Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
I 455/06

Arrêt du 22 janvier 2007
Ire Cour de droit social

Composition
MM. et Mme les Juges Ursprung, Président, Leuzinger, Ferrari, Frésard et Seiler.
Greffier: M. Piguet.

Parties
Hoirie de feue A._____, soit :
1. B._____,
2. C._____,
recourants, tous les deux représentés par Me Yann P. Meyer, avocat, rue Ferdinand-Hodler 13, 1207 Genève,

contre

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

Objet
Assurance-invalidité (AI),

recours de droit administratif (OJ) contre le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève du 3 avril 2006.

Faits:
A.
A._____, née en 1953, travaillait depuis le mois de janvier 1988 en qualité de nettoyeuse au service de l'entreprise X._____ SA. Ses rapports de travail ont pris fin le 31 décembre 1995. Elle a ensuite bénéficié d'indemnités de chômage. Le 18 janvier 1999, elle a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'office AI).

Entre autres mesures d'instruction, l'administration a confié au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire sur la personne de l'assurée. D'après le rapport établi par le COMAI le 10 octobre 2002, l'intéressée 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 de prestations, motif pris 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, l'office AI a requis un avis 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 le 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 alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 1999.
Par écriture du 31 janvier 2005, l'office AI a interjeté recours de droit administratif contre ce jugement, dont il a requis l'annulation, en concluant à la confirmation de sa décision sur opposition du 19 janvier 2004.

Par arrêt du 3 mars 2006, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours, en ce sens que le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 29 novembre 2004 a été annulé et la cause renvoyée à l'autorité judiciaire précédente pour qu'elle mette en oeuvre une nouvelle expertise psychiatrique et statue à nouveau (arrêt M. du 3 mars 2006, I 96/05).
C.
L'assurée est décédée le 5 octobre 2005 des suites d'une lymphangite carcinomateuse avec métastases pulmonaires et hépatiques. Ce fait n'avait pas été porté à la connaissance du Tribunal fédéral des assurances au moment où il a rendu son arrêt de renvoi du 3 mars 2006.
D.
Constatant (sur la base des renseignements fournis par l'office AI le 15 mars 2006) le décès de l'assurée et l'impossibilité subséquente d'ordonner l'expertise psychiatrique requise par le Tribunal fédéral des assurances, le Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré sans objet le recours formé contre la décision sur opposition du 19 janvier 2004 et radié l'affaire du rôle (jugement du 3 avril 2006).
E.
Les héritiers de A._____, soit pour elle B._____ et C._____, interjettent recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant à son annulation et au versement d'une rente entière d'invalidité à l'hoirie A._____ pour la période courant du 1er mars 1999 au jour du décès de l'assurée.

L'office AI conclut au rejet du recours, dans la mesure où il est recevable. Quant à l'Office fédéral des assurances sociales, il ne s'est pas déterminé.

Considérant en droit:
1.
La loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) est entrée en vigueur le 1er janvier 2007 (RO 2006 1205, 1242). L'acte attaqué ayant été rendu avant cette date, la procédure reste régie par l'OJ (art. 132 al. 1 LTF; consid. 1.2 de l'arrêt B. du 28 septembre 2006, I 618/06, destiné à la publication au Recueil officiel).
2.
Le décès de l'assurée n'était pas connu du Tribunal fédéral des assurances au moment où il a rendu son arrêt de renvoi du 3 mars 2006. La question peut se poser de savoir si cette circonstance ne constitue pas un fait nouveau au sens de l'art. 137 let. b OJ, propre à entraîner la révision de cet arrêt. Il n'y a toutefois pas lieu d'examiner le cas sous l'angle de la révision, car celle-ci n'a pas été demandée (voit Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. V, n° 1ss ad art. 140). Au demeurant, on peut se demander si le fait n'aurait pas dû être invoqué plus tôt dans la procédure par les recourants ou le mandataire de l'assurée décédée. Quoi qu'il en soit, une révision de l'arrêt ne conduirait pas à une solution plus favorable aux recourants, car le Tribunal fédéral, même s'il révisait son arrêt précédent, ne pourrait être amené à le modifier que dans le sens des considérants qui vont suivre.
3.
Le droit à la rente d'invalidité n'est pas un droit strictement personnel; il est donc transmissible par succession (art. 560 al. 2 CC; ATF 99 V 167 consid. 2a). Par conséquent, un litige portant sur le droit d'un assuré à une rente de l'assurance-invalidité ne devient pas sans objet en raison du décès de l'assuré en cours de procédure.
4.
4.1 En règle générale, une preuve est tenue pour établie lorsque le tribunal, par un examen objectif, a pu se convaincre de la vérité d'une allégation de faits. Une certitude absolue ne peut être exigée en la matière. Il suffit que le tribunal ne conçoive plus de doute sérieux quant à l'existence du fait allégué, ou que les doutes subsistants apparaissent faibles (ATF 130 III 324 consid. 3.2).

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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). La règle de la vraisemblance prépondérante vaut naturellement aussi quand il s'agit de décider si des troubles somatoformes ou des troubles analogues sont aptes à entraîner une incapacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité (arrêt D. du 9 août 2006, I 391/06, consid. 2).
4.2 Le décès d'un assuré en cours de procédure (judiciaire ou administrative), rendant impossible une expertise sur la personne de celui-ci, ne saurait constituer un motif supplémentaire d'allégement de la preuve, dès lors que la règle de la vraisemblance prépondérante constitue déjà une restriction du degré de la preuve requis. Même si l'expertise ne peut plus être réalisée, il ne suffit donc pas que le juge acquière l'impression d'une certaine vraisemblance des faits pertinents (comp. avec ATF 130 III 325 consid. 3.3). Il ne se justifie pas davantage de statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Tout au plus doit-on exiger que les pièces existantes fassent l'objet d'un examen particulièrement attentif par le juge. Une expertise sur pièces pourra être ordonnée si l'on peut raisonnablement en attendre l'établissement de faits pertinents. Sous la même condition également, des précisions pourront être demandées, le cas échéant, aux experts qui ont examiné l'assuré de son vivant. Au besoin, des renseignements seront aussi demandés au médecin traitant, en particulier quand le décès est dû à une atteinte à la santé pour laquelle les prestations sont requises.
5.
En conséquence, c'est à tort que les premiers juges ont purement et simplement radié l'affaire du rôle au motif unique que l'assurée était décédée et que l'expertise ordonnée par le Tribunal fédéral des assurances ne pouvait plus être réalisée. En bonne logique, il conviendrait donc d'annuler le jugement attaqué et de renvoyer la cause aux premiers juges pour qu'ils se prononcent sur le fond. Ce ne serait là, toutefois, qu'une vaine formalité, qui retarderait la liquidation de la procédure, car il n'est pas raisonnable d'admettre que le tribunal cantonal des assurances puisse rendre une décision différente de celle qu'il a déjà prise dans son jugement du 29 novembre 2004. Il convient en conséquence de se prononcer maintenant sur le litige.
6.
6.1 En l'espèce, la seule question est de savoir si l'assurée présentait une atteinte à la santé psychique propre à entraîner une incapacité de travail au regard de la jurisprudence pertinente. Dans son arrêt du 3 mars 2006, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que ni le rapport d'expertise du COMAI ni celui du SMR ne permettaient de statuer sur le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée (voir à ce sujet les ATF 132 V 65, 131 V 49 et 130 V 352). A ce propos, il a considéré ce qui suit:
« 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).
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 ».
Dans de telles conditions, le Tribunal fédéral des assurances a jugé nécessaire de mettre en oeuvre une expertise judiciaire et de renvoyer la cause à l'autorité cantonale pour ce faire (consid. 4.3 de l'arrêt du 3 mars 2006).
6.2 Sur la base des preuves disponibles, il n'est ainsi pas possible de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'existence d'une incapacité de travail ayant entraîné une invalidité. Des mesures d'instruction supplémentaires ne permettraient pas d'aboutir à une autre conclusion. Une expertise sur pièces n'apporterait pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assurée (voir ATF 127 I 57 consid. 2e à g). Il en va de même d'un éventuel avis du médecin qui a suivi l'assurée pour l'affection qui a conduit à son décès, car celui-ci n'était à l'évidence pas une conséquence des troubles pour lesquels des prestations d'invalidité ont été requises. Enfin, un complément d'expertise par les médecins du COMAI n'apporterait pas d'éléments utiles. En effet, il ne s'agissait pas, à teneur de l'arrêt de renvoi du 3 mars 2003, d'apporter un complément sur un point précis de l'expertise, mais de procéder à une nouvelle appréciation globale des effets du trouble somatoforme de l'assurée sur sa capacité de travail afin de se prononcer sur le caractère exigible ou non de la réintégration de l'intéressée dans le processus de
travail.
Il en résulte que le droit à la rente de l'assurée décédée doit être nié.
7.
7.1 Les recourants se plaignent en outre d'une violation du principe de la célérité de la procédure (art. 29 al. 1 Cst.). C'est en effet en raison de la durée excessive de celle-ci et du décès de l'assurée que l'expertise ordonnée par le Tribunal fédéral des assurances n'a pas pu être administrée. Selon eux, l'impossibilité d'administrer une preuve doit conduire à un renversement du fardeau de la preuve et même amener le tribunal à considérer, sans autre forme de procès, comme avérés les faits que l'expertise était censée établir ou confirmer. Les conséquences de l'absence de preuve devraient par conséquent être supportées par l'administration, dès lors qu'il ne peut être reproché à l'assurée une quelconque faute.
7.2 A l'appui de leur argumentation, les recourants invoquent la jurisprudence publiée aux ATF 129 V 411. Dans l'affaire en question, l'assuré était également décédé en cours de procédure. A la suite du recours de droit administratif formé par sa veuve, le Tribunal fédéral des assurances avait constaté une violation du principe de la célérité de la procédure. La durée de celle-ci, considérée dans son ensemble, était apparue dans le cas d'espèce excessive (plus de dix ans entre le moment du dépôt de la demande et la date à laquelle le jugement attaqué avait été rendu). Cet allongement avait été en bonne partie causé par le fait que l'office AI compétent, au mépris des instructions contenues dans un jugement de renvoi de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger, avait renoncé à mettre en oeuvre une expertise psychiatrique, ce qui avait provoqué un deuxième jugement de renvoi de la Commission de recours. Toute la procédure avait par ailleurs été émaillée de tergiversations, aussi bien de la part de la Commission de recours que de la part de l'administration. Compte tenu de ces circonstances, le Tribunal fédéral des assurances avait soulevé - sans trancher la question - le point de
savoir si l'impossibilité de mettre en oeuvre une expertise devait conduire à faire supporter à l'administration l'absence de la preuve d'une incapacité de travail au moment déterminant (ATF 129 V 419 consid. 2.2). Cette question n'a pas non plus à être tranchée en l'espèce.
7.3 On ne saurait en effet établir un parallèle entre le cas d'espèce et le précédent publié aux ATF 129 V 414. Certes, il s'est écoulé plus de cinq ans entre le moment où l'assurée a présenté sa demande de prestations, le 18 janvier 1999, et celui où l'office AI l'a définitivement rejetée, le 19 janvier 2004, ce qui peut paraître excessif. On notera toutefois que ce n'est qu'à la suite du rapport complémentaire de la doctoresse H._____ du 7 juin 2001 faisant état d'une nette péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée qu'il est apparu nécessaire de

procéder à un examen détaillé au plan psychiatrique. A partir de ce moment-là, les mesures d'instruction et les actes de procédure se sont enchaînés à un rythme régulier. Ainsi, l'office AI a mis en oeuvre une expertise pluridisciplinaire qu'elle a confiée au COMAI (rapport du 10 octobre 2002), puis, à la suite de l'opposition formée par l'assurée contre la décision du 4 mars 2003, invité le SMR à procéder à un examen clinique bidisciplinaire (rapport du 7 octobre 2003).
Des mesures d'instruction ont donc été ordonnées et menées du vivant de l'assurée. Ces mesures étaient par ailleurs parfaitement adéquates eu égard à la situation médicale de l'assurée, quand bien même il s'est révélé nécessaire après coup d'ordonner une nouvelle expertise. Certes convient-il d'admettre que l'office AI a fait preuve d'une certaine lenteur dans la mise en oeuvre des mesures d'instruction précitées. On ne saurait toutefois prétendre qu'il a adopté une attitude passive ou qu'il s'est - comme dans le précédent invoqué - écartée d'instructions impératives du juge.
Au regard de l'ensemble des circonstances, il y a lieu de constater que l'administration n'a pas violé - à tout le moins à partir de 2001 - le principe de la célérité de la procédure. Il s'ensuit qu'un lien de cause à effet entre la manière dont le dossier a été traité et l'impossibilité subséquente de mettre en oeuvre l'expertise requise par le Tribunal fédéral des assurances ne saurait être retenu. Le grief se révèle par conséquent mal fondé.
8.
Il résulte de ce qui précède que le recours est mal fondé. Le jugement attaqué de radiation du rôle doit cependant être réformé en ce sens que le recours porté devant la juridiction cantonale est rejeté. Pour autant, les recourants n'obtiennent pas gain de cause, de sorte qu'ils n'ont pas droit à une indemnité de dépens (art. 159 al. 1 OJ).

Vu la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 134 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est rejeté.
2.
Le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 3 avril 2006 est réformé en ce sens que le recours formé contre la décision sur opposition du 19 janvier 2004 est rejeté.
3.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
4.
L'avance de frais versée par les recourants, d'un montant de 500 fr., leur est remboursée.
5.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 22 janvier 2007
Au nom de la Ire Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse
Le Président: Le Greffier: