

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1685/2018

ATAS/392/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt en révision du 7 mai 2019

2^{ème} Chambre

Monsieur A_____, à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES

demandeur
en révision

contre

**ARRÊT DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES DU
11 AVRIL 2017, ATAS/279/2017**

dans la cause A/3608/2016 opposant

Monsieur A_____, à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES

à

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON
DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

défendeur en
révision

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en 1989, a accompli un apprentissage d'employé de commerce de 2006 à 2009, au terme duquel il a obtenu un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC). En juin 2010, il a rejoint la société B_____ SA à plein temps, en qualité de *trust assistant*. Son revenu annuel s'élevait à CHF 71'053.- dès 2011.
2. La doctoresse C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a attesté une incapacité de travail de 50 % du 10 août au 14 décembre 2010.
3. Le 15 décembre 2010, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale en vue de la stabilisation de son épaule droite, réalisée par le Professeur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Ce dernier a attesté d'une incapacité de travail totale du 15 décembre 2010 au 31 janvier 2011.
4. La Dresse C_____ a établi des certificats d'incapacité de travail de 50 % du 1^{er} au 20 février et du 7 mars au 30 avril 2011.
5. Dans son rapport du 11 mai 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a noté que l'assuré présentait depuis 2003 des douleurs au niveau de l'épaule droite, dans un contexte de pratique intensive du tennis. Les douleurs s'étaient progressivement étendues au rachis. L'assuré décrivait des douleurs dans toute la colonne, avec irradiation au niveau de la nuque et de la base du crâne, de la ceinture scapulaire et du membre inférieur droit. Il se plaignait également de troubles du sommeil et d'une fatigue importante. La stabilisation chirurgicale n'avait pas eu grand effet sur la symptomatologie douloureuse. L'assuré avait subi de nombreux examens complémentaires, toujours dans la limite de la norme, qui ne permettaient pas d'expliquer clairement sa symptomatologie. Le médecin n'avait pas de traitement antalgique à proposer. Il avait mis en garde l'assuré contre les risques liés aux abus médicamenteux, notamment de benzodiazépines, et l'avait encouragé à retrouver au plus vite une activité professionnelle.
6. L'assuré a déposé une demande de prestations reçue par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou le défendeur) le 8 juin 2011. Il a invoqué des douleurs chroniques persistantes à la nuque, aux épaules et au dos depuis plusieurs années.
7. Dans son courrier du 14 juin 2011, la Dresse C_____ a indiqué que l'assuré la consultait depuis 2002, se plaignant de douleurs chroniques de l'épaule droite. Les divers examens n'avaient pas amené d'explications à ses douleurs. Il lui avait été conseillé de consulter un psychiatre. Pour soulager ses douleurs, il avait tendance à abuser des benzodiazépines.
8. Dans son rapport du 14 juillet 2011, la Dresse C_____ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : luxation récidivante à l'épaule droite,

stabilisation de l'épaule droite depuis le 15 décembre 2010, et douleurs diffuses musculo-squelettiques depuis 2002. Elle a fait état de douleurs de l'épaule droite sur instabilité, d'hyperlaxité ligamentaire et de douleurs diffuses musculaires et rachidiennes, sans substrat clinique. Le pronostic était bon. Sur le plan psychiatrique, un sevrage médicamenteux était programmé. S'agissant de l'incapacité de travail et de l'activité exigible, elle a suggéré à l'OAI de s'adresser au psychiatre de l'assuré. La reprise d'une activité professionnelle était envisageable après le traitement psychiatrique. Cela étant, l'assuré, exerçant une activité informatique, ne présentait pas de restriction physique, hormis le port de charges, limitées à 10 kg.

9. Dans son rapport du 10 août 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble psychiatrique depuis 2004. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une atteinte de l'épaule droite depuis 2003. Le traitement actuel consistait en la prise d'anxiolytiques. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les activités uniquement en position assise ou debout, exercées principalement en marchant sur un terrain irrégulier, et le travail avec les bras au-dessus de la tête. S'agissant de la capacité de travail et de la reprise d'une activité professionnelle, le médecin a renvoyé l'OAI à s'adresser au psychiatre traitant et à la Dresse C_____.
10. Dans son rapport du 28 août 2011, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de phobie sociale (F 40.1), d'anxiété généralisée (F 41.1) et de trouble somatoforme persistant (F 45.4), depuis 2006. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était la dépendance aux benzodiazépines (F 13) depuis 2009. L'assuré n'arrivait plus à assumer son travail depuis plusieurs mois. Tous les signes d'une anxiété généralisée étaient présents, soit une anxiété flottante, des tensions musculaires, des palpitations, un étourdissement, il se faisait du souci et attendait des malheurs divers. Il existait également une phobie sociale (crainte d'être exposé à l'observation attentive d'autrui, rougissements, baisse de l'estime de soi). Ces troubles rendaient le trouble douloureux persistant incapacitant. Comme les atteintes évoluaient sans amélioration depuis plusieurs années, il existait un état dépressif réactionnel, actuellement d'intensité moyenne. L'assuré allait prochainement suivre un sevrage des benzodiazépines. Son incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} mai 2011. Une reprise de l'activité professionnelle était envisageable à 50 %, mais pas avant six à neuf mois. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées.
11. Dans son rapport du 7 décembre 2011, la Dresse G_____ a noté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Elle a confirmé les diagnostics précédemment posés et a indiqué que le sevrage des benzodiazépines avait beaucoup avancé. Une thérapie comportementale était en cours, et l'assuré prenait des médicaments. Les limitations fonctionnelles étaient l'anxiété dans les relations, la fatigue, la tension

constante et le trouble de l'attention et de la mémoire. La capacité de travail était nulle dans toute activité. Une reprise du travail serait probablement possible au courant du printemps 2012, mais la thérapie comportementale devait au préalable porter ses fruits.

12. Le 20 juin 2012, la Dresse G_____ a rapporté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il était sevré des benzodiazépines. Il rencontrait des difficultés à sortir de la maison et manifestait des tendances persécutives. L'incapacité de travail totale dans toute activité perdurait. L'examen clinique était plus préoccupant que les plaintes. De nouvelles investigations devaient être proposées, en raison d'un éventuel trouble psychotique débutant.
13. Dans son rapport du 5 février 2013, la Dresse G_____ a qualifié l'état de santé de l'assuré de stationnaire. Les diagnostics ne s'étaient pas modifiés. L'assuré manquait de motivation, son anxiété était constante et s'aggravait lorsqu'il sortait de la maison ou se retrouvait dans la foule. Il avait de la peine à supporter le regard d'autrui. Sa capacité de travail restait nulle dans toute activité.

L'assuré remplissait tous les critères diagnostiques d'une phobie sociale : il craignait d'être exposé à l'observation avec évitement des situations sociales. Sortir de la maison exigeait un effort important. Chaque confrontation au regard d'autrui générait un sentiment d'inconfort et tendait à augmenter les douleurs. Il était confronté à une tension musculaire constante. Il présentait également une anxiété généralisée. Il se faisait du souci pour toutes les tâches de la vie, même minimales, avec anticipation négative, ce qui l'amenait à être rapidement fatigué et sans énergie. Progressivement étaient apparues des humeurs abattues et moroses, des anxiétés, puis des insomnies rebelles et des idées suicidaires, ce qui témoignait d'un tableau d'état dépressif moyen. Il était devenu progressivement dépendant aux benzodiazépines vers 20 ans. La prise en charge initiale avait consisté en un sevrage et en l'introduction d'une médication à visée antidépressive, antalgique et anxiolytique. Le traitement antidépresseur n'avait pas permis d'éradiquer l'état dépressif. Le Lyrica® et le Seroquel®, à l'origine d'une sédation trop importante, d'une aboulie et de difficultés de plus en plus grandes à mener à bien les tâches de la vie quotidienne, avaient dû être interrompus. Une prise en charge comportementale avait permis d'aider l'assuré à mieux gérer ses symptômes d'anticipation négative, mais ne s'était pas révélée aussi bénéfique qu'attendu. Il avait une énorme difficulté à assumer les petites tâches de la vie quotidienne, telles que sortir la poubelle, et son rythme nyctéméral se dégradait de plus en plus, tendant vers l'inversion.

L'humeur était médiocre. L'assuré était souvent triste, avec un taux d'énergie abaissé et la nécessité de se reposer très fréquemment dans la journée. Ses idées suicidaires étaient toujours présentes et fluctuantes. Il avait perdu 8 kg au cours des six derniers mois. Il parlait peu. Son focus mental était rétréci autour de ses problématiques. Les douleurs étaient toujours présentes à la nuque, aux épaules et

au dos, malgré un massage régulier.

Le pronostic était sombre. L'évolution était lente.

14. Dans son rapport du 31 juillet 2013, la Dresse G_____ a noté que l'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire. Il avait subi une rechute en lien avec l'abus des benzodiazépines. Sa capacité de travail était de 25 % dans toute activité. La reprise d'un travail était souhaitable, mais il était très difficile de se prononcer à ce sujet. L'assuré devait passer par un réentraînement au travail.

La psychiatre a joint les documents suivants :

- résumé de séjour des HUG du 28 octobre 2011 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 31 août au 27 septembre 2011 pour un sevrage de benzodiazépines et l'introduction d'un traitement anxiolytique ;
- lettre de sortie des HUG du 30 décembre 2011 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 13 au 20 décembre 2011 pour une évaluation thymique et une adaptation du traitement anxiolytique dans un contexte de recrudescence d'une symptomatologie anxio-dépressive.

15. Du 19 janvier au 31 juillet 2015, l'assuré a travaillé dans une étude d'avocats dans le cadre d'un contrat de travail de durée déterminée.

16. 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 (ci-après : DEAS) a retiré à la Clinique Corela, active notamment dans les expertises médicales, l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois.

Cette sanction faisait suite à la dénonciation de cette clinique à la Commission genevoise de surveillance des professions de la santé et des droits des patients par un des experts qui y était actif. Ce dernier avait constaté qu'onze de ses rapports avaient fait l'objet de modifications importantes sans son accord par le responsable du département « Expertises » dès 2010.

La Clinique Corela a interjeté recours contre cet arrêté auprès de la chambre administrative de la Cour de justice du canton de Genève, qui le rejettera par arrêt du 15 novembre 2016 (ATA/967/2016), puis auprès du Tribunal fédéral.

17. L'OAI a mis en œuvre une expertise orthopédique, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, attribuée aléatoirement par le système SuisseMED@P à la Clinique Corela, ce dont il a informé l'assuré par communication du 20 août 2015.

18. L'assuré a été examiné en septembre et octobre 2015 par les docteurs H_____, chirurgien orthopédique du membre supérieur, I_____, rhumatologue, et J_____, psychiatre, tous experts auprès de la Clinique Corela. Ces examens ont été complétés par un avis de médecine interne du docteur K_____.

Dans leur rapport du 9 mai 2016, les experts ont notamment résumé le dossier de l'assuré et relaté ses plaintes. La description de sa vie quotidienne démontrait l'absence de réelle altération des relations sociales. Lorsqu'il travaillait, il ne

rencontrait pas de problèmes de concentration, en dépit des douleurs. Il pouvait travailler et lire les actualités sur son ordinateur. Il lui était difficile de maintenir une position assise prolongée, car il ne pouvait se concentrer sur son ordinateur trop longtemps en raison de la nécessité de masser son épaule et son bras droits. Il souhaitait reprendre un travail à 50 %, estimant ce taux idéal en raison de sa fatigue et de ses douleurs. Sa dernière activité auprès d'une étude d'avocats lui avait procuré « beaucoup plus de tonus », ainsi qu'un rythme dans sa vie, ce qui permettait de retisser un tissu social. L'ambiance et le cadre de travail étaient favorables et n'avaient pas occasionné une anxiété significative.

Sous l'angle somatique, les experts ont conclu à une laxité capsulo-ligamentaire inférieure de l'humérus. L'opération du 15 décembre 2010 avait été efficace sur l'instabilité, mais pas sur la douleur. Les algies n'étaient ni systématisées ni spécifiques. Elles n'étaient pas liées à une instabilité résiduelle et ne correspondaient à aucune pathologie spécifique de l'épaule. Elles ne s'étaient pas améliorées grâce aux traitements habituels. Leur origine n'était certainement pas ostéo-articulaire. La lésion de l'épaule n'avait jamais été à l'origine de limitations, sauf du 14 décembre 2010 au 31 janvier 2011, en raison de l'intervention. Du 1^{er} au 20 février 2011, les limitations fonctionnelles concernaient le travail du membre supérieur droit au-dessus de la ligne des épaules, le port de charges lourdes et les mouvements de traction avec le bras droit, lesquels n'étaient toutefois pas exigés dans le métier de l'assuré. La laxité inférieure constatée à l'examen clinique n'engendrait aucune répercussion fonctionnelle. Au-delà du 21 février 2011, aucune limitation ne pouvait plus être retenue. Quant à la capacité de travail en lien avec l'atteinte à l'épaule, les experts ont considéré qu'elle avait toujours été entière sans baisse de rendement. Le travail de l'assuré était de type administratif et ne nécessitait pas l'utilisation de l'épaule droite avec force, encore moins en rotation et en abduction. L'assuré se plaignait également de douleurs du rachis cervical et des côtes, non corroborées par un substrat organique, ce qui renvoyait plutôt à l'éventualité d'une composante psychogène. Ces douleurs ne justifiaient aucune incapacité de travail durable, et l'incapacité de travail attestée au-delà du 30 avril 2011 relevait de la sphère psychiatrique.

Du point de vue psychique, les experts ont notamment retenu des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, en rémission partielle. La symptomatologie anxieuse justifiant la prescription de benzodiazépines n'expliquait pas leur consommation excessive. L'assuré n'avait pas rapporté de rechute en lien avec la consommation de benzodiazépines, contrairement à ce qui ressortait des rapports de sa psychiatre. Une incapacité de travail totale était attestée pour les deux périodes d'hospitalisation, soit du 31 août au 27 septembre 2011 et du 13 au 20 décembre 2011. En dehors de ces deux périodes, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue. En effet, la dépendance avait toujours été primaire et l'assuré disposait des capacités nécessaires pour comprendre la nécessité de réduire sa

consommation. D'autre part, la Dresse G_____ n'avait pas retenu le caractère incapacitant du syndrome de dépendance.

L'assuré a déclaré qu'il se sentait moins anxieux que dans le passé. Il mettait les troubles anxieux en lien avec la période scolaire, durant laquelle il avait subi des moqueries à cause de ses cheveux roux. Ces troubles s'étaient progressivement amendés. Lors de l'expertise, rien n'évoquait un trouble anxieux spécifique. Au moins quatre symptômes physiques d'anxiété n'étaient pas apparus (attaques de panique, préoccupations excessives pour des problèmes sans importance, symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif avec des pensées intrusives ou des comportements compulsifs, phobie simple). Si l'assuré se faisait du souci en août 2011 et attendait des malheurs divers, ses craintes étaient liées à la peur d'être moqué en raison de ses cheveux. Il s'agissait d'une forme de tension et d'inquiétude, et non d'une anxiété généralisée. La crainte d'être exposé au regard d'autrui était présente de manière très marquée jusqu'en 2010-2011. La crainte dans les situations sociales induisait des symptômes tels que rougissements, tachycardie, palpitations, transpiration, sensation d'avoir la bouche sèche, respiration difficile et sensations d'étourdissement, qui étaient retrouvés lors de l'expertise. Les experts ont retenu le diagnostic de status après phobies sociales. Ce trouble anxieux phobique avait totalement pris fin en 2010-2011, et l'exposition au regard d'autrui n'était plus significativement problématique. En 2013, le dossier faisait mention d'une anxiété constante, aggravée dans la foule. Toutefois, aucun élément en faveur d'une agoraphobie n'était relevé et ce diagnostic n'avait jamais été posé par la psychiatre traitant. Il existait une articulation entre les algies et l'anxiété, le syndrome douloureux ayant pu participer aux difficultés à sortir du domicile. L'assuré rapportait également que depuis l'instauration de l'Effexor®, l'anxiété s'était améliorée. Le diagnostic d'anxiété généralisée était écarté car les divers signes anxieux sur la base des données anamnestiques ne répondaient pas aux critères diagnostiques.

L'anxiété dans la sphère sociale pouvait avoir un impact dans le cadre d'une profession au contact des clients, mais pas dans un poste en back-office tel que celui d'assistant administratif. L'assuré avait achevé son apprentissage avec succès, et il avait pu conserver ses différents postes par la suite sans difficultés sur le plan anxieux, ce qui confirmait l'absence de limitations fonctionnelles en lien avec les phobies sociales. Les difficultés manifestées sur le plan professionnel étaient attribuées au plan douloureux. Sa dernière expérience d'assistant administratif entre janvier et juillet 2015 s'était bien déroulée et il n'avait rencontré aucune difficulté sur le plan interpersonnel. Selon les experts, les phobies sociales n'avaient jamais été incapacitantes dans l'activité habituelle, à condition de l'exercer dans un poste en back-office et non en contact avec la clientèle. Le taux d'incapacité de travail pour ce diagnostic devait être nul dans toute activité, sans baisse de rendement.

L'examen clinique de la dépression montrait que l'assuré ne présentait pas de

tristesse, mais davantage une inquiétude pour l'avenir. Depuis l'introduction de l'Effexor®, la tristesse avait évolué favorablement. L'assuré s'occupait du petit enfant d'une amie, il voyait ses amis et entretenait une bonne relation avec sa famille. Sa dernière expérience dans une étude d'avocats avait été très agréable. Ainsi, une diminution de l'intérêt et du plaisir n'était pas retenue. L'aboulie avait disparu. La confiance et l'estime étaient un peu altérées, ce qui était réactionnel à la situation d'inactivité professionnelle. La concentration était décrite comme globalement bonne, mais les douleurs engendraient une certaine difficulté de concentration en cas de poussées algiques. Les experts ont également écarté le diagnostic d'épisode dépressif et de trouble dépressif récurrent car deux des trois critères majeurs de la dépression faisaient défaut.

Concernant le syndrome somatoforme douloureux persistant, l'assuré déclarait des douleurs depuis l'âge de 13 ans, qu'aucune atteinte organique objectivable n'expliquait. Il présentait un sentiment persistant de détresse. Il avait consulté un nombre important de médecins et thérapeutes. Les experts ont ainsi retenu un possible syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic n'entraînant toutefois pas de limitations. En effet, l'état psychique n'était pas cristallisé. En outre, aucun diagnostic n'interférait avec la faculté à surmonter les douleurs. L'assuré évoquait une certaine amélioration du traitement antidépresseur, de sorte qu'il ne pouvait être considéré inefficace. L'assuré s'entretenait régulièrement avec certains amis, et sortait régulièrement dans des bars, au cinéma ou au restaurant, il se rendait également au fitness.

Les experts ont posé les diagnostics suivants : possible syndrome douloureux somatoforme persistant ; status après troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, en rémission partielle ; et status après phobies sociales.

Aucune incapacité de travail ne pouvait être attestée en dehors des périodes suivantes : 50 % dès le 10 août 2010 ; 100 % du 14 décembre 2010 au 31 janvier 2011 ; 50 % jusqu'au 20 février 2011, en lien avec les suites opératoires de l'épaule droite ; 50 % du 7 mars au 5 avril 2011 ; 100 % du 6 au 30 avril 2011 dans le cadre des investigations des plaintes douloureuses ; et 100 % du 31 août au 27 septembre 2011 puis du 13 au 20 décembre 2011 durant les deux séjours hospitaliers pour sevrage aux benzodiazépines.

19. Dans son avis du 12 juillet 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise, qu'il considérait convaincante.
20. Dans un projet de décision du 14 juillet 2016, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 13.12 %, ce qui résultait de la comparaison entre le dernier revenu réalisé de CHF 71'053.- et le salaire d'un homme réalisant des activités simples et répétitives

dans une activité de niveau 1, tous secteurs confondus (total) selon l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS), 2010, tableau T1, indexé à l'année 2011, soit CHF 61'733.-. Ce taux était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à un reclassement.

21. Dans un rapport du 3 août 2016, la Dresse G_____ a indiqué que l'assuré avait pu travailler à 100 % dans une mission à durée limitée du 19 janvier au 31 juillet 2015. Durant cette période, les éléments de déconditionnement avaient rapidement évolué favorablement, mais ce n'était pas le cas des autres symptômes tels qu'accentuation des douleurs, problématiques anxieuses et incapacité quasiment complète à mener une vie sociale en dehors du travail. Six mois représentaient la durée maximale d'activité, car la recrudescence symptomatique était devenue préoccupante à la fin de la mission. L'assuré avait accepté ce contrat à 100 % faute d'avoir trouvé un emploi à 50 %, taux qui correspondait à sa capacité de travail réelle. Dite capacité était ainsi de 50 % du 4 décembre 2013 au 18 janvier 2015, de 100 % du 19 janvier au 31 juillet 2015 et à nouveau de 50 % depuis le 1^{er} août 2015.
22. Par décision du 22 septembre 2016, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
23. L'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a pour l'essentiel formulé des griefs au sujet du volet psychiatrique de l'expertise de la Clinique Corela, concluant notamment à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, rhumatologique et psychiatrique, et à l'octroi d'une demi-rente et de mesures professionnelles, notamment un reclassement.
24. Par arrêt du 11 avril 2017 (ATAS/279/2017), la chambre de céans a partiellement admis le recours et a octroyé une rente entière à l'assuré du 1^{er} décembre 2011 au 31 mars 2014 et une demi-rente du 1^{er} avril 2014 au 30 avril 2015.

Analysant la valeur probante de l'expertise de la Clinique Corela, elle s'est en substance ralliée à l'avis des experts s'agissant de son volet somatique et aux incapacités de travail admises pour les diagnostics de ce registre, dès lors qu'elles concordaient avec celles établies par les médecins traitants de l'assuré. Sur ce point, elle s'est en effet référée aux rapports des Drs E_____, C_____ et F_____, en rappelant notamment que les deux derniers cités avaient renvoyé à l'appréciation de la psychiatre s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. La chambre de céans a ainsi considéré que l'assuré présentait une pleine capacité de travail au plan somatique dès le 21 février 2011, hormis pour les périodes du 7 mars au 5 avril 2011 et du 6 au 30 avril 2011.

Sous l'angle psychiatrique, l'analyse des experts s'agissant des diagnostics en lien avec le status après recours à l'alcool et aux anxiolytiques n'apparaissait pas critiquable. En revanche, l'exclusion d'autres diagnostics psychiques, non objectivés au jour de l'expertise, n'était pas bien motivée ou non convaincante s'agissant de la période entre mai 2011 et juillet 2013. En effet, en ce qui concernait l'anxiété généralisée, les experts l'écartaient en faveur d'un status après

troubles anxieux phobiques depuis 2010-2011. Or, les experts n'avaient pas pris en compte l'ensemble des symptômes présentés par l'assuré entre 2011 et 2013. Ils n'expliquaient pas pourquoi les phobies sociales excluait la reconnaissance de l'anxiété généralisée, puisque la peur de l'assuré n'était pas limitée aux interactions sociales, mais comportait une part non négligeable de douleurs. Ils n'avaient pas non plus exposé les raisons pour lesquelles ils estimaient que la symptomatologie anxieuse, justifiant la prescription de benzodiazépines, n'expliquait pas la consommation excessive de ces médicaments.

S'agissant du trouble dépressif, les experts avaient procédé à une lecture tronquée du dossier. Rappelant la fatigue, la tension constante, les troubles de l'attention et de la mémoire, les humeurs abattues et moroses, les insomnies rebelles, les idées suicidaires ainsi que la perte pondérale rapportés par la Dresse G_____ chez l'assuré, la chambre de céans en a inféré que ce dernier avait bien présenté des symptômes dépressifs entre 2011 et 2013.

Par ailleurs, la récente jurisprudence établissant de nouveaux indicateurs d'analyse du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux s'appliquait au cas d'espèce. Partant, la chambre de céans a procédé à l'examen de ces nouveaux indicateurs. Dans ce cadre, elle a notamment relevé que l'assuré souffrait de douleurs sans atteinte organique objectivable. Depuis la prise du traitement médical, il avait rapporté une amélioration de son état anxieux et ne présentait pas de limitations. Sur ce point, elle s'est référée aux constats des experts pour conclure à l'absence de retrait social et à des ressources personnelles préservées. En outre, l'assuré avait pu travailler à plein temps pendant six mois entre janvier et juillet 2015, et trois signes de Waddell avaient été retrouvés lors de l'examen, ce qui indiquait une majoration partielle des plaintes douloureuses. Il existait ainsi une discordance entre le discours relatif aux limitations perçues et la capacité de travailler à plein temps. Partant, la chambre de céans a considéré que les conclusions des experts n'apparaissaient pas critiquables en tant qu'elles portaient sur l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise. En revanche, leur appréciation, selon laquelle ce trouble n'avait jamais été incapacitant, ne pouvait être suivie pour la période de 2011 à 2013. Elle n'était en effet pas motivée. Compte tenu de l'échec des divers traitements préconisés en dépit de l'attitude coopérative de l'assuré, il y avait lieu de retenir, à l'instar de la Dresse G_____, que l'assuré, atteint d'une anxiété généralisée, d'une dépression et de phobies sociales, qui s'ajoutaient au syndrome somatoforme persistant, était entravé dans l'accomplissement d'une activité lucrative durant cette période.

S'agissant de la capacité de travail en lien avec les diagnostics d'ordre psychique, la chambre de céans s'est référée aux taux rapportés par la Dresse G_____, soit une incapacité totale dans toute activité depuis le 1^{er} mai 2011 et de 75 % dès juin 2013. Au-delà de cette date, la chambre de céans ne disposait pas de rapports médicaux, hormis l'expertise concluant à une amélioration de l'état de santé au jour de l'examen. En effet, l'assuré venait d'achever une mission de durée

déterminée qu'il avait appréciée. Le rapport de la Dresse G_____ du 3 août 2016, établi pour les besoins de la cause, devait être considéré avec réserve. En effet, la capacité de travail, jugée totale pendant la durée du contrat de travail et abaissée à 50 % le lendemain de la fin des rapports de service, n'emportait pas la conviction de la chambre de céans.

Eu égard à l'appréciation des différents rapports médicaux à laquelle elle a procédé, la chambre de céans a conclu que la capacité de travail de l'assuré dans toute activité avait évolué comme suit : 50 % du 10 août 2010 au 13 décembre 2010, 0 % du 14 décembre 2010 au 31 janvier 2011, 50 % du 1^{er} au 20 février 2011, 100 % du 21 février au 6 mars 2011, 50 % du 7 mars au 5 avril 2011, 0 % du 6 avril 2011 au 31 mai 2013, 25 % du 1^{er} juin au 3 décembre 2013, 50 % du 4 décembre 2013 au 18 janvier 2015, puis 100 %. Son degré d'invalidité se confondait avec cette incapacité. Une rente lui serait octroyée six mois après le dépôt de sa demande, laquelle était tardive. Dès le 1^{er} avril 2014, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain, survenue le 4 décembre 2013, il avait droit à une demi-rente. Ce droit s'éteignait le 1^{er} mai 2015, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 19 janvier 2015.

Compte tenu de la pleine capacité de travail dans toute activité dès le 19 janvier 2015, des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas nécessaires.

Faute de recours, cet arrêt est entré en force.

25. Par arrêt du 22 décembre 2017 (2C_32/2017), le Tribunal fédéral a confirmé le bien-fondé du retrait pour trois mois par le DEAS de l'autorisation d'exploiter une institution de santé en tant qu'il visait les départements « Psychiatrie » et « Expertise » de la Clinique Corela.
26. Par arrêté du 21 février 2018, publié à la même date dans la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève, le DEAS a retiré l'autorisation d'exploiter une institution de santé à la Clinique Corela pour les départements « Psychiatrie » et « Expertise » du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2018.
27. À la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017, la chambre de céans a publié un communiqué de presse en date du 19 mars 2018, avisant les assurés dont le droit à des prestations avait été nié sur la base d'une expertise effectuée à la Clinique Corela de la possibilité de demander la révision de la décision les concernant.

La presse romande a fait largement état de la sanction prononcée contre la Clinique Corela et a relayé le contenu du communiqué de presse, notamment la Tribune de Genève dans un article publié le 24 février 2018.

28. Le 16 mai 2018, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande de révision. Il a conclu, préalablement, à son audition et à celle de la Dresse G_____, à l'apport

de son dossier auprès des HUG, à la production par les experts de la Clinique Corela de leur autorisation de pratique, et à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, rhumatologique et psychiatrique ; principalement à l'annulation de l'arrêt de la chambre de céans du 11 avril 2017, à ce qu'il soit dit qu'il présente une invalidité d'au moins 50 %, à ce qu'il soit dit qu'il a droit au minimum à une demi-rente, à ce qu'il soit dit qu'il a droit à des mesures professionnelles, notamment des mesures de reclassement, au renvoi de la cause au défendeur pour le calcul d'une rente et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le demandeur a allégué que l'expertise de la Clinique Corela comportait plusieurs incohérences sur le plan psychiatrique, lesquelles avaient été relevées dans l'arrêt rendu par la chambre de céans. Les médecins experts n'étaient du reste pas spécialistes FMH et ne figuraient pas dans la liste des médecins suisses. La Clinique Corela recourait à des médecins qui n'avaient pas d'autorisation de pratiquer. Par ailleurs, son médecin répondant modifiait de manière substantielle le contenu d'expertises psychiatriques à l'insu de leur auteur et ce sans avoir vu les expertisés. Tous ces indices permettaient de mettre en doute la force probante de l'expertise le concernant. Il a en outre formulé plusieurs critiques portant sur son contenu. Certes, la chambre de céans n'avait pas complètement suivi l'expertise de la Clinique Corela pour la période 2011 à 2013, mais elle s'était fondée sur cet élément « pour fixer le taux de capacité réduit du demandeur ». Partant, l'arrêt du 11 avril 2017 devait être annulé et une nouvelle expertise devait être ordonnée.

29. Dans sa réponse du 14 juin 2018, le défendeur a conclu au refus d'entrer en matière sur la demande de révision. Il a soutenu que l'interdiction d'exploiter signifiée à la Clinique Corela portait sur onze expertises réalisées avant l'année 2012, et non sur tous les rapports qu'elle avait rendus. Or, le rapport d'expertise concernant le demandeur ne faisait à sa connaissance pas partie des rapports contestés dans le cadre de la procédure ayant donné lieu à l'arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017. En outre, il n'existait aucun indice permettant d'admettre l'existence de vices formels. Les motifs développés par le demandeur avaient d'ores et déjà été analysés et rejetés par la chambre de céans. Il n'existait aucun motif légal justifiant d'instruire à nouveau le droit aux prestations.
30. Par réplique du 13 juillet 2018, le demandeur a persisté dans ses conclusions, en soulignant que le défendeur n'avait pas la certitude que le rapport de la Clinique Corela le concernant ait fait l'objet de l'arrêt du 22 décembre 2017 du Tribunal fédéral. Il y avait au contraire toutes les raisons de penser que ce rapport faisait partie des expertises litigieuses.
31. Dans sa duplique du 14 août 2018, le défendeur a persisté dans ses conclusions.
32. Par écriture du 6 septembre 2018, le demandeur a invoqué un récent arrêt du Tribunal fédéral admettant que les graves manquements aux devoirs professionnels du responsable du département « Expertises » de la Clinique Corela entachaient la confiance placée dans une expertise psychiatrique confiée à ce département.

33. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au défendeur le 10 septembre 2018.
34. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. ch. de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20).
2. L'art. 61 let. i LPGA dispose que sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 172.021), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment satisfaire aux exigences suivantes : les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Selon l'art. 89I de la loi sur la procédure administrative genevoise (LPA - E 5 10), les demandes en révision sont formées conformément à l'article 89B (al. 1). Est applicable l'art. 61 let. i LPGA pour les causes visées à l'art. 134 al. 1 LOJ (al. 2). Est applicable l'art. 80 pour les causes visées à l'article 134 al. 3 LOJ (al. 3).

Compte tenu du renvoi par la LPGA à la procédure cantonale, il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans tous les cas.

Cette disposition prévoit qu'il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision (let. a) ; que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le demandeur ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente (let. b) ; que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce (let. c) ; que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel (let. d) ; 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 (let. e).

Selon l'art. 81 LPA, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision (al. 1), mais au plus tard dans les dix ans (al. 2). Elle doit en particulier indiquer le motif de révision et contenir les conclusions du requérant pour le cas où la révision serait admise et une nouvelle décision prise.

Lorsque le tribunal estime que le motif de révision est établi, il doit annuler totalement ou partiellement l'arrêt rendu et statuer à nouveau au fond (Benoît BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd. 2015, p. 680).

3. Dans le cas d'espèce, la demande de révision se fonde sur le retrait de l'autorisation d'exploiter prononcé à l'encontre de la Clinique Corela du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2018, relayé par la presse le 24 février 2018.

Cette demande, qui respecte en outre les exigences de forme prévues par la loi, a été formulée dans le délai légal de nonante jours après que le demandeur a eu connaissance des éléments qui la fondent.

Partant, elle est recevable.

4. L'établissement du degré d'invalidité présuppose en particulier une évaluation concrète de l'état de santé physique, mentale ou psychique de l'assuré et de la capacité de travail raisonnablement exigible en résultant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 380/06 du 5 avril 2007 consid. 6.3). Une expertise médicale conduite dans les règles de l'art 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8F_8/2018 du 7 janvier 2019 consid. 2.3.2). Au sujet des manquements reprochés à la Clinique Corela, dont le responsable a modifié des dizaines d'expertises sur des points non négligeables, en particulier des diagnostics, et ce sans avoir vu les assurés et sans l'accord de l'expert, le Tribunal fédéral a confirmé qu'il s'agissait d'un comportement inadmissible et d'un manquement au devoir professionnel (arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.1). Notre Haute Cour a considéré qu'au vu de ces manquements, il n'était pas certain qu'on puisse accorder une pleine valeur probante à une expertise pratiquée au sein de cette clinique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dans un arrêt de principe concernant les rapports établis par la Clinique Corela, elle a rappelé que l'autorité administrative 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) 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. Il n'est ainsi pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2). On peut encore ajouter qu'en réponse à l'interpellation 18.3333 « Affaire Corela. Quelles suites pour les assurés concernés ? » déposée le 16 mars 2018 par la Conseillère nationale Rebecca RUIZ, le Conseil fédéral a exposé dans sa réponse du 16 mai 2018 que l'Office fédéral des

assurances sociales avait suspendu la collaboration avec la Clinique Corela en 2015 déjà, en raison d'indications reçues en dehors de la procédure ayant conduit à l'arrêté du DEAS.

5. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision procédurale d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGa) et de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGa) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références).
6. En l'espèce, il convient en préambule de souligner que les manquements mis à jour au sein de la Clinique Corela constituent des faits nouveaux importants justifiant une révision procédurale lorsque c'est une expertise émanant de ce centre qui fonde une décision niant le droit aux prestations, comme l'a admis le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence. En effet, ces manquements suffisent à susciter de très sérieux doutes quant à la valeur probante des expertises réalisées au sein de cette clinique. La possibilité d'une révision n'est ainsi pas limitée aux procédures en lien avec les onze rapports d'expertise à l'origine de la sanction du DEAS.

Cela étant, dans le cas d'espèce, la chambre de céans s'est écartée de l'expertise de la Clinique Corela s'agissant du droit aux prestations du demandeur jusqu'au 30 avril 2015.

Il faut rappeler que si elle a nié toute affection invalidante au plan somatique, à l'instar des experts, cette conclusion ne repose pas uniquement sur les constatations des médecins de la Clinique Corela mais correspond également à l'appréciation des médecins traitants du demandeur. Ces derniers ont en effet considéré que ses

douleurs ne reposaient pas sur un substrat organique, et ils n'ont pas établi d'incapacité de travail à ce titre, renvoyant à l'évaluation de la psychiatre sur ce point.

Du point de vue psychique, en ce qui concerne la capacité de gain du demandeur jusqu'au 19 janvier 2015, la chambre de céans n'a pas reconnu de valeur probante aux conclusions des experts. Elle s'est au contraire essentiellement fondée sur les rapports de la Dresse G_____, considérant que les symptômes, les diagnostics et les constatations de cette praticienne permettaient de retenir une incapacité de gain – dont le taux avait évolué conformément à ses indications – dans toute activité jusqu'au 18 janvier 2015. S'agissant de la période courant du lendemain au 31 juillet 2015, elle a tenu compte de la reprise d'une activité à plein temps dès le lendemain, laquelle permettait de considérer qu'une amélioration de l'état de santé conduisant à la disparition de l'invalidité était survenue.

L'arrêt du 11 avril 2017 doit ainsi être confirmé en tant qu'il porte sur la période du 1^{er} décembre 2011 au 31 juillet 2015, dès lors qu'il ne se fonde pas sur les conclusions de la Clinique Corela.

En revanche, s'agissant de la période postérieure, bien que la chambre de céans ait procédé à une nouvelle analyse des répercussions du trouble somatoforme douloureux à l'aune des indicateurs désormais applicables, elle s'est référée pour ce faire aux constatations des experts. Elle s'est ralliée à leur opinion pour exclure tout effet incapacitant de cette affection et des autres troubles psychiques après le 19 janvier 2015. Elle a également écarté le rapport de la Dresse G_____ attestant une incapacité de travail de 50 % dès la fin du contrat de travail à durée déterminée, soit dès le 1^{er} août 2015.

Or, en ce qui concerne cette période, force est d'admettre que les manquements entachant l'établissement des rapports d'expertise établis par la Clinique Corela sont de nature à modifier l'arrêt de la chambre de céans. En effet, ces éléments l'auraient conduite à nier la valeur probante de l'expertise réalisée également en tant qu'elle portait sur la capacité de gain dès le 1^{er} août 2015 si elle en avait eu connaissance dans le cadre de la procédure A/3608/2016.

7. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'annuler partiellement l'arrêt de la chambre de céans du 11 avril 2017 (ATAS/279/2017) en tant qu'il nie le droit aux prestations après le 1^{er} août 2015, et de renvoyer la cause au défendeur pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise psychiatrique portant sur la capacité de gain du demandeur dès le 1^{er} août 2015, puis nouvelle décision.

Les mesures d'instruction requises par le demandeur s'avérant inutiles à ce stade eu égard à l'issue du litige, la chambre de céans n'y donnera pas suite.

8. La demande est partiellement admise.

Le demandeur obtenant gain de cause, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), le défendeur supporte l'émolument de procédure de CHF 500.-.

* * * * *

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

Statuant sur révision

1. Déclare la demande de révision recevable.
2. Annule partiellement l'arrêt ATAS/279/2017 rendu le 11 avril 2017 au sens des considérants.

Cela fait et statuant à nouveau :

3. Annule la décision du défendeur du 22 septembre 2016.
4. Dit que le demandeur a droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2011 au 31 mars 2014, et à une demi-rente du 1^{er} avril 2014 au 30 avril 2015.
5. Renvoie la cause au défendeur pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise psychiatrique portant sur l'incapacité de gain du demandeur dès le 1^{er} août 2015 puis nouvelle décision.
6. Condamne le défendeur à verser au demandeur un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge du défendeur.
8. 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 demandeur 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 demandeur, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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