

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1474/2018

ATAS/992/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt en révision du 25 octobre 2018

3^{ème} Chambre

Monsieur A_____, domicilié à Maître Caroline RENOLD

demandeur
en révision

contre

**ARRÊT DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES
DU 22 DÉCEMBRE 2016 (ATAS/1116/2016)**

dans la cause A/446/2016 opposant

Monsieur A_____

à

L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant tunisien né en novembre 1958, a travaillé comme ouvrier du bâtiment à compter d'avril 1999, jusqu'au 30 août 2005, date à partir de laquelle il a été mis en arrêt de travail après un accident (chute d'une lourde barre de fer sur son poignet droit en juin 2005).
2. En octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) que celui-ci, par décision du 10 septembre 2008, a rejetée au motif que l'intéressé n'était pas en possession d'une autorisation de séjour valable en Suisse.
3. Saisie d'un recours de l'assuré, la Chambre de céans, constatant que le séjour et l'établissement de l'assuré en Suisse étaient licites, l'a admis partiellement et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/85/2010).
4. Par décision du 13 juillet 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité (basée sur un degré d'invalidité de 100%) limitée dans le temps, du 30 août 2006 au 31 mars 2008, date au-delà de laquelle il a considéré que le degré d'invalidité était insuffisant pour reconnaître le droit à des prestations.
5. Saisie d'un recours de l'assuré, la Chambre de céans l'a partiellement admis et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période postérieure au 31 mars 2008 (cf. arrêt du 28 octobre 2010 ; ATAS/1102/2010).
6. Par décisions du 11 janvier 2016, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 100% du 30 août 2006 (fin du délai d'attente d'un an) au 29 novembre 2006, puis du 30 septembre 2013 au 5 janvier 2014.

Ces décisions ont été rendues à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir en particulier :

- un rapport d'expertise rédigé le 16 mai 2011 par le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, retenant l'existence, au niveau du membre supérieur droit, d'une nécrose aseptique du semi-lunaire (maladie de Kienböck) de stade IV, associée à une arthrose du poignet, d'une cervicobrachialgie gauche dans le territoire C8 corrélée par la présence d'une hernie discale C7-D1 gauche et d'un probable état dépressif ; l'expert suggérait une évaluation psychiatrique pour confirmer ses soupçons et déterminer les conséquences éventuelles sur la capacité de travail, ajoutant que, selon lui, l'assuré était manifestement dépendant à l'alcool ; sur le plan physique, l'expert a retenu des limitations fonctionnelles dans toute activité impliquant des manutentions lourdes, des efforts de serrage et des mouvements répétitifs du poignet droit ; la cervicobrachialgie

C8 gauche avait pour conséquence d'empêcher les positions statiques prolongées, notamment tête fléchie en avant, et les efforts avec le membre supérieur gauche ; d'un point de vue somatique, l'activité habituelle de manœuvre n'était plus exigible depuis août 2005 ; l'état de santé de l'assuré pouvait être amélioré par une arthrodeuse du poignet droit et une intervention neurochirurgicale (résection de la hernie discale C7-D1 gauche) ; une fois les deux atteintes somatiques stabilisées par lesdites interventions, l'intéressé serait en mesure de suivre une réadaptation professionnelle, sous réserve de l'avis de l'expert psychiatre ; sur le plan purement somatique, la capacité à exercer une activité adaptée semblait limitée ; on pouvait envisager des postes de surveillance, de programmation sur machine, voire de manutention légère ; toutefois, les problèmes médicaux de l'assuré laissaient à penser qu'une telle activité ne pourrait pas être réalisée à plus de 50%, en l'état ; en revanche, si les interventions suggérées étaient réalisées, les activités énumérées seraient vraisemblablement exigibles à 100% ;

- un rapport d'expertise pluridisciplinaire rédigé le 3 septembre 2014 par la Clinique Corela - désignée via la plateforme SuisseMED@P -, plus particulièrement par les docteurs C_____ (psychiatre), D_____ (orthopédiste), E_____ (neurochirurgien), F_____ (pneumologue) et G_____ (médecine interne), retenant le diagnostic d'arthrose radio-carpienne avancée avec état dégénératif de l'interligne scapho-trapézo-trapézoïdien en phase de maintenance ; étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans conséquence en termes de capacité de travail : une maladie de Kienböck de stade IV en phase stabilisée, un status post-résection du semi-lunaire et arthrodeuse scapho-grand os et une pseudarthrose scapho-grand os ; en définitive, les experts ont confirmé la totale incapacité de l'assuré à exercer son activité habituelle depuis le 29 août 2015 ; ils ont en revanche considéré que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était restée entière en dehors de deux périodes d'incapacité totale de travail, du 29 août 2005 au 29 novembre 2006 et du 30 septembre 2013 au 5 janvier 2014.

Se rangeant aux conclusions de la Clinique Corela, l'OAI a admis une totale incapacité de l'assuré à exercer son activité habituelle depuis le 30 août 2005. Il a estimé qu'en revanche, s'agissant d'une activité adaptée, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail en dehors des périodes du 30 août 2005 au 29 novembre 2006, puis du 30 septembre 2013 au 5 janvier 2014.

7. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a admis partiellement en date du 22 décembre 2016 (ATAS/1116/2016).

Considérant que l'OAI était lié par l'arrêt du 28 octobre 2010 (ATAS/1102/2010) confirmant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 30 août 2006 au 31 mars 2008, la Cour de céans a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 30 août 2006 - échéance du délai de carence d'une année - au 31 mars 2008.

Pour le reste, s'agissant de la période postérieure au 31 mars 2008, la Cour n'a admis le droit à une rente entière que pour la période du 30 septembre 2013 au 5

janvier 2014 suivant ainsi, à son tour, les conclusions des experts de la Clinique Corela.

En effet, l'examen du rapport de la Clinique Corela à l'aune des critères dégagés par la jurisprudence pour en évaluer la valeur probante avait conduit la Cour de céans à considérer que ces critères étaient remplis (absence de contradictions, synthèse détaillée du cas, analyse approfondie, diagnostics clairs et motivés, etc.). La question de la valeur probante du rapport du Dr B_____ avait quant à elle été laissée ouverte, l'expert en question ne s'étant prononcé que sous l'angle purement rhumatologique, en émettant un certain nombre de réserves et en suggérant des investigations complémentaires.

8. Saisi d'un recours de l'assuré contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable (arrêt 9C_184/2017 du 15 mars 2017).
9. Par décisions du 7 août 2017, l'OAI a donc calculé le montant des prestations dues à l'assuré conformément à l'arrêt de la Cour du 22 décembre 2016 (soit une rente entière du 1^{er} août 2006 au 31 mars 2008, puis du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2014).
10. Le 26 août 2017, l'assuré a adressé à la Cour de céans un « recours » irrégulier à la forme contre ces décisions, que la Cour de céans a déclaré irrecevable (cf. arrêt du 2 novembre 2017 [ATAS/1019/2017]).
11. Par arrêté du 25 juin 2015, le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève a retiré à la Clinique Corela l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois.
12. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne du moins les départements "psychiatrie" et "expertise" de cet établissement, par arrêt du 22 décembre 2017 (2C_32/2017) et le retrait a été effectif du 1er mars au 1er juin 2018 (publication de la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève du 21 février 2018).
13. À la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève a publié un communiqué de presse avisant les assurés dont le droit à des prestations avaient été nié sur la base d'une expertise effectuée à la Clinique de la possibilité de demander la révision, devant l'autorité ayant statué en dernier lieu (Office cantonal de l'assurance-invalidité, CNA ou autre assurance, Chambre des assurances sociales de la Cour de justice ou Tribunal fédéral) - de la décision les concernant - sans garantie quant au succès de cette démarche - dans un délai de 90 jours depuis la connaissance des faits susmentionnés.

La presse romande a fait largement état de la sanction en question et relayé le contenu du communiqué de presse de la Cour de justice, notamment la Tribune de Genève, dans un article publié le 20 mars 2018.

14. Le 30 avril 2018, l'assuré a adressé à la Cour de céans un courrier assez confus dont on comprend cependant qu'il a entendu parler du scandale ayant entaché la réputation de la Clinique Corela et qu'il souhaite « déposer plainte ».
15. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 1^{er} juin 2018, a conclu à l'irrecevabilité de ce « recours », faute de motivation et de conclusions.
16. Par écriture du 11 juin 2018, l'assuré a résumé les faits ayant fait l'objet de la première procédure et produit un certificat médical daté du 11 juin 2018, émanant de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne.

Celle-ci y fait état de douleurs chroniques de la main droite, de hernies discales pluri-étagées, de douleurs cervicales chroniques sévères, au niveau de la nuque, du bras et de la main gauches, de lombalgies chroniques sévères, d'une fracture du plateau tibial gauche en 2012, d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, d'un trouble dépressif réactionnel et de troubles du comportement. Le médecin relève également que la Clinique Corela, qui a rendu un rapport très défavorable à son patient, sur lequel s'est basé l'OAI, a depuis lors fait l'objet d'une enquête qui a mis à jour un certain nombre de problèmes. Il précise que son patient conteste les conclusions de la Clinique et sollicite l'octroi d'une rente d'invalidité de « 80 % au minimum », dont le médecin affirme qu'elle lui paraîtrait justifiée au vu des nombreuses pathologies énoncées.

17. Par écriture du 2 juillet 2018, l'OAI a persisté dans sa position quant à l'irrecevabilité du « recours ».
18. Par écriture du 20 août 2018, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a sollicité la révision en bonne et due forme de l'arrêt rendu par la Cour de céans en date du 22 décembre 2016.

En substance, le conseil du recourant rappelle les faits reprochés à la Clinique Corela, conclut à la révision de l'arrêt de la Cour de céans et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps, c'est-à-dire au-delà du 30 mars 2008 et au-delà du 1^{er} janvier 2014. Subsidiairement, il demande la mise sur pied d'une nouvelle expertise judiciaire multidisciplinaire (orthopédique, psychiatrique, neurologique).

Le recourant demande également l'apport de la procédure pénale ouverte à l'encontre du docteur I_____ et de la procédure administrative ayant conduit à l'arrêt condamnant la Clinique Corela.

19. Par écriture complémentaire du 11 septembre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il ajoute que c'est selon lui à la Cour de justice qu'il reviendra cas échéant de mettre en œuvre une nouvelle expertise judiciaire « en vertu du principe inquisitoire et du besoin de clarifier les aspects médicaux du cas ».

EN DROIT

1. À teneur de l'art. 89I al. 2 et 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), l'art. 61 let. i LPGA est applicable pour les causes visées à l'art. 134 al. 1 LOJ et l'art. 80 LPA pour les causes visées à l'art. 134 al. 3 LOJ. Cependant, la LPGA renvoyant au droit cantonal s'agissant de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans toutes les hypothèses.

Aux termes de cet article, il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît :

- a) qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision ;
 - b) que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente ;
 - c) que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce ;
 - d) que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel ;
 - e) que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées.
2. Conformément à l'art. 89B al. 1 LPA - auquel renvoie l'art. 89I de la même loi -, la demande doit comporter un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués et des conclusions.

S'agissant plus spécifiquement d'une demande de révision, l'art. 81 al.1 LPA ajoute que celle-ci doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision. Elle doit indiquer le motif de révision et contenir les conclusions du requérant pour le cas où la révision serait admise et une nouvelle décision prise (al. 3).

3. En l'occurrence, il convient en premier lieu d'examiner la recevabilité de la demande de révision, contestée par l'intimée.

Certes, le courrier adressé par l'assuré à la Cour de céans le 11 avril 2018 ne remplit pas les conditions énoncées supra. En revanche, il a été complété en date du 11 juin 2018 par un courrier plus conséquent, relatant les faits de la procédure et auquel était surtout joint un document émanant du médecin de l'assuré, dans lequel le praticien demande expressément à ce que l'assurance-invalidité revienne sur sa position au vu des reproches faits à la Clinique Corela et relate que son patient sollicite l'octroi d'une rente de 80% au moins.

Dès lors, dans la mesure où cette écriture a été déposée moins de trois mois après que l'assuré a eu connaissance du retrait de l'autorisation de pratiquer à la Clinique par le biais des informations publiées par le quotidien genevois le 20 mars 2018, le requérant a respecté le délai prévu par l'art. 81 al. 1 LPA. La demande en révision est donc recevable.

4. À l'appui de sa demande de révision, le demandeur invoque les reproches qui ont été faits à la Clinique Corela, dont son médecin rappelle que le rapport lui a été très défavorable et que c'est sur cette base que l'OAI et la Cour se sont fondés pour statuer.

Dans son arrêt 2C_32/2017 cité supra, le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du "département expertise" de la Clinique avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existait ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui, au demeurant, facturaient d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité pouvaient avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de l'institution de santé, en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne - responsable médical du "département expertise" - avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le "département expertise" n'était pas contraire au droit (consid. 6 et 7 de l'arrêt cité).

Dans un arrêt récent (9F_5/2018 du 16 août 2018), le Tribunal fédéral a répété qu'en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b p. 159). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que les manquements constatés au sein du "département expertise" dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la Clinique Corela soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 consid. 7.1) et portaient

atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (voir aussi arrêt 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267 ; 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence ; arrêt 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2).

En l'occurrence, l'expertise rendue le 3 septembre 2014 au sein de la Clinique Corela, sur laquelle se sont fondés tant l'OAI que la Cour de céans a été réalisée à une époque où le responsable médical du "département expertise" modifiait illicitement le contenu de rapports. En conséquence, cette expertise ne peut servir de fondement pour statuer sur le droit du demandeur aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance au rapport du 3 septembre 2014, établi sous l'enseigne de la Clinique Corela (cf. arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2). Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du "département expertise" de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, SUSANNE LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65ème anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438).

Il ressort de ce qui précède que les faits en cause sont de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt dont la révision est demandée, dès lors que, eussent-ils été connus de l'OAI et de la Cour de céans, ils auraient conduit ceux-ci à donner une autre issue au litige, singulièrement à nier que l'expertise pût servir de fondement pour le refus de prestations. Il s'impose dès lors d'annuler l'arrêt rendu le 22 décembre 2016 par la Cour de céans et de renvoyer la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision portant sur la période postérieure au 31 mars 2008. En effet, la seule expertise du Dr B_____ ne suffit pas pour se déterminer en l'occurrence puisqu'elle se limite au seul volet rhumatologique alors même que cet expert dit suspecter des atteintes psychiques et hépatiques. Il conviendra également d'examiner la question des interventions chirurgicales préconisées par cet expert, de l'amélioration qu'elles seraient

susceptibles d'apporter en termes de capacité de travail et, en définitive, leur exigibilité sous l'angle de l'obligation de l'assuré de réduire le dommage.

D'après la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il n'en va autrement que lorsqu'un tel renvoi constitue en soi un déni de justice ; cela peut être le cas notamment lorsque, en raison des circonstances, un simple mandat d'expertise judiciaire ou une mesure d'instruction ponctuelle édictée par le juge suffirait à élucider l'état de fait, ou qu'un renvoi apparaîtrait disproportionné (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

On relèvera à cet égard que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 6 août 2018 mentionné supra, a d'ailleurs renvoyé la cause pour instruction complémentaire à l'autorité administrative et non au tribunal cantonal.

Compte tenu de la nouvelle issue du litige, les frais de justice doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 LTF).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

A la forme :

1. Déclare la demande de révision recevable.

Statuant sur révision

2. L'admet et annule l'arrêt rendu le 22 décembre 2016, ATAS/1116/2016.

Cela fait et statuant à nouveau :

3. Admet partiellement le recours interjeté par l'assuré contre les décisions de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 11 janvier 2016 au sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision concernant la période postérieure au 31 mars 2008.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le