

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/205/2018

ATAS/1157/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT
SCHEIDEGGER

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé, l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963, exerçant la profession de conseiller financier, a fait une chute à vélo le 22 juin 2015 avec perte de connaissance.

Il a été licencié avec effet au 31 janvier 2016.
2. Par décision du 20 avril 2016, la Zurich assurances (ci-après : l'assureur-accidents), auprès de laquelle l'intéressé était assuré par l'intermédiaire de son employeur contre les accidents, a informé celui-ci qu'elle mettait fin aux indemnités journalières au 31 mars 2016, au motif que les troubles neuropsychologiques persistants dont il se plaignait encore ne relevaient plus de sa chute à vélo. L'assureur-accidents s'est référé à une expertise réalisée à sa demande par les médecins de la Clinique Corela, les Drs B_____, psychiatre, et C_____, neurologue, le 21 mars 2016. Ceux-ci avaient retenu un trouble hyperactif avec déficit d'attention chez l'adulte, pour lequel ils admettaient une baisse de rendement de 20%, d'une part, et un traumatisme crânien léger sans lésion organique, d'autre part. Ils avaient conclu qu'aucun lien objectif ne pouvait être établi entre l'évènement du 22 juin 2015 et les plaintes neuropsychologiques persistantes. Ils avaient par ailleurs exclu un trouble dépressif spécifique et un trouble anxieux spécifique. Ils avaient constaté une accentuation de certains traits de la personnalité, et des traits de la personnalité anxieuse actuellement non décompensée.
3. L'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations AI le 13 juillet 2016, alléguant souffrir depuis le 22 juin 2015 de confusion, de perplexité, d'hypersomnie (accroissement important du temps de sommeil), de dérégulation du sommeil, de grandes fatigues, de troubles de la mémoire, de la concentration, et de l'attention (décompensation TDAH préexistant). Son incapacité de travail était entière du 22 juin 2015 au 30 juin 2016 et de 50% du 1^{er} juillet 2016 au 31 juillet 2015.
4. Une évaluation IP a été réalisée le 14 septembre 2016. Il en résulte que « le trouble hyperactif avec déficit de l'attention a été diagnostiqué il y a dix ans. Depuis son accident, il est sous traitement de Ritaline. Le 22 juin 2015, il est tombé de son vélo et est resté une nuit dans le coma. Il n'a aucun souvenir de l'accident. Lorsqu'il s'est réveillé, il croyait être en 2009 et pensait que son défunt père était donc en vie. Cette situation a duré plusieurs jours avant de recouvrer la réalité. Il est retourné chez la même psychiatre d'il y a dix ans. Il a plus de vingt-cinq ans d'expérience en tant que conseiller en patrimoine. Il adore son métier. Un grand réseau de clients internationaux. A l'angoisse de savoir s'il va tenir durant son futur job. Peur de l'oubli, de l'erreur qui sont lourds de conséquences mais se sent bien à l'idée de chercher du travail ».

Il est par ailleurs indiqué que l'intéressé envisage de devenir indépendant dans son domaine d'activité, ce qui l'obligerait à passer certains diplômes relatifs aux nouvelles bases légales applicables.

5. Dans un rapport du 26 septembre 2016, Madame D_____, psychologue, a retenu le diagnostic de trouble déficitaire à l'attention et hyperactivité (TDAH) depuis l'enfance et a constaté des séquelles cognitives post-traumatiques cranio-cérébrales (troubles de la mémoire et de l'attention) suite à son accident du 22 juin 2015. Elle précise que sur le plan neuropsychologique, les troubles mnésiques et de l'attention restreignent l'efficacité, l'efficience et le rendement dans tous types de tâches relatives à sa profession, et ont pour conséquences un ralentissement de la performance et un risque d'erreurs et d'oublis. Actuellement, le rendement est réduit de moitié sur le plan neuropsychologique en raison des troubles cognitifs. L'assuré reprend de son propre chef graduellement une activité professionnelle.
6. Dans une note du 16 mars 2017, le médecin du SMR a relevé que :
« Sur la base d'une expertise psychiatrique du Dr B_____, une incapacité de travail totale dans toute activité est reconnue du 22 juin 2015 au 8 juin 2016, puis l'assuré retrouve une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20% (en lien avec une hyperactivité et les troubles de l'attention). Dans les faits, l'assuré ne reprend son activité habituelle qu'à 50% dès le 1^{er} juillet 2016. Le médecin traitant, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, atteste d'une incapacité de travail de 50% depuis cette date en raison des limitations fonctionnelles relatées par l'assuré liées au TDAH. Cependant, les limitations inhérentes à ce trouble ont déjà été prises en compte dans l'expertise du Dr B_____ justifiant une baisse de rendement de 20% sur la base de l'activité habituelle effectuée à 100%. Le médecin traitant n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux qui justifieraient une incapacité de travail à 50%. Dans ce contexte, nos conclusions du 26 août 2016 restent valables ».
7. La clôture de l'IP, durant laquelle il a été tenté de mettre en place une formation de conseiller financier IAF, sans succès du fait que les modalités proposées par l'école n'étaient pas appropriées (cf. note du 14 mars 2017), est intervenue le 21 juin 2017. L'assuré, inscrit à l'assurance-chômage depuis 2016, a été pris en charge par les PCM, étant incapable de travailler à 100% depuis début avril 2017.
8. Le 31 juillet 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel la demande est rejetée. L'OAI a admis une incapacité de travail de 100% du 22 juin 2015 au 7 juin 2016, mais dès cette date une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20%. De plus, aucune mesure professionnelle n'est indiquée, puisque c'est dans son activité habituelle que l'intéressé peut réduire le dommage économique au mieux.
9. Lors d'un entretien téléphonique début septembre 2017, l'assuré a indiqué qu'il avait été mis au bénéfice de PCM et qu'il souhaiterait être entendu, son état de santé s'étant péjoré. Le Dr E_____ a confirmé cette péjoration le 12 septembre

2017. Il a précisé que « la situation s'est nettement détériorée depuis le 1^{er} mars 2017 et l'assuré présente depuis cette date un état dépressivo-anxieux qui se rajoute à ses problèmes déjà évoqués. Cette situation entraîne une incapacité de travail de 100% ».

L'intéressé a par ailleurs transmis à l'OAI copie du questionnaire rempli le 24 avril 2017 par son médecin traitant à l'attention de l'office cantonal de l'emploi.

10. L'intéressé a informé l'OAI le 15 novembre 2017 qu'il était dorénavant également suivi par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
11. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a rappelé le 30 novembre 2017 que dans son précédent rapport du 26 août 2016, il concluait à une capacité de travail, tant dans l'activité habituelle, que dans une activité adaptée, à 100% dès le 9 juin 2016. Il considère que les pièces médicales produites par l'assuré, à la suite du projet de décision, n'apportent pas de statut psychiatrique détaillé objectivant une modification de ses plaintes (rapport du 24 mai 2017 du Dr E_____). Elles sont comparables (hormis l'anhédonie qui ne peut être retenue à elle seule comme incapacitante) à celles décrites lors de l'expertise psychiatrique du 10 juin 2016 du Dr B_____.
12. Par décision du 4 décembre 2017, l'OAI a confirmé le refus de prestations AI.
13. L'assuré, représenté par Maître Sarah BRAUNSCHEMIDT SCHEIDEGGER, a interjeté recours le 19 janvier 2018 contre ladite décision. Il a complété son recours le 10 avril 2018. Il conteste l'expertise Corela. Il en relève plusieurs contradictions, souligne qu'elle a été établie à la demande de l'assureur accident, avant tout sur la question de la causalité entre l'accident et les troubles objectivés, et rappelle que dans un arrêt du 22 décembre 2017, le Tribunal fédéral a confirmé l'interdiction d'exploiter prononcée par l'État de Genève à l'encontre de la clinique Corela (2C_32/17). Il conclut, préalablement, à ce que l'expertise Corela soit expurgée du dossier AI et à ce qu'il soit ordonné une expertise neuropsychologique et psychiatrique, et principalement, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée.

Enfin, il informe la chambre de céans qu'il a sollicité de l'assureur LAA la révision de son dossier, au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/17.

L'assuré a produit des nouveaux documents médicaux et administratifs, ainsi que des comptes-rendus des scanners de la colonne dorsale, cérébrale et du rachis cervical du 23 juin 2015.

14. Le 7 mai 2018, le médecin du SMR a confirmé ses précédentes conclusions.
15. Dans sa réponse du 8 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.

L'OAI constate que des jugements du Tribunal fédéral et du Tribunal cantonal ont confirmé l'interdiction d'exploiter la clinique Corela pour une durée de trois mois, ceci dans le cadre d'une procédure judiciaire administrative portant sur onze

expertises au total, réalisées avant l'année 2012 (arrêt du TF 2C_32/2017 du 22.12.2017 ; arrêt ATA/967/2016 du 15.11.2016, consid. 12 et consid. 16 l.b). Il souligne le fait que le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 21 mars 2016 ne fait pas partie de ces onze expertises. En outre, rien ne permet d'admettre en l'espèce l'existence de vices formels tels que ceux qui ont été reprochés aux rapports litigieux en question, notamment que des modifications non autorisées aient été apportées au rapport d'expertise pluridisciplinaire à l'insu de l'expert mandaté. Aussi conclut-il qu'il n'y a aucune raison de douter de la valeur probante de l'expertise des Drs B_____ et C_____. Les reproches formulés par l'assurée ne sont pas non plus de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise, qui doit être reconnue comme entière, tant sur son aspect objectif que subjectif.

Il considère plus particulièrement que le rapport de Mme D_____ ne saurait remplacer les rapports circonstanciés de deux experts, concluant tous deux à l'absence d'incapacité de travail, tant pour des raisons neurologiques que psychiatriques. Aussi la mise sur pied d'une expertise judiciaire n'est-elle pas justifiée. Il se réfère pour le surplus à la note du médecin du SMR du 7 mai 2018.

16. La réponse de l'OAI a été transmise à l'assuré et la cause gardée à juger.

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).

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).
3. Le litige porte sur le droit de l'intéressé à des prestations AI.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

-
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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).

Selon la jurisprudence rendue jusque-là les dépressions légères à moyennes n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient résistantes à la thérapie (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. A 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).
9. 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.

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. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

10. 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 et les références). 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 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).

11. En l'espèce, l'OAI s'est essentiellement fondé sur l'expertise réalisée par les Drs B_____ et C_____ de la clinique Corela le 21 mars 2016, sur mandat de l'assureur LAA, selon laquelle la capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement de 20%, pour nier le droit de l'assurée à des prestations de l'AI.
12. S'agissant d'une expertise de la clinique Corela, il y a lieu de relever que, 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 lui a retiré l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral pour les départements « psychiatrie » et « expertise » de cet établissement (ATF 2C_32/17 ; cf. également publication dans la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève du 21 février 2018).

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 plus 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).

13. En l'occurrence, l'expertise rendue le 21 mars 2016 au sein de la clinique Corela, sur laquelle s'est fondé l'OAI a été réalisée à une époque où il a été établi que le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports.

Force est en conséquence de constater, au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 16 août 2018 plus particulièrement, que l'expertise des Drs C_____ et B_____ ne saurait servir de fondement à l'examen du droit aux prestations AI de l'assuré.

Il ressort en effet de cet arrêt que, quoi qu'en dise l'OAI, aucune valeur probante ne peut être reconnue à l'expertise à laquelle il n'est plus possible d'accorder pleine confiance. En outre, 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.

14. 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 à cet égard que le Tribunal fédéral, dans son arrêt 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.

15. 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. Le recours est en conséquence partiellement admis et la cause renvoyée à l'OAI 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 4 décembre 2017.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'OAI 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 200.- à la charge de l'OAI.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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