

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Berthoud et Riesen, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 61 let. i LPGA

E n f a i t :

A. C._____ a déposé une demande de prestations AI le 11 juillet 2013 en faisant valoir une incapacité totale de travail à compter du 29 février 2012.

Par projet de décision du 24 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit aux prestations AI, dans la mesure où elle conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans longs déplacements, sans marche en terrain accidenté et sans station debout prolongée et ce dès septembre 2013. Après examen des objections de l'assurée, l'OAI a confirmé son projet par décision du 5 mars 2015 et refusé le droit aux prestations AI de l'assurée dès septembre 2013.

B. Statuant le 4 avril 2017 sur le recours formé par l'assurée contre cette décision (AI 103/15 - 112/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a débouté l'assurée, considérant en particulier que l'intimée avait retenu à juste titre une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Elle a en substance constaté les faits suivants :

a) C._____, née en ... 1961, en Suisse depuis 1989, titulaire d'un permis C, est mariée et mère de deux enfants nés en ...]1990 et ...]1991. Sans formation, elle a travaillé depuis août 2000 comme ouvrière en blanchisserie. Le 4 février 2005, elle a glissé et s'est tordue la cheville gauche en sortant de sa baignoire. Selon les déclarations de l'assurée du 13 mars 2013 à un inspecteur de la CNA, sa cheville ne l'a jamais laissée tranquille depuis 2005.

Selon les documents au dossier d' [...], assurance d'indemnité journalière collective, en particulier le rapport du 2 avril 2012 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assurée avait totalement cessé son activité le 2

mars 2012. Le 3 avril 2012, le Dr V._____ a fait savoir à [...] que sa patiente présentait une ostéochondrite supéro-interne de l'astragale avec un important œdème osseux et une chondropathie à gauche ; l'incapacité de travail avait été totale dès le 29 février 2012.

Le 18 février 2013, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à la CNA, à qui l'employeur de l'assurée avait signalé une rechute de l'événement de 2005 le 28 décembre 2012, que la patiente lui avait été adressée le 25 octobre 2012 par le Dr V._____ à la suite de douleurs invalidantes au niveau de la cheville gauche. Il a posé le diagnostic de status après arthrotomie de l'articulation tibio-talienne gauche et forage d'une lésion ostéochondrale du talus postéro-interne gauche le 6 février 2013.

b) L'assurée a déposé le 11 juillet 2013 une demande de prestations AI (assurance-invalidité), en faisant état d'une incapacité totale de travail à compter du 29 février 2012.

Le 30 juillet 2013, le Dr P._____ a diagnostiqué une lésion ostéochondrale du talus postéro-interne gauche avec forage antérograde effectué le 6 février 2013 ambulatoirement. Au dernier contrôle du 2 juillet 2013, la cicatrice tibio-talienne gauche antéro-médiale était légèrement élargie mais tout à fait calme. La patiente présentait une limitation fonctionnelle de la cheville gauche avec un périmètre de marche limité à 20 minutes. L'incapacité de travail demeurait totale depuis la 1^{ère} consultation du 25 octobre 2012, jusqu'à la date du constat.

Le 23 septembre 2013, le Dr T._____, médecin traitant depuis 1996, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lésion ostéo-chondrale du talon gauche, et ceux sans incidence sur la capacité de travail de haute tension artérielle et d'hypercholestérolémie traitées. Il a renvoyé aux Drs V._____ et P._____ s'agissant de la capacité de travail.

Dans le cadre de la procédure la concernant, [...] a sollicité la mise en œuvre d'une expertise, qui a été confiée au département expertise de la clinique [...], en particulier au Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a examiné l'assurée le 7 octobre 2013. Il a rédigé son rapport le 6 novembre 2013, et retenu, sans effet sur la capacité de travail, le diagnostic de lésion ostéochondrale du talus gauche traitée par chirurgie le 6 février 2013. Lors de son examen, le Dr Q._____ a constaté que l'assurée s'était levée à plusieurs reprises de sa chaise et avait marché normalement sans difficulté ; elle marchait sans canne avec une discrète boiterie. La cicatrice au niveau de la cheville était calme, mais légèrement inflammatoire. Dans le cadre de son examen, l'expert a demandé un bilan radiographique des deux chevilles, incidence de face, profil et $\frac{3}{4}$. La surface articulaire de l'astragale [réd. : à gauche] présentait un aspect irrégulier et il existait un pincement tibio-astragalien évocateur d'une arthrose, et un aspect un peu remanié de l'angle supéro-externe de l'astragale. A droite, l'aspect était normal. Le Dr Q._____ a précisé qu'ostéochondrite et lésion ostéochondrale étaient des diagnostics semblables. Dans le cas de l'assurée, la pathologie intéressait l'os situé au niveau supéro-interne de l'astragale, retentissant sur le cartilage voisin, d'où le terme chondropathie. Le Dr Q._____ a estimé que dès le 7 octobre 2013, la capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle. L'expert a encore relevé l'absence de points de fibromyalgie et de signes de Waddell. Il a en outre exclu d'autres diagnostics, compte tenu de l'absence de signes cliniques significatifs en lien avec le reste de l'examen. Le Dr Q._____ a finalement fait la synthèse suivante du cas :

« **1. SYNTHÈSE**

a. Signes cliniques et paracliniques principaux

Actuellement, devant des plaintes douloureuses au niveau de la cheville gauche, notamment lors de l'étude des amplitudes des hanches (ce qui est cliniquement non explicable), les articulations tibio-tarsienne, sous-astragaliennne et médio-tarsienne présentent des amplitudes dans les normes. L'examen neurologique ne montre pas d'anomalie significative. A l'imagerie, il reste tout au plus un discret pincement tibio-astragalien.

Les examens d'imageries antérieures à la chirurgie du 6 février 2013 ont certes montré une petite image lacunaire à l'angle supéro-interne de l'astragale, témoignant d'une lésion ostéochondrale, mais sur la radiographie du 13 août 2013, il n'a pas été aisé de reconnaître la lésion. Sur la base de l'imagerie à disposition, une

nouvelle lésion de l'angle supéro externe n'est pas validée : par contre il s'agit d'un aspect remanié et pincé de l'interligne tibio-astragalien orientant vers une arthrose tibio-astragalienne à ses débuts.

Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'une minime diminution de l'inclinaison cervicale des deux côtés, toutefois sans troubles de la mobilité ou neurologiques.

Enfin, l'expert note des taches blanches cutanées diffuses qu'il convient de faire investiguer par le médecin traitant.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

L'évolution sur le plan anatomique est allée vers la guérison, laquelle peut être fixée au 7 octobre 2013, soit huit mois après l'intervention chirurgicale. Cependant, l'évolution sur le plan de la symptomatologie douloureuse devrait aller vers une rémission difficile à prévoir, étant donné le contexte et la tendance à la majoration des plaintes. Nous avons vu que l'auto-questionnaire de la douleur confirme cette impression.

En effet, il est totalement discordant de retrouver à l'examen physique des douleurs diffuses, intéressant à la fois la cheville et le pied, avec parfois des irradiations à la cuisse, avec une lésion uniquement localisée à l'angle supéro-interne de l'astragale. Il en est de même lorsqu'à l'examen de la hanche, des douleurs sont relevées au niveau de la cheville incriminée. L'ensemble renvoie à une majoration des plaintes. »

Le Dr Q._____ a encore relevé qu'en cas d'apparition dans le futur d'un enraidissement de l'articulation tibio-tarsienne en raison d'une arthrose tibio-astragalienne avérée, des limitations pourraient alors être existantes en particulier à la station debout prolongée.

Le 18 octobre 2013, le Dr J._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'ouvrière en blanchisserie, mais entière dans une activité adaptée, en principe au moins depuis septembre 2013.

Le 4 juin 2014, à la demande du Dr P._____, en raison de douleurs persistantes post-forage antérograde d'une lésion ostéochondrale du dôme talien postéro-interne à gauche le 6 février 2013, l'assurée a été examinée à la consultation du Service d'orthopédie et traumatologie du [...]. Dans un rapport du 18 juin 2014, le Dr H._____, médecin chef, et le Dr N._____, chef de clinique adjoint, ont indiqué qu'ils entendaient effectuer une infiltration test de la cheville et proposer

une prise en charge chirurgicale selon le résultat. Quant au status, ils ont constaté que l'assurée marchait avec une légère boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, la mobilité flexion-extension étant conservée et la cicatrice calme.

c) Par projet de décision du 24 juin 2014, l'OAI a notamment informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit aux prestations AI, dans la mesure où elle conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans longs déplacements, sans marche en terrain accidenté et sans station debout prolongée, et ce dès septembre 2013. Le 26 août 2014, l'assurée a présenté des objections au projet de décision.

Par avis médical du SMR du 2 septembre 2014, le Dr J. _____ a constaté qu'au vu du rapport du [...] du 18 juin 2014, la situation médicale n'était pas stabilisée, et qu'il convenait d'interpeller le Dr N. _____.

Selon une note au dossier du 20 janvier 2015, le Dr N. _____ n'avait vu qu'une fois l'assurée, le 4 juin 2014, et il n'y avait pas eu de nouveau rendez-vous depuis cette date.

Interpellé par l'OAI, le Dr P. _____ a indiqué ce qui suit le 9 février 2015 :

« J'ai revu la patiente à une dernière reprise le 23.10.14.

J'ai effectué une infiltration test par cortico-stéroïde et anesthésiques locaux au niveau de l'articulation tibio-talienne gauche le 19.09.14.

La patiente décrit une amélioration de la symptomatologie algique pendant environ 48 heures puis une apparition des mêmes symptômes.

Le status clinique reste toujours superposable au précédent avec une mobilité tout compte fait physiologique de la cheville gauche mais des douleurs en fin de flexion et d'extension.

Au vu de la très bonne mobilité de la cheville gauche et des symptômes je crois qu'une arthrolyse de l'articulation tibio-talienne gauche n'est pas indiquée dans l'immédiat. Poursuite du traitement conservateur et à mon avis, il faudra insister pour adapter le poste de travail de la patiente. »

Par avis médical du 3 mars 2015, le Dr R. _____ du SMR a relevé que tant le Dr N. _____ que le Dr P. _____ et le Dr Q. _____ étaient d'accord sur un examen de la cheville dans les normes. Il persistait certes une douleur en fin de mouvement. Les limitations fonctionnelles (marche en terrain accidenté, longues marches, station debout) contre-indiquaient l'activité habituelle, mais une activité adaptée était possible à taux plein dès octobre 2013 dans une activité légère, en position assise. La situation était à considérer comme stabilisée, puisque le seul traitement avait été une infiltration et que le status était inchangé depuis octobre 2013. Le spécialiste du [...] n'avait en outre pas été revu.

Par décision du 5 mars 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 juin 2014 et refusé le droit aux prestations AI de l'assurée dès septembre 2013.

C. Par acte déposé le 8 mars 2018, C. _____ a présenté une demande de révision de l'arrêt du 4 avril 2017. Elle conclut à la modification de l'arrêt en ce sens que le dossier est renvoyé à l'OAI pour qu'il organise une expertise médicale conforme aux exigences légales. Elle fait valoir que l'expertise rendue par la clinique [...] devait être écartée du dossier compte tenu des graves manquements relevés par le Tribunal fédéral dans l'organisation de la clinique [...] ayant une incidence sur la valeur probante des expertises établies par les experts de cette clinique. Elle soutient qu'ainsi une nouvelle expertise devrait être ordonnée.

Le 16 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet de la requête, l'expertise en cause n'étant de toute manière pas déterminante compte tenu des divers avis médicaux au dossier, lesquels étaient suffisants pour se prononcer.

Dans sa réplique du 30 avril 2018 et ses observations complémentaires du 22 juin 2018, la requérante a maintenu sa demande.

Le 23 mai 2018 et le 10 août 2018, l'OAI a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt rendu le 4 avril 2017 en la cause AI 103/15 - 112/2017 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La requérante invoque l'art. 100 al. 1 let. b LPA-VD, en se prévalant de faits constatés par le Tribunal fédéral dans un arrêt 2C_32/2017 rendu le 22 décembre 2017, dont elle a eu connaissance.

a) Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est régie par les art. 100 ss LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36).

L'art. 101 LPA-VD prévoit que la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision ; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b LPA-VD, le droit de demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé.

L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision en vertu de l'art. 102 LPA-VD.

b) En l'espèce, la demande de révision de l'arrêt cantonal du 4 avril 2017 a été introduite le 8 mars 2018. Elle fait suite à la lecture de l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017.

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 [...] l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne du moins les départements "psychiatrie" et "expertise" de cet établissement, par l'arrêt précité du 22 décembre 2017; il 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).

En conséquence, en déposant sa demande de révision moins de nonante jours après avoir eu connaissance du retrait de l'autorisation en cause, la requérante a respecté le délai prévu par l'art. 101 LPA-VD. Par ailleurs, elle fonde sa demande sur des motifs prévus par la loi, de sorte que sa demande de révision est recevable.

L'arrêt du 4 avril 2017 a par ailleurs été rendu par la Cour de céans, de sorte que la présente demande de révision ressortit également à la compétence de cette même cour (cf. art. 102 LPA-VD).

2. Il y a donc lieu de statuer sur le fond de la requête, soit de déterminer si les conditions mises à la révision de l'arrêt cantonal du 4 avril 2017 sont réalisées in casu.

a) La lettre i de l'art. 61 LPGA prévoit que 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.

Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à l'époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2).

Cette dernière disposition correspond à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) et de l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA), rendue notamment en lien avec l'art. 61 let. i LPGA. Les motifs de révision prévus par l'art. 100 LPA-VD étant les mêmes que ceux de l'art. 123 al. 1 et 2 LTF, ils peuvent être interprétés à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant cette disposition (Bovey/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2012, n° 1 ad art. 100 LPA-VD).

b) Selon cette jurisprudence, une demande de révision d'un jugement d'un tribunal est recevable, notamment, lorsque le requérant a connaissance subséquemment de faits nouveaux importants ou trouve des preuves concluantes qu'il n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2).

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), de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt fédéral (art. 123 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] ; cf. TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; 8C_215/2008 du 16 octobre 2008 consid. 5.1 ; Dupont/Moser-Szeless, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand éd. Helbing Lichtenhahn 2018, n. 135 ad art. 61 LPGA, p. 771).

Sont ainsi « nouveaux », au sens de l'art. 61 let. i LPGA et de l'art. 53 al. 1 LPGA, 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. 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 (ATF 143 V 105 consid. 2.3 ; ATF 143 III 272 consid. 2.2 ; ATF 110 V 141 consid. 2 ; 108 V 171 consid. 1 ; voir aussi ATF 121 IV 322 consid. 2 ; 118 II 205 consid. 5).

Il s'agit ainsi de faits antérieurs à la décision sur lesquels celle-ci se fonde, découverts après coup. La nouveauté se rapporte dès lors à la découverte et non au fait lui-même, les faits postérieurs, soit les véritables nova, étant exclus (ATF 143 III 272 consid. 2.2).

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. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 8C_934/2009 précité consid. 2.1).

c) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (cf. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n. 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

d) Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, aux conclusions et à la motivation de la demande ne sont pas respectées. Si les motifs de révision ne sont pas réalisés, elle rejette la demande. Lorsque l'autorité constate que le moyen allégué à l'appui de la demande de révision aurait pu être invoqué à un stade antérieur de la procédure, on peut hésiter sur la question de savoir si elle doit refuser d'entrer en matière ou rejeter la demande (cf. TF 1P.320/1996 du 24 janvier 1997 consid. 1c ; 1P.252/2004 du 10 juin 2004 consid. 3 ; cf. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n. 2 ad art. 105 LPA-VD p. 460).

3. a) Dans l'arrêt dont la révision est demandée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a examiné si la requérante présentait, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'Al. Elle a relevé que l'appréciation du Dr Q._____ de la clinique [...] était partagée par les médecins qui avaient examiné l'assurée, en particulier qu'elle n'était pas contredite par l'appréciation des Drs H._____, N._____ et P._____. La Cour a en outre considéré que le Dr Q._____ avait motivé de manière probante les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu le diagnostic différentiel d'algoneurodystrophie.

b) A l'appui de sa demande de révision, la requérante invoque les graves manquements dans la réalisation d'expertises médicales constatés par le Tribunal fédéral dans son arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017. Selon cet arrêt, le médecin responsable de la clinique [...] a modifié et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constitue un manquement au devoir professionnel. Pour la requérante, le fait que le médecin responsable du centre d'expertise médicale a gravement violé les règles élémentaires de bonne foi suffit à rejeter le contenu de l'expertise. Elle fait valoir en particulier que le Dr Q._____ n'a pas retenu le syndrome de Sudeck et qu'il est important de pouvoir disposer d'une expertise réalisée en bonne et due forme pour déterminer si ce syndrome doit vraiment être écarté.

c) Dans son arrêt 2C_32/2017 cité, le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du "département expertise" de la clinique [...] ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on doit attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existe ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturent d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or de très

importants manquements ont été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne qui était 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).

d) 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.

Or, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de prononcer le 16 août 2018 dans un arrêt ATF 144 V 258 que les manquements constatés au sein du "département expertise" par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique [...] soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 cité consid. 7.1 ; 9F_5/2018 consid. 2.3.2) et portent 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'est 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 (9F_5/2018 consid. 2.3.2).

e) En l'occurrence, l'expertise rendue le 6 novembre 2013 par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de la clinique [...], sur laquelle s'est notamment appuyée la Cour des assurances sociales pour nier le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, 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 pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la requérante aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport du Dr Q._____, 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 6 novembre 2013, établi sous l'enseigne de la clinique [...]. En effet, 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). On relèvera à cet égard que les organes de l'assurance-invalidité ont renoncé à confier des mandats d'expertise à la clinique [...] depuis 2015 (cf. réponse du Conseil fédéral à la question de Madame la Conseillère nationale Rebecca Ruiz n° 18.5054 "La clinique [...] a-t-elle encore la confiance de l'OFAS?"; consultable sur le

lien <<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054>>).

En l'espèce, si la Cour des assurances sociales avait eu connaissance des graves manquements aux devoirs professionnels du responsable du "département expertise" de la clinique [...], elle aurait considéré que ceux-ci entachaient la confiance placée dans une exécution légitime de l'expertise confiée à ce département, de sorte qu'elle aurait constaté que le rapport du 6 novembre 2013 ne pouvait servir de fondement à la décision relative au droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il résulte de ce qui précède que l'expertise de la clinique [...] doit être retranchée du dossier. Le retranchement de cette pièce importante du dossier constitue indubitablement un fait nouveau conformément aux réquisits des art. 61 let. i LPGA et 100 al. 1 let b LPA-VD.

4. a) Il s'agit dès lors d'examiner si le retranchement de cette expertise du dossier est un élément nouveau important au point d'entraîner la révision de l'arrêt de la Cour de céans du 4 avril 2017. Tel est le cas si cet élément nouveau conduit les juges à donner une autre issue au litige en fonction d'une appréciation juridique correcte, notamment à nier que les rapports médicaux au dossier fussent suffisants à servir de fondement pour le refus de prestations.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans

quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

c) Dans le cas présent, l'appréciation de la situation médicale de l'assurée était fondée sur divers avis médicaux, lesquels étaient convergents pour ce qui concernait le diagnostic d'une lésion ostéocondrale du talus gauche. Pour ce qui concerne l'incidence de cette lésion sur la capacité de travail de l'assurée, les Drs V._____, P._____ et T._____ considéraient que celle-ci était nulle lors de leurs examens, lesquels étaient toutefois antérieurs à septembre 2013. Le 18 octobre 2013, le Dr J._____ a estimé que la capacité de travail était nulle dans

l'activité habituelle d'ouvrière en blanchisserie, mais entière dans une activité adaptée, en principe au moins depuis septembre 2013. Il a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain accidenté, pas de longues marches ni de longues stations debout. Ce médecin a présenté un avis médical relativement sommaire mais avec une brève anamnèse et un examen des différents avis médicaux au dossier, notamment celui des Drs V._____ et P._____, orthopédistes. Il a fixé les limitations fonctionnelles en tenant compte des avis de ces spécialistes et des plaintes de l'assurée. Ce rapport a été établi avant l'expertise de la clinique [...], qui ne l'a donc pas influencé. Le rapport des Drs H._____ et N._____ du 18 juin 2014 présente des observations similaires à celles faites par les autres médecins (marche avec légère boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, mobilité flexion-extension conservée, cicatrice calme). Le Dr P._____ a expliqué le 9 février 2015 que le status clinique restait toujours superposable au précédent, avec une mobilité physiologique de la cheville gauche, malgré des douleurs en fin de flexion et en extension, précisant qu'il faudrait insister pour adapter le poste de travail de la patiente. Le 3 mars 2015, le Dr R._____ a constaté que les Dr N._____ et P._____ étaient d'accord sur un examen de la cheville dans les normes, qu'il persistait une douleur en fin de mouvement, que les limitations fonctionnelles telles que la marche en terrain accidenté, les longues marches et la station debout devaient être retenues et que l'activité habituelle était contraindiquée alors qu'une activité adaptée était exigible à taux plein dès octobre 2013.

On constate dès lors que les rapports médicaux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et se fondent sur des examens complets, qu'ils prennent également en considération les plaintes de la personne examinée et ont été établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et concordantes. Les pièces médicales au dossier étaient donc suffisantes pour apprécier de manière circonstanciée l'état de santé de la requérante ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur la capacité de travail. D'ailleurs, l'expertise de la clinique [...] n'avait pas été requise par l'OAI dans la présente procédure

mais par l'assurance d'indemnité journalière collective. Sur la base des divers rapports médicaux au dossier, l'OAI était ainsi fondé à retenir une incapacité de travail dans l'activité habituelle mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées. L'appréciation résultant de l'examen du nouvel état de fait ne conduit pas à une modification de la décision.

S'agissant du syndrome de Sudeck invoqué par la requérante, aucun avis médical au dossier ne laisse supposer son existence. L'intéressée se réfère à l'expertise retranchée qui toutefois l'a exclu. La requérante a été examinée par plusieurs médecins spécialistes et aucun n'a relevé ce syndrome. La requérante n'apporte aucun élément qui pourrait remettre en cause les différentes observations médicales au dossier.

Compte tenu de ce qui précède, le retranchement de l'expertise de la clinique [...] ne modifie en rien l'appréciation des preuves et l'appréciation juridique retenues dans l'arrêt du 4 avril 2017.

5. En définitive, la demande de révision dudit arrêt, introduite le 8 mars 2018 par C. _____ doit être rejetée.

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure de révision étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), sauf en cas de témérité ou de légèreté, lesquelles ne sont pas réalisées en l'espèce.

Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. La demande de révision formulée par C. _____ le 8 mars 2018 est rejetée.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- III. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Duc, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :