

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause {T 7}
I 86/05

Arrêt du 29 août 2006
IIIe Chambre

Composition
MM. les Juges Ferrari, Président, Meyer et Geiser, suppléant. Greffier : M. Piguet

Parties
M._____, recourant, représenté par
Me Mauro Poggia, avocat, rue de Beaumont 11, 1206 Genève,

contre

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

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances sociales, Genève

(Jugement du 26 octobre 2004)

Faits:

A.

M._____, né en 1950, exerçait une fonction de cadre au sein du groupe bancaire X._____. En raison de douleurs aux deux pieds, puis d'une hernie discale bilatérale L5-S1, celui-ci a présenté une incapacité de travail totale du 12 septembre 1996 au 1er février 1999, date à partir de laquelle il a repris une activité à mi-temps. Le 10 février 1999, il s'est annoncé à l'assurance-invalidité et a sollicité l'octroi d'une mesure de rééducation dans la même profession. Le 28 avril 1999, il a informé l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'office AI) qu'il se trouvait à nouveau en incapacité totale de travailler et qu'il requérait désormais l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'office AI a confié la réalisation d'expertises aux docteurs R._____, spécialiste en neurologie (rapport du 21 mars 2000), J._____, spécialiste en rhumatologie (rapport du 4 juillet 2000) et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 9 novembre 2000). Se fondant sur les conclusions des médecins précités, l'office AI a, par décision du 21 janvier 2002, rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré ne présentait aucune atteinte physique ou psychique susceptible de diminuer sa capacité de travail.

B.

M._____ a déféré la décision de l'office AI à la Commission cantonale de recours AVS/AI (aujourd'hui: Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève), en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Après avoir appelé en cause la Fondation de prévoyance des sociétés du groupe X._____, qui était également saisie d'une demande de prestations de la part de l'assuré, et tenu audience, la juridiction cantonale a, par jugement du 26 octobre 2004, rejeté le recours de l'assuré.

C.

M._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation. Sous suite de dépens, il conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de l'affaire à la juridiction cantonale afin qu'elle procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

L'office AI ainsi que la Fondation de prévoyance des sociétés du groupe X._____, en qualité de partie intéressée, proposent le rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer. M._____ a encore présenté ses observations au sujet de la réponse de

la Fondation de prévoyance des sociétés du groupe X._____.

Considérant en droit:

1.

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

2.

Le jugement entrepris porte sur des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 132 al. 1 OJ dans sa version selon le ch. III de la loi fédérale du 16 décembre 2005 portant modification de la LAI (en vigueur depuis le 1er juillet 2006), dans une procédure concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le Tribunal fédéral des assurances peut aussi examiner l'inopportunité de la décision attaquée et n'est pas lié par la constatation de l'état de fait de l'autorité cantonale de recours. En vertu de l'art. 132 al. 2 OJ, ces dérogations ne sont cependant pas applicables lorsque la décision qui fait l'objet d'un recours concerne les prestations de l'assurance-invalidité. Selon le ch. II let. c de la loi fédérale du 16 décembre 2005, l'ancien droit s'applique aux recours pendants devant le Tribunal fédéral des assurances au moment de l'entrée en vigueur de la modification. Dès lors que le recours qui est soumis au Tribunal fédéral des assurances était pendant devant lui au 1er juillet 2006, son pouvoir d'examen résulte de l'ancien art. 132 OJ, dont la teneur correspond à celle du nouvel al. 1.

3.

3.1 La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur au 1er janvier 2003, de même que les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ne sont pas applicables au présent litige, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 21 janvier 2002 (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les références).

3.2 Le jugement entrepris expose correctement les dispositions légales et les principes jurisprudentiels relatifs à la notion d'invalidité (art. 4 LAI), à l'échelonnement des rentes en fonction du degré d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI), ainsi qu'aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante d'un rapport médical (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Il suffit donc d'y renvoyer sur ces différents points.

4.

4.1 En l'espèce, les premiers juges ont retenu que le recourant présentait une affection de nature psychique, sous la forme de troubles somatoformes douloureux persistants, qui ne revêtait pas, au sens de la jurisprudence applicable en la matière, un degré de gravité tel que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne pouvait plus être raisonnablement exigée.

Pour appuyer leur raisonnement, les premiers juges se sont fondés principalement sur les considérations émises par les experts R._____ et J._____ (rapports d'expertise des 21 mars et 4 juillet 2000), selon qui l'assuré présentait des douleurs loco-régionales correspondant à un syndrome somatoforme douloureux, ainsi que sur les déclarations des doctresses P._____, qui faisait état de douleurs généralisées, type fibromyalgie (rapport du 7 mai 2001), et L._____, laquelle évoquait des polyalgies arthromyalgiques chroniques associées à des troubles du sommeil et dysthymiques (rapport du 18 avril 2002) (voir également le rapport du 11 septembre 2002 des doctresses I._____ et A._____, médecins au Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital Y._____).

4.2 Dans le cas particulier, le diagnostic - psychiatrique - de troubles somatoformes douloureux n'émane pas d'un spécialiste en psychiatrie, comme le requiert pourtant la jurisprudence (cf. ATF 131 V 49, 130 V 398 consid. 5.3 et 6). En revanche, le docteur H._____, qui a été expressément chargé de réaliser une expertise spécialisée pour le compte de l'office AI, a estimé qu'il n'existait aucune limitation d'ordre psychiatrique à l'exercice d'une activité lucrative. Il n'a en particulier pas confirmé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants posés à l'époque par les experts R._____ et J._____, la symptomatologie douloureuse n'étant pas lié à un état anxio-dépressif manifeste, comme cela est généralement le cas en présence d'une telle affection, et le recourant évoluant dans un contexte socio-familial préservé (rapport du 9 novembre 2000).

En l'absence d'un diagnostic psychiatrique clairement établi, c'est à tort que les premiers juges ont appliqué la jurisprudence développée en matière de troubles somatoformes douloureux pour apprécier le caractère invalidant des plaintes douloureuses du recourant.

5.

5.1

5.1.1 Dans un rapport d'expertise du 13 avril 1999 établi pour le compte de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, le docteur O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que le recourant se plaignait essentiellement de lombo-sciatalgies gauches et d'une

impossibilité à effectuer un effort prolongé. Selon les déclarations de l'intéressé, la durée d'une position prolongée, assise ou debout, ne dépassait pas une à deux heures. D'après l'expert, il était dans ces conditions difficile d'envisager une capacité de travail supérieure à 50 % dans une activité de bureau. Mais rien ne s'opposait objectivement à ce que l'assuré puisse augmenter son taux de capacité de travail.

5.1.2 A l'issue des investigations qu'ils ont menées, les docteurs R. _____ et J. _____ ont indiqué que le recourant se plaignait de douleurs loco-régionales (au niveau de la région lombaire bilatérale, à l'articulation coxo-fémorale gauche, à l'aîne, aux muscles adducteurs et au mollet gauche) d'origine musculaire et ligamentaire combinées à une discrète limitation de la mobilité du segment vertébral L5-S1 et de l'articulation coxo-fémorale gauche. L'origine de ces douleurs n'était justifiée par aucun mécanisme physiopathologique avéré. Les résultats neurologiques et les examens complémentaires avaient en effet permis d'exclure la présence d'une douleur radicaire, médullaire ou neuromusculaire. Une pathologie ostéoarticulaire ne pouvait pas non plus être retenue et les examens rhumatologiques menés par le docteur J. _____ n'avaient pas mis en évidence de signes en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire ou dégénérative. En définitive, M. _____ présentait une douleur chronifiée sans substrat organique qu'il convenait de mettre en relation avec des modifications de la susceptibilité vis-à-vis de la douleur et l'implication de facteurs psychologiques. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, les principales limitations fonctionnelles présentées par le recourant étaient liées à des sollicitations répétitives concernant le port de charges ou les flexions répétées du tronc. Celui-ci pouvait néanmoins reprendre son activité professionnelle au sein d'une banque, les douleurs limitant la capacité de travail à 50 % dans un premier temps, puis à 75 % après une ou deux années (rapports d'expertise des 21 mars et 4 juillet 2000, rapport complémentaire du 25 juin 2001).

5.1.3 Depuis le 4 octobre 2000, le recourant a entrepris un traitement par thérapie neurale auprès de la doctoresse P. _____, spécialiste en anesthésiologie et thérapie neurale. Ce médecin a posé le diagnostic de douleurs généralisées de type fibromyalgie et expliqué que son patient présentait des muscles, des tendons et des ligaments durcis, ainsi qu'une importante fibrose en profondeur. Compte tenu de l'épuisement induit par cette problématique, lequel influait notamment sur la concentration, la mémorisation, la vision ou encore l'ouïe, la capacité de travail du recourant était nulle (rapports des 21 janvier et 7 mai 2001 ainsi que du 13 octobre 2003, procès-verbal d'audience du 14 septembre 2004).

5.2 De ce qui précède, il y a lieu de retenir que les différents médecins s'étant prononcés sur la question - déterminante en l'espèce - de la capacité résiduelle de travail du recourant n'ont pas été en mesure de relier la symptomatologie présentée à une affection bien définie et de poser un diagnostic précis. En fait, l'opinion du docteur O. _____ et des experts R. _____ et J. _____ repose essentiellement sur les plaintes subjectives exprimées par le recourant. Certes, la doctoresse P. _____ a-t-elle souligné que la problématique douloureuse influait sur les capacités neuropsychologiques de son patient. Cette affirmation n'est toutefois pas étayée par des observations médicales concrètes.

Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de 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. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; arrêt W. du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

Dans le cas particulier, et au moment déterminant de la décision litigieuse du 21 janvier 2002, le dossier ne laisse apparaître, au degré de vraisemblance requis, ni l'existence d'un substrat organique fiable permettant d'expliquer objectivement l'ensemble des plaintes du recourant, ni la présence d'une affection psychique ayant valeur de maladie (cf. consid. 4). Il n'existe pas non plus d'indices suffisants et sérieux qui justifieraient la mise en oeuvre d'investigations médicales supplémentaires sur ces questions.

En tant qu'il dénie le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, le jugement entrepris n'est pas critiquable dans son résultat et le recours se révèle dès lors mal fondé.

6.

C'est en vain que le recourant se prévaut d'un certificat médical établi le 16 décembre 2004 par la doctoresse G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'après lequel le recourant souffrirait d'un état dépressif majeur sévère. En tant que ce document porte manifestement sur un trouble apparu postérieurement à la décision litigieuse du 21 janvier 2002, il ne saurait être pris en

considération pour examiner la légalité de cette dernière (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).

7.

7.1 Assisté d'un avocat, le recourant, qui succombe, ne saurait prétendre une indemnité de dépens pour l'instance fédérale (art. 159 al. 1 OJ en corrélation avec l'art. 135 OJ).

7.2 La Fondation de prévoyance des sociétés du Groupe X. _____, représentée par un avocat, obtient gain de cause. Elle ne saurait non plus prétendre une indemnité de dépens pour l'instance fédérale. En effet, les autorités et les organisations chargées de tâches de droit public n'ont en principe pas droit à des dépens lorsqu'elles obtiennent gain de cause (art. 159 al. 2 en corrélation avec l'art. 135 OJ). Comptent au nombre des organisations chargées de tâches de droit public notamment la CNA, les autres assureurs-accidents, les caisses-maladie et les caisses de pension (ATF 120 V 352 consid. 6). Exceptionnellement des dépens peuvent être alloués lorsqu'en raison de la particularité ou de la difficulté du cas, le recours à un avocat indépendant était nécessaire (ATF 119 V 456 consid. 6b; RAMA 1995 n° K 955 p. 6). Tel n'est pas le cas en l'espèce.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, à la Fondation de prévoyance des sociétés du Groupe X. _____, au Tribunal cantonal des assurances sociales et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 29 août 2006

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

p. le Président de la IIIe Chambre: Le Greffier: