

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/635/2017

ATAS/989/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 octobre 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à THÔNEX,
représenté par l'Association - permanence de défense des patients
et assurés (APAS)

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____1969, originaire du Liban, y a travaillé dans l'import-export et, de 2004 à 2009, comme gérant de boutiques de vêtements en tant qu'indépendant avant son arrivée en Suisse.
2. En mai 2009, l'assuré s'est tordu la cheville gauche en descendant un trottoir.
3. Le 18 janvier 2010, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
4. Dans un bref rapport du 22 septembre 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic d'entorse récidivante de la cheville gauche. Il a constaté Cliniquement une laxité externe, avec un tiroir antéro-postérieur associé et préconisé de la physiothérapie de tonification et une attelle protectrice.
5. Des rapports médicaux ont été versés au dossier, dont il est ressorti en substance que l'assuré se plaignait en outre de lombosciatalgies S1 gauche en corrélation avec une hernie discale persistante ; une aggravation du syndrome radiculaire gauche depuis l'été 2009 a été évoquée en 2011 par le docteur D_____, médecin traitant de l'assuré. Une intervention orthopédique avait été suggérée, à laquelle l'assuré se montrait réticent.
6. En octobre 2013, le médecin traitant a confirmé l'existence d'une hernie discale L5-S1 gauche et fait état par ailleurs d'un trouble anxio-dépressif sévère et d'un délire de persécution. Il a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 15 février 2012.
7. Le cas a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui, le 4 novembre 2013, a préconisé une expertise pluridisciplinaire (orthopédie, rhumatologie et psychiatrie).
8. Le 2 octobre 2015, la plateforme SuisseMED@P a désigné la Clinique Corela.
9. Celle-ci a rendu son rapport en date du 15 juin 2016. Au terme d'un rapport de 111 pages, les experts ont conclu à une incapacité de travail temporaire de 100% du 25 mai au 3 juin 2009 suite à l'épisode d'instabilité de la cheville gauche et à une incapacité de 100% de longue durée, du 15 février 2012 au 31 août 2014, pour motifs psychiatriques. En dehors de ces périodes, ils ont considéré que l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
10. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR, qui a estimé à son tour que l'exercice d'une activité permettant d'éviter travail en hauteur, port de charges lourdes, porte-à-faux lombaire, marche prolongée et stations statiques prolongées était pleinement exigible et ce, depuis le 1^{er} septembre 2014.

11. Par décision du 24 janvier 2017, l'OAI a donc reconnu à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 1^{er} février 2013 au 30 novembre 2014.

12. Par écriture du 23 février 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il conteste les conclusions de l'expertise réalisée par la Clinique Corela en date du 15 juin 2016 et se prévaut de l'avis de son médecin traitant qui, lui, l'estime totalement incapable de travailler depuis mai 2009.

Il sollicite la mise sur pied d'une expertise médicale pluridisciplinaire (orthopédie, rhumatologie et psychiatrie).

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 mars 2017, a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimé fait valoir que le rapport d'expertise de la Clinique Corela du 15 juin 2016 remplit toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

14. Par écriture du 28 juin 2017, le recourant a complété son recours.

Il fait valoir en particulier que l'expertise de la Clinique Corela est inutilement prolix, émaillée de contradictions manifestes et de jugement de valeur.

À l'appui de sa position, il produit un certificat établi le 9 juin 2017 par le docteur E_____, psychiatre, lequel conclut à l'existence d'un probable syndrome psychotique.

15. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 12 octobre 2017, au cours de laquelle a été entendu le Dr E_____.

Celui-ci, qui suit l'assuré depuis le début de l'année 2017, l'a reçu à quatre occasions. Le témoin a indiqué ne pouvoir être catégorique quant au diagnostic mais pencher en faveur d'une maladie psychotique.

Le témoin, qui a eu connaissance de l'expertise de la Clinique Corela, a émis l'avis que celle-ci omettait de manière assez remarquable cet aspect psychotique et ce, alors même que, plusieurs médecins, depuis 2014, ont déjà noté l'existence de tels symptômes (hallucinations, désorganisation des pensées et des actes). Le témoin a dit avoir pu faire des observations analogues, ce qui le conduit à confirmer l'aspect psychotique, voire même schizophrénique, étant précisé que le versant anxio-dépressif de la maladie a tendance à jeter de l'ombre sur l'aspect psychotique en question.

Selon le témoin, aux dires de l'assuré, ces symptômes seraient présents depuis le début de l'âge adulte (20 ans) ; ils l'étaient en tout cas durant son mariage. Il n'a cependant longtemps osé en parler à personne de peur qu'on le prenne pour un fou.

Le témoin a émis l'avis, à la lecture du rapport de la Clinique Corela, que ce qui a été compris comme une attitude distante, voire hautaine, était en réalité une expression du contrôle que l'assuré tente d'exercer sur ces symptômes.

Le témoin a expliqué que s'il n'a reçu l'assuré que quatre fois en 2017, c'est pour des raisons logistiques : le CAPPI des Pâquis - où l'assuré était suivi depuis le printemps 2014 - a fermé, de sorte que le centre où il travaille a été débordé après avoir repris la plupart de ses patients.

Selon le témoin, ce sont les symptômes anxio-dépressifs qui dominent, mais une fois le lien thérapeutique établi, les symptômes psychotiques plus profonds se révèlent et, à son avis, ce sont peut-être même eux qui sont à l'origine du trouble anxio-dépressif. En effet, les hallucinations auditives sont très gênantes, car elles se manifestent sous la forme de voix méchantes, dénigrantes et anxiogènes.

Le témoin a émis l'avis qu'il est possible que les symptômes psychotiques aient été plus ou moins présents au fil du temps : ils ont été notés au dossier par les médecins et il ressort du dossier qu'ils ont été atténués, par moments, par la prise de traitements neuroleptiques. Cette amélioration en elle-même démontre selon lui la corrélation. Ces traitements neuroleptiques n'ont pas été prescrits en continu, notamment parce que les médecins ont changé et parce que certains ont préféré mettre l'accent sur le traitement des symptômes anxio-dépressifs.

L'assuré est très affecté dans sa vie de tous les jours par ses symptômes florides qui l'empêchent de fonctionner de façon équilibrée, ce qui compromet la capacité de travail, sans que le témoin puisse dire à quel point exactement (diminution des capacités d'attention et de concentration, notamment).

Quant au manque de compliance mentionné par les experts, il l'a mis en doute, expliquant que l'on ne peut examiner la question de la compliance que lorsqu'un traitement adéquat a été prescrit sur une longue période, ce qui n'a précisément pas été le cas en l'occurrence, puisque les multiples changements de médecins ont entraîné la discontinuation du traitement neuroleptique.

Interrogé sur le fait que, lors de l'expertise, les symptômes psychotiques sous traitement s'étaient amendés, le témoin a indiqué qu'en principe, cela permet de poser un diagnostic favorable qu'il faut encore vérifier à long terme : en effet, même chez des patients non traités, il peut y avoir des rémissions intermittentes ; il conviendrait dès lors de vérifier l'efficacité à long terme du traitement chez l'assuré et les conséquences en termes de capacité de travail.

Quant à lui, le témoin a dit retenir les diagnostics d'état mixte anxieux et dépressif et de troubles psychotiques non spécifiques (à préciser) et conclure à une incapacité totale de travail.

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 a retiré à la Clinique Corela l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois.

17. 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).

18. 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.

19. Par écriture du 6 mars 2018, le recourant s'est prévalu auprès de la Cour de céans des reproches formulés à l'encontre de la Clinique Corela.

Il s'est déclaré surpris par l'allégation, parue dans la presse, du porte-parole de l'OAI selon laquelle ce dernier aurait renoncé à mandater la Clinique depuis 2008, rappelant que son expertise remontait à juin 2016.

En définitive, le recourant soutient que le rapport de la Clinique ne peut se voir reconnaître aucune valeur probante et sollicite derechef la mise sur pied d'une expertise médicale judiciaire.

20. Par courrier du 28 mars 2018, la Cour de céans a interpellé l'intimé et lui a demandé de se déterminer sur la question de la valeur probante de l'expertise, au vu des enquêtes, mais également des derniers développements concernant la Clinique Corela.

21. Par écriture du 14 mai 2018, l'intimé a campé sur sa position et défendu l'opinion qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas.

Selon lui, le rapport d'expertise, établi en date du 15 juin 2016, ne fait pas partie de ceux contestés dans la procédure ayant donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017. Dès lors, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par la Clinique Corela doit être reconnue.

Quant à la position du Dr E_____, l'intimé relève que si le syndrome psychotique apparaissait des plus probables, il n'est pour l'instant ni objectivé, ni retenu à titre de diagnostic fiable. À cet égard, l'intimé rappelle que les experts de Corela ont clairement écarté le diagnostic de schizophrénie. En définitive, il s'agit simplement d'une appréciation divergente entre médecin traitant et experts.

22. Par écriture du 24 mai 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il s'étonne du refus obstiné de l'intimé de revenir sur l'expertise de la Clinique Corela et estime qu'« au vu de la position catégorique de l'OAI qui fait état d'un parti pris évident à son encontre », il est d'autant plus nécessaire que l'expertise qu'il sollicite soit judiciaire.

À l'appui de sa position, le recourant produit un certificat émanant de la docteure F_____, des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), daté du 4 mai 2018.

Ce médecin, qui le suit depuis novembre 2017 à la consultation de psychiatrie et psychothérapie ambulatoire, décrit un état Clinique instable, avec effondrement thymique, labilité émotionnelle, tension interne, angoisses envahissantes, anxiété palpable, élan vital diminué et idées suicidaires flottantes. Il émet l'avis qu'il s'agit probablement d'un trouble schizo-affectif de type dépressif, en lien avec des symptômes schizophréniques et des symptômes dépressifs coexistant au premier plan et que l'incapacité de travail est totale.

23. Par écriture du 11 octobre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

La compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà de la période pour laquelle il a obtenu gain de cause, en particulier sur son degré d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

7. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En l'espèce, le recourant nie toute valeur probante à l'expertise de la Clinique Corela, sur laquelle l'intimé s'est fondé pour statuer sur son cas.

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 15 juin 2016 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 15 juin 2016, 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, quoi qu'en dise l'intimé, aucune valeur probante ne peut être reconnue à l'expertise sur laquelle il s'est fondé pour statuer. Au vu des circonstances, l'expertise ne saurait servir de fondement pour le refus de prestations. Il s'impose dès lors d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. En effet, en l'état, le dossier ne contient aucun autre document médical suffisamment étayé pour permettre de se déterminer sur les atteintes de l'assuré et leur impact sur sa capacité de travail.

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). Tel n'est pas le cas en l'occurrence.

On relèvera d'ailleurs à cet égard que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 6 août 2018 mentionné supra, a renvoyé la cause pour instruction complémentaire à l'autorité administrative et non au tribunal cantonal. Dans la mesure où l'instruction doit être reprise quasiment intégralement, on ne saurait en effet priver l'assuré d'un degré de juridiction. Quant aux supposées préventions de l'intimé à son encontre, elles n'ont pas lieu d'être puisque ce sont d'autres experts, et non l'intimé, qui seront appelés à examiner la situation à nouveau.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 24 janvier 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
7. 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