Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunal fédéral des assurances
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}

I 700/02

Arrêt du 24 juin 2003
IVe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Ferrari et Geiser, suppléant. Greffier: M. Wagner

Parties
D._____, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat, FSIH, place du Grand-Saint-Jean 1, 1003 Lausanne,

contre

Office cantonal AI du Valais, avenue de la Gare 15, 1951 Sion, intimé

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances, Sion

(Jugement du 26 septembre 2002)

Faits:

A.

A.a. Victime d'une chute dans un escalier survenue sur son lieu de travail le 21 août 1992, D._____, mécanicien-outilleur, alors domicilié en France, a subi une fracture non déplacée de l'apophyse transverse L2 à droite. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), laquelle a mis l'intéressé au bénéfice d'une rente d'invalidité, fondée sur un taux d'incapacité de gain de 40 %, dès le 1er février 1995. La décision sur opposition du 14 mai 1996, confirmant la prise de position de l'assureur-accidents du 18 octobre 1995, est entrée en force.

A.b.

A.b.a. Le 9 novembre 1994, la demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant au reclassement dans une nouvelle profession, déposée par D._____ en octobre 1993, a été rejetée par la Caisse suisse de compensation au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. En revanche, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, se fondant sur un prononcé présidentiel de la Commission de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 23 septembre 1994 qui retenait un degré d'invalidité de 100 % depuis le 6 novembre 1993, a, par décision du 17 juillet 1995, alloué au prénommé à partir du 1er novembre 1993 une rente entière d'invalidité, assortie d'une rente pour enfant et, dès le 1er mars 1995, d'une rente complémentaire pour son épouse.

L'assuré a pris domicile en Suisse dès avril 1995, tout d'abord dans le canton d'Argovie, puis, à compter de septembre 1999, à Sion.

A.b.b. Poursuivant une procédure de révision du droit à la rente entamée par l'Office cantonal AI de Genève en février 1998, l'Office cantonal AI du Valais a adressé un questionnaire au docteur A._____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin traitant de D._____. Dans un rapport médical du 22 novembre 1999, ce praticien a indiqué que l'état de santé de son patient, stationnaire jusqu'en septembre 1999, s'était aggravé par une exacerbation de la douleur lombaire avec d'importantes irradiations dorsales. Il attestait la totale incapacité de travail de l'assuré depuis le 5 octobre 1992, pour une durée indéterminée. L'office AI a de plus soumis ce dernier à une expertise médicale confiée à la Clinique X._____.
Dans son rapport du 30 mai 2000, auquel ont été joints un consilium neurologique du docteur B._____ et un consilium psychiatrique du docteur C._____, le docteur E._____, directeur médical de la Clinique X._____, a relevé que l'ensemble des symptômes et des constatations objectives était compatible avec les plaintes de l'assuré, mais qu'ils ne pouvaient à eux seuls expliquer l'invalidation complète de ce dernier. En accord avec le docteur C._____, l'expert a cependant conclu que le refus d'un reclassement professionnel en 1993 avait eu un effet extrêmement négatif sur le processus d'invalidation et que, même en l'absence de pathologie psychiatrique avérée, D._____ était psychologiquement totalement et définitivement invalide.
Estimant que ce rapport d'expertise était insuffisant pour lui permettre de rendre une décision, l'office AI a donné mandat au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité de Lausanne (COMAI) de procéder à une nouvelle expertise pluridisciplinaire de l'assuré. D._____ ayant refusé de se soumettre à cette mesure d'instruction, motif pris qu'il avait déjà rempli son devoir de collaboration en subissant l'expertise de la Clinique X._____, l'office cantonal lui a imparti un délai pour revenir sur sa détermination en l'informant qu'à défaut il serait statué en l'état du dossier.
Le 29 novembre 2001, l'assuré a persisté dans sa détermination. Par décision du 5 décembre 2001, l'office AI l'a avisé que son droit à la rente était supprimé au 31 janvier 2002.

B.
Par jugement du 26 septembre 2002, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais a rejeté le recours formé par l'intéressé contre cette décision.

C.
D._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement. Il demande, sous suite de dépens, qu'il soit dit que la rente entière de l'assurance-invalidité dont il a bénéficié ne peut être ni supprimée, ni suspendue à partir du 31 janvier 2002.
L'Office cantonal AI du Valais conclut au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales n'a pas déposé d'observations.

Considérant en droit:

1.
La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), du 6 octobre 2000, est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions en particulier dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure cependant déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règle de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels le Tribunal fédéral des assurances peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse du 5 décembre 2001 (ATF 121 V 366 consid. 1b).

2.

2.1. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire,

selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; voir également les art. 43 et 61 let. c LPGA, qui n'étaient toutefois pas applicables, vu leur entrée en vigueur le 1er janvier 2003, lors des procédures ayant conduit à la décision administrative litigieuse, puis au jugement entrepris).

2.2. Selon les circonstances, l'assureur social se heurtant à un manque de collaboration d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier; le cas échéant, il pourra rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi (ATF 108 V 230 s. consid. 2; voir également UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, n°229, p. 108 s.; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 256; HARDY LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht: unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, thèse Zurich 1995, p. 172 s.; cf. aussi l'art. 43 al. 3 LPGA). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière - le choix de l'une ou l'autre décision dépendra notamment de l'avancement de
l'instruction de la cause et de ses conséquences pour l'assuré ou d'éventuels tiers intéressés -, que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 231 s. et 97 V 177; MAURER, op. cit., p. 255).

2.3. L'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) dispose en particulier que si l'assuré ne donne pas suite, sans excuse valable, à la convocation à une expertise (art. 69 al. 2 RAI), à une audition devant l'office AI (art. 69 al. 3 RAI) ou à une demande de renseignements (art. 71 al. 1 RAI), l'office AI peut se prononcer en l'état du dossier, après lui avoir imparti un délai raisonnable avec indication des conséquences du défaut de collaboration (ATF 125 V 407 consid. 4c; VSI 2000 p. 332 consid. 4c). Si l'expertise médicale à laquelle s'est soustrait sans motif valable l'assuré se révèle nécessaire et exigible, le juge des assurances sociales ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), était correcte. Il n'ordonne la mise en oeuvre d'une instruction complémentaire que si les faits lui apparaissent insuffisamment élucidés indépendamment de l'expertise en question (cf. RAMA 2001 n°U 414 p. 90 consid. 4b et les références, en liaison avec les arrêts B. du 25 octobre 2001 [I 214/01]et I. du 31 août 2001 [U 489/00]).

3.

3.1. En l'espèce, dans son expertise du 30 mai 2000, le docteur E._____ a retenu les diagnostics de lombalgies et radiculopathie S1 dans le cadre de troubles dégénératifs (insuffisance discale L5-S1, avec status après discectomie et arthrose lombaire); troubles statiques dorso-lombaires (scoliose dorso-lombaire droite); spina bifida oculta de S1; troubles somatoformes douloureux; neuropathie irritative cubitale au coude gauche; coxa vara bilatérales; cervicalgies; status après appendicectomie et amygdalectomie; status après arthroscopie du genou droit. L'expert a considéré que l'ensemble des symptômes et des constatations objectives était compatible avec les plaintes émises par l'assuré, notamment en ce qui concerne les membres supérieurs et le membre inférieur gauche ainsi que les lombes.
De son côté, le docteur C._____ s'est prononcé comme suit sur l'état de santé du recourant: « Le status psychiatrique peut être considéré globalement comme dans les limites de la norme. Cependant, dans la mesure où l'ensemble des plaintes formulées par l'expertisé ne sont pas expliquées par la seule base organique, il m'apparaît juste de retenir le diagnostic de fibromyalgie (terme rhumatologique) ou alors de syndrome somatoforme douloureux persistant (terme psychiatrique), dans la mesure où les facteurs psychologiques apparaissent jouer le rôle prépondérant. Ici, sur un plan pratique et théorique, j'estime que le refus de reclassement professionnel quand l'expertisé était âgé de 42-43 ans a joué un rôle majeur dans le processus d'invalidation et de

chronification. Un peu comme si l'expertisé avait dû « apprendre », indépendamment de sa volonté, à prendre le rôle d'invalide, et par là à se démotiver. Je confirme tout de même l'absence de comorbidité psychiatrique significative ».
Le recourant soutient que ces éléments devaient permettre à l'administration de statuer et que, si cette dernière entendait élucider certains points, elle aurait dû commencer par s'adresser aux experts susnommés à cet effet plutôt que d'ordonner une nouvelle expertise.

3.2. Pour apprécier le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant, les rapports de la Clinique X._____ se révèlent insuffisants.
Le docteur E._____ n'a en effet pas indiqué quelles conséquences éventuelles avaient les affections physiques de l'intéressé sur sa capacité de travail, se contentant de conclure, en accord avec l'expert psychiatre, à son invalidité psychologique totale et définitive.
Par ailleurs, selon la jurisprudence, en présence de troubles somatoformes douloureux, qui entrent dans la catégorie des affections psychiques susceptibles d'entraîner une incapacité de travail, la tâche de l'expert consiste à poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et à se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée (VSI 2000 p. 154 s. consid. 2c; MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, RSAS 1999, p. 1 s. et 105 s.). Pour admettre l'existence d'une incapacité de travail résultant
de troubles somatoformes douloureux, il faut que les critères déterminants consacrés par la jurisprudence en cette matière se manifestent chez la personne assurée avec un minimum de constance et d'intensité (arrêt D. du 20 septembre 2002 [I 759/01]).
Or en l'occurrence, les rapports susmentionnés retiennent bien des troubles somatoformes douloureux ou un syndrome somatoforme douloureux persistant, ce qui peut correspondre à l'affection décrite sous chiffre F45.4 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé, mais ils ne précisent pas les constatations qui fondent ce diagnostic. Ils ne donnent pas non plus d'indications sur le degré de gravité de l'affection, ni sur son évolution temporelle, ni encore sur le caractère exigible d'une éventuelle reprise par l'assuré d'une activité lucrative au regard de cette atteinte. Faute d'une appréciation de la situation médicale claire et de conclusions dûment motivées, les rapports d'expertise en question ne sauraient répondre aux exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). Par conséquent, c'est à juste titre que l'office intimé a envisagé un complément d'instruction du dossier.

3.3. Cela étant, en vertu des principes rappelés ci-dessus (consid. 2.2), l'office intimé, confronté au refus de l'assuré de se soumettre à une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, aurait dû tenter d'élucider sa situation en cherchant à recueillir d'abord auprès des experts de la Clinique X._____ les compléments d'informations nécessaires. Une telle mesure d'instruction ne présente en effet pas de difficultés ni de complications particulières et se justifiait d'autant plus que le dossier, en l'état, ne permet pas de statuer de façon sûre sur les droits du recourant. Ce n'est qu'à défaut de parvenir à établir les faits à satisfaction de cette manière que, devant le refus de collaboration de l'intéressé, l'administration aurait été habilitée à rendre une décision en se fondant sur un dossier incomplet.
Par conséquent, il convient d'annuler le jugement attaqué et la décision de l'office intimé du 5 décembre 2001, la cause étant renvoyée à ce dernier pour qu'il complète les actes du dossier comme il vient d'être dit.

4.
Représenté par un avocat, le recourant, qui conclut à la réforme du jugement attaqué en ce sens que son droit à la rente ne peut être supprimé ni suspendu à partir du 31 janvier 2002, obtient très partiellement gain de cause, dans la mesure où le jugement attaqué doit être annulé. En conséquence, il peut prétendre à l'allocation d'une

indemnité de dépens réduite pour l'instance fédérale (art. 159 al. 3 en corrélation avec l'art. 135 OJ). Le tribunal cantonal des assurances statuera sur les dépens de l'instance cantonale (art. 85 al. 2 let. f LAVS, applicable en l'espèce en liaison avec l'art. 69 LAI (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), le jugement attaqué ayant été rendu avant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 61 let. g LPGA; arrêt T. du 23 janvier 2003 [H 255/02], destiné à la publication).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que le jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais, du 26 septembre 2002, et la décision de l'Office cantonal AI du Valais du 5 décembre 2001 sont annulés.

2.
La cause est renvoyée à l'Office cantonal AI du Valais pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.
Il n'est pas perçu de frais de justice.

4.
L'Office cantonal AI du Valais versera au recourant la somme de 1'000 fr. (y compris la taxe sur la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.

5.
Le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais statuera sur les dépens pour la procédure de première instance, au regard de l'issue du procès de dernière instance.

6.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 24 juin 2003
Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la IVe Chambre: Le Greffier: