'écarter l'un ou l'autre rapport au motif que sa valeur probante serait inférieure. Cependant, dans la mesure où la grande majorité des praticiens consultés directement par l'intéressée, dont on sait,

par expérience, qu'ils sont enclins à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc), s'est contentée de retenir une incapacité totale de travail, voire de 50 %, sans motiver plus avant leurs conclusions, il n'y pas lieu de prendre en considération leurs opinions à ce sujet (cf. notamment les rapports des docteurs P._____, U._____, Z._____ et F._____, ainsi que L._____ des 3 et 15 août 1995, 16 juillet et 29 décembre 1996 et 19 septembre 2000).
On retiendra de surcroît que le docteur J._____ admettait, en 1995 déjà, qu'au vu des rachialgies et céphalées incontestables, mais aussi de l'absence de causes anatomiques et de la psychothérapie en cours, une capacité résiduelle de travail d'au moins 50 % (dès le 15 janvier 1996), pouvant aller jusqu'à 100 % ultérieurement (dès le 15 février 1996), était exigible; seul un état dépressif majeur aurait été susceptible de justifier un taux inférieur à 50 %, ce qui n'était pas le cas et ne l'a jamais été. Le docteur L._____, quant à lui, ne voyait pas de contre-indications professionnelles dues spécifiquement à la fibromyalgie et à la dépression chronique, mais estimait qu'en raison du retrait prolongé du monde du travail, critère économique et non médical dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre, on s'acheminait vers une invalidité totale (sur le rôle du médecin, cf. ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Au regard de ce qui précède, il n'existe donc aucun motif permettant de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail faite par les experts du COMAI.
3.3 La recourante reproche encore à la juridiction cantonale de ne pas avoir pris en considération la péjoration de son état de santé survenue depuis la fin de l'année 1999 («aucun fait nouveau sur le plan médical n'est postérieur au 3 mai 2001 [...]il ne s'agit que de l'aggravation inexorable des éléments constatés depuis longtemps déjà»).

Son argumentation est une nouvelle fois erronée. Le rapport du 15 janvier 2003 de la doctoresse S._____ fait certes référence à des éléments antérieurs à la décision litigieuse (diagnostics), connus et admis par ses confrères, mais il est avant tout axé sur les plaintes existantes au moment de son établissement, sur des examens physiques et de laboratoires actuels et sur l'évolution des handicaps depuis le mois d'octobre 2002 (état dépressif marqué et syndrome fibromyalgique «dans une phase douloureuse importante»). Les mêmes remarques sont valables pour le rapport du 24 avril 2002 du docteur L._____; si le diagnostic posé est bel et bien identique à celui figurant dans son rapport du 19 septembre 2000, il mentionne toutefois expressément que la capacité de travail de l'intéressée est nulle, «pour le moment», et qu'une reprise de l'activité est quasi insurmontable en raison de l'arrêt de travail conséquent. Les appréciations apportées par les deux médecins dans leur rapport respectif constituent donc des faits dont il ne peut être tenu compte. En effet, le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où elles ont été rendues (ATF
121 V 366 consid. 1). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4).

Quant au rapport du 28 mai 2001 de la doctoresse V._____, il fait effectivement référence à la période antérieure à la décision litigieuse (amélioration, puis péjoration de l'état dépressif et des troubles alimentaires), mais n'apporte aucun élément qui ne soit déjà connu; les médecins du COMAI parlait également de périodes de rémission et de périodes de crise.

En définitive, les rapports médicaux produits entre la date de l'expertise et la décision litigieuse n'établissent pas de péjoration de l'état de santé, mais laissent penser, au contraire, que la situation est restée stable, tout comme elle l'était depuis 1995. Le seul élément nouveau est le trouble du comportement alimentaire, présent depuis quinze ans aux dires de la doctoresse V._____ et dont il est fait mention pour la première fois dans le rapport du 30 août 2000 de la division de psychiatrie de liaison de l'Hôpital X._____. La doctoresse V._____, qui a suivi la recourante en 1992 et 1993, puis à partir de 1999, n'a pas jugé utile de le mentionner auparavant.

Au regard de ce qui précède, rien ne permet de dire que l'état de santé se soit dégradé de manière telle qu'il ne corresponde plus, au moment de la décision litigieuse, à celui qui avait été constaté au moment de l'expertise.
3.4 L'intéressée critique encore l'évaluation de son invalidité. Reconnaissant certes l'influence réciproque de

la fibromyalgie et des troubles psychiques, mais constatant que les médecins mandatés par le COMAI avaient oeuvré de manière totalement indépendante et que chacun d'eux avait retenu un taux d'incapacité de l'ordre de 20 à 25 %, elle soutenait que son incapacité globale ne pouvait être que bien supérieur au taux retenu, même si selon les experts, les incapacités de travail ne pouvaient pas simplement s'additionner. Cette argumentation est erronée dans la mesure où ce sont d'autres médecins qui ont fait une pondération des examens pratiqués par les docteurs E._____ et M._____. Bénéficiant d'une vision globale, ils ont intégré les différentes informations (troubles rhumatologiques limités, sans grande évolution depuis 1995 et clairement sous influence psychique, dépression n'ayant jamais atteint le niveau de gravité le plus élevé, etc.) pour aboutir au taux de 25 à 30 % d'incapacité de travail.
Au regard de tout ce qui précède, on ne saurait dès lors tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références), que les affections dont souffre la recourante sont d'une intensité telle qu'elles entraînent, globalement, une incapacité de travail - et de gain - de 40 % ou plus, ouvrant droit à une rente, un abattement approprié tenant suffisamment compte des limitations liées aux handicaps de l'intéressée étant déjà compris dans cette évaluation.
4.
Le dossier contenant en outre suffisamment d'indications médicales fiables, dont une expertise pluridisciplinaire motivée et convaincante, il ne se justifie pas de mettre en oeuvre une mesure d'instruction complémentaire telle que requise. Le recours se révèle ainsi en tout point mal fondé.
5.
La procédure est gratuite, dès lors qu'elle porte sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (art. 134 OJ). La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, ne saurait prétendre à une indemnité de dépens (art. 159 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Le recours est rejeté.
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 avril 2006
Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la IIe Chambre: Le Greffier: