

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4769/2017

ATAS/17/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 janvier 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT  
SCHEIDEGGER

recourante

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. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1993, a travaillé du 15 août au 11 novembre 2012 comme serveuse à Genève. Le 18 novembre 2012, elle a subi un accident de la circulation alors qu'elle se trouvait assise à l'arrière d'un véhicule, sans avoir mis sa ceinture de sécurité. Selon le rapport de police, le conducteur du véhicule, qui était en état d'ébriété, a perdu la maîtrise de son véhicule dans une courbe et heurté violemment l'arrière d'une voiture à l'arrêt. Souffrant d'un traumatisme crânien (sans perte de connaissance), l'assurée a été conduite aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) ; une tomodensitométrie (CT-Scan) a aussitôt été réalisée, laquelle a mis en évidence un hématome épidual frontal gauche, des contusions hémorragiques bifrontales à prédominance gauche, une fracture crânienne frontale gauche s'étendant aux sinus frontaux, au toit de l'orbite et aux lames papyracées, ainsi que des fractures para-sagittales de l'os sphénoïdal gauche. Le même jour, elle a subi une double opération maxillo-faciale et neurochirurgicale.
2. Le 24 mars 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
3. L'assureur-accidents a transmis à l'OAI son dossier, duquel ressortaient notamment :
  - un rapport du 12 novembre 2014 adressé à l'avocate de l'assurée par le docteur B\_\_\_\_\_, du Service de médecine de premier recours des HUG. Lors de son dernier contrôle, en octobre 2013, l'assurée se plaignait de céphalées, de nausées, d'une fatigue et d'une faiblesse résiduelle ; ces symptômes n'étaient pas incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle, mais pouvaient en limiter l'intensité ou la durée. À sa sortie de l'hôpital, le 21 décembre 2012, sa capacité de travail était nulle. Lors de sa dernière consultation en 2013, elle semblait apte à travailler à 50% et depuis lors, sa capacité de travail n'avait pas augmenté en raison d'un état dépressif majeur, réactionnel à sa situation médico-sociale.
  - une expertise de la clinique Corela, datée du 1<sup>er</sup> avril 2016 et réalisée par les docteurs C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, D\_\_\_\_\_, neurochirurgien, E\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, ainsi que Madame F\_\_\_\_\_, neuropsychologue. Dans la profession antérieure de serveuse ou un emploi équivalent, les fractures de la sphère maxillo-faciale avaient entraîné une incapacité de travail de 100% du 18 novembre 2012 au 17 mai 2013 ; le traumatisme crânio-cérébral sévère de grade V et les céphalées post-traumatiques avaient également entraîné une incapacité de travail de 100% du 18 novembre 2012 au 15 octobre 2014, avant que l'assurée ne recouvre sa pleine capacité de travail, mais avec un rendement diminué d'environ 40% en raison de ses troubles cognitifs. L'activité de serveuse n'était pas la mieux adaptée, car elle sollicitait de manière relativement importante la mémoire à

court terme. En outre, les experts précisait que « la question des troubles cognitifs réellement séquellaires [à] l'accident devait être réétudiée après [qu'une] abstinence au cannabis [sera] acquise. Dans une profession adaptée, ne nécessitant ni mémorisation à court terme d'informations multiples, ni rythme de travail soutenu, ni capacités de réflexion ou élaboration de stratégies, le traumatisme crânio-cérébral sévère justifiait une incapacité de travail de 100% jusqu'au 15 octobre 2014. Dès le 16 octobre 2014, l'assurée pouvait travailler à plein-temps, mais avec un rendement diminué d'environ 20% en raison de son ralentissement cognitif. L'assurée souhaitait accomplir une formation d'esthéticienne, laquelle paraissait adaptée puisqu'elle faisait essentiellement appel à la mémoire à long terme. En revanche, une formation d'employée de commerce (voire dans le domaine paramédical ou celui de la petite enfance) était déconseillée, en raison des séquelles cognitives liées au traumatisme ;

- un complément d'expertise (neuropsychologique), daté du 1<sup>er</sup> septembre 2016, effectué par le Dr D\_\_\_\_\_ et Mme F\_\_\_\_\_ de la clinique Corela. L'assurée souffrait de troubles neurocognitifs à la suite du traumatisme crânio-cérébral grave qu'elle avait subi le 18 novembre 2012. Lors de l'expertise, il n'avait pas été possible de trancher la question de la causalité entre ses troubles et l'accident, car un test de dépistage du cannabis s'était révélé positif. Au moment du complément d'expertise, l'assurée avait cessé de consommer cette substance. Elle présentait encore un déficit cognitif léger, lequel se caractérisait par des difficultés de planification, de mise en place de stratégies, d'abstraction verbale et visuo-spatiale, mais également par une faiblesse en mémoire immédiate / de travail, ainsi que par un léger ralentissement et des difficultés de calcul. Ce déficit cognitif léger, consécutif au traumatisme crânio-cérébral, était désormais stable et le resterait probablement, même si une marge d'amélioration demeurait possible. Depuis la fin de l'année 2015, c'est-à-dire depuis les examens sur lesquels se fondait l'expertise, certains aspects du fonctionnement cognitif s'étaient améliorés (difficultés d'initiation, d'accès lexical, de lecture à voix haute, de planification, de calcul et de vitesse de traitement des informations). Toutefois, des limitations de la mémoire à court terme auditivo-verbale et du rythme de travail subsistaient, au vu notamment du léger ralentissement mis en évidence ; dans la profession de serveuse, on pouvait envisager que l'assurée contourne ses problèmes mnésiques en utilisant systématiquement un calepin ou une tablette, mais cela se répercuterait le cas échéant sur sa vitesse de travail. Des difficultés d'abstraction et de mises en place de stratégies avaient également été décelées, mais elles n'étaient pas susceptibles de se répercuter significativement dans l'activité de serveuse ou tout autre emploi subordonné, impliquant des consignes claires ou un suivi des tâches à effectuer. Il en allait de même des difficultés de calcul, moyennant l'usage d'une calculatrice. Lors de la première expertise, il avait été considéré qu'une perte de rendement de 20% liée au ralentissement cognitif était possible.

---

En raison d'une légère amélioration de la vitesse de traitement de l'information, cette diminution de rendement était désormais évaluée à 10% ;

- une décision du 29 décembre 2016, par laquelle l'assureur-accidents a mis fin à la prise en charge du traitement médical et accordé à l'assurée, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016, une rente d'invalidité de 10% (CHF 7.- par mois) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% (CHF 25'200.-). L'assureur-accidents a proposé de remplacer le versement mensuel de la rente d'invalidité par un capital unique de CHF 2'586.-.
- 4. À la demande de l'OAI, les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, du Service de médecine de premier recours des HUG, ont complété un rapport le 10 juin 2016. Ils ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, de céphalées post-traumatiques et de troubles neurocognitifs, tous présents depuis 2012. Par rapport à une précédente évaluation effectuée le 30 novembre 2012, l'examen montrait la persistance de troubles exécutifs (ralentissement, sensibilité à l'interférence, troubles de la disponibilité lexicale), d'un léger ralentissement attentionnel, de troubles de la mémoire verbale, ainsi que d'un léger défaut de la mémoire épisodique visuelle à long terme. Il était également constaté une majoration des troubles de l'humeur, avec des éléments anxio-dépressifs et des ruminations. La capacité de travail de l'assurée était évaluée à 50% dans son activité habituelle et à 60% dans une activité adaptée à ses limitations (fatigabilité importante, troubles mnésiques et exécutifs légers à modérés, céphalées, photosensibilité, troubles de l'humeur et état anxio-dépressif).
- 5. Le 20 février 2017, le docteur I\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a proposé de poser des questions supplémentaires à la Dresse G\_\_\_\_\_.
- 6. Répondant au questionnaire adressé à la Dresse G\_\_\_\_\_, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué, le 9 mai 2017, que le bilan psychiatrique de juin 2016 avait montré un fonctionnement altéré, potentiellement lié à une modification durable de la personnalité ou à une symptomatologie anxio-dépressive. Toutefois, l'assurée avait cessé de consulter depuis lors. Lors de sa dernière consultation, en juin 2016, sa symptomatologie psychiatrique était très présente et se répercutait de manière très importante sur son fonctionnement, mais compte tenu du délai important écoulé depuis lors, il était difficile, voire impossible, de se prononcer sur sa capacité de travail actuelle et sur une éventuelle stabilisation de son état de santé.
- 7. Le 6 septembre 2017, le Dr I\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions des experts de la clinique Corela et a retenu une capacité de travail nulle du 18 novembre 2012 au 15 octobre 2014, puis de 90% dans toute profession dès le 16 octobre 2014.
- 8. Par décision du 31 octobre 2017, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à toute prestation. Même si elle avait présenté une capacité de travail nulle du 18 novembre 2012 au 15 octobre 2014, l'assurée ne pouvait prétendre à des prestations d'invalidité pendant cette période, car elle n'avait déposé sa demande qu'en mars

2016. Dès le 16 octobre 2014, elle avait recouvré une capacité de travail de 90% dans toute activité lucrative, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel.

9. Par arrêt du 22 décembre 2017 (2C\_32/2017), le Tribunal fédéral a confirmé le retrait à la clinique Corela de l'autorisation d'exploiter ses départements « psychiatrie » et « expertise » pour une durée de 3 mois. Cette sanction a été publiée dans la Feuille d'avis officielle (FAO) du canton de Genève du 21 février 2018 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018.

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 avait été nié sur la base d'une expertise effectuée à la clinique Corela 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.

10. Par acte du 30 novembre 2017, complété le 5 février 2018, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Elle a préalablement requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et neuropsychologique.

Selon elle, la qualité de l'expertise psychiatrique de la clinique Corela était insuffisante : l'expert avait exclu tout problème psychique pour le seul motif qu'elle lui avait parlé de ce qu'elle avait un compagnon et avait fait une promenade au bord du lac. En outre, l'expert n'avait pas tenu compte de ses plaintes et son anamnèse était trop succincte. Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait confirmé une décision retirant à la clinique Corela son autorisation d'exploiter pour une durée de trois mois ; il ressortait de l'arrêt fédéral que le médecin répondant de cette clinique avait modifié – notamment sur des points non négligeables, dont des diagnostics – et signé des dizaines d'expertises, sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert. Au vu des manquements dudit médecin, rien ne permettait de garantir, dans le cas particulier, que l'expertise avait été réalisée dans les règles de l'art et qu'elle avait réellement été établie par le médecin ayant pratiqué l'examen, de sorte qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Enfin, la recourante sollicitait que l'expertise de la clinique Corela soit écartée du dossier, de manière à ce qu'elle ne soit pas soumise à l'expert judiciaire.

11. Dans sa réponse du 7 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

L'expertise litigieuse, établie en avril 2016 puis complétée en septembre 2016, ne faisait pas partie des rapports contestés dans le cadre de la procédure administrative ayant donné lieu aux arrêts invoqués par la recourante. Dans le cas particulier, aucun indice ne permettait de penser que le contenu de l'expertise ne reflétait pas l'opinion des experts. Par ailleurs, les griefs formulés par la recourante n'étaient pas propres à remettre en cause la valeur probante de l'expertise. En effet, c'était pour vérifier l'existence du diagnostic de « trouble hypocondriaque » que l'expert avait évoqué le fait que l'intéressée avait un compagnon et faisait des promenades au bord du lac. En outre, la recourante n'expliquait pas dans quelle mesure ses plaintes n'avaient pas été prises en considération, alors que celles-ci avaient justement été détaillées dans plusieurs chapitres de l'expertise et de son complément. Le dossier contenant suffisamment d'indications médicales fiables, il n'y avait pas de raison de compléter l'instruction.

12. La recourante a répliqué le 22 juin 2018 : son psychiatre avait relevé des éléments traumatiques liés à son accident de voiture et jugé incompréhensible que ses symptômes liés au traumatisme n'aient pas clairement été explorés par l'expert. Elle persistait à requérir une expertise judiciaire, subsidiairement son audition ainsi que celle de son psychiatre. À l'appui de ses dires, elle produisait une attestation établie par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie :

« J'atteste avoir en traitement [l'assurée] depuis le 23 février 2018. [Elle] présente un état dépressif d'intensité modérée (code CIM-10 : F32.1). [...] actuellement, il n'y a pas de médication prescrite (l'indication à un traitement antidépresseur est présente mais la patiente a souhaité privilégier la psychothérapie).

Le diagnostic est retenu sur la base des éléments suivants : [l'assurée] présente une humeur triste avec une vision très négative du monde (lieu d'injustice et de violence) et de l'avenir (incapacité à se projeter, peur continue de voir sa santé se dégrader, d'être rejetée) ainsi qu'une altération de l'estime de soi (image négative d'elle-même, culpabilité envers ses proches), une anhédonie partielle (abandon des activités " plaisir " comme se balader au bord du lac ou faire du vélo). Elle rapporte une baisse de l'énergie avec une diminution des activités. Elle présente des troubles de la concentration et une fatigabilité (présente pour la lecture, dans le cadre d'une conversation). Elle s'est isolée socialement par peur d'être critiquée ou rejetée, ce qu'elle vit même dans les situations sociales banales et informelles (comme un trajet en transport public). L'appétit est sans particularité et le poids stable. Le sommeil est régulièrement perturbé par des cauchemars en lien avec son accident ou la peur du rejet (on retrouve par exemple la situation où elle se retrouve chauve et moquée). Elle présente des idées de mort passives, alimentées par l'idée que si elle disparaissait, cela serait un soulagement pour ses proches, et par le désespoir de ne plus retrouver de vie normale. On relève aussi des symptômes anxieux marqués et très handicapants. Elle présente des pensées obsédantes sur les cicatrices au scalp et au front, vécues comme l'équivalent d'une mutilation. Elle

crain la réaction de dégoût et de rejet que cela pourrait provoquer. Cela conduit à des comportements d'évitement très contraignants (elle doit faire attention aux horaires d'affluence, à la luminosité, à ses vêtements, à la position des gens autour d'elle). Les expositions sont accompagnées de symptômes importants (anxiété, tachycardie, oppression thoracique, confusion mentale).

Dans la discussion que l'on peut avoir sur la situation de santé de [l'assurée], il est important de relever que les symptômes décrits se sont installés à la suite de son grave accident survenu en 2012 (où elle est victime d'un TCC sévère, reste incarcérée dans le véhicule et est abandonnée par les personnes qui l'accompagnaient). Cet accident est survenu alors que la patiente demandait de manière insistante à ce qu'on la laisse sortir du véhicule. Le délai entre ma prise en charge et cet événement est long, mais on retrouve des éléments fortement évocateurs d'un lien. En effet, il s'agit d'un événement pouvant être considéré comme violent, soudain et menaçant la vie. La patiente présente encore aujourd'hui des symptômes connus pour être consécutifs à un tel accident, à savoir un évitement du lieu de l'accident, des situations rappelant l'accident (transport en voiture), une hyper-vigilance et un retrait de la vie sociale. L'abandon qu'elle a vécu dans une telle circonstance semble lié à la peur du rejet qu'elle présente de manière importante et participe à sa dépression. À ce sujet, il est difficilement compréhensible que l'on ne retrouve pas dans l'expertise médicale d'exploration claire de ces symptômes liés au traumatisme.

On peut considérer, d'un point de vue psychiatrique, qu'elle présente des difficultés relationnelles importantes, une estime de soi fortement altérée, des troubles de l'attention, de la concentration et une résistance au stress fortement réduite. Actuellement, cela représente une incapacité de travail de 50%, la capacité résiduelle est envisageable dans la mesure d'un environnement adapté ».

13. Par écriture spontanée du 29 juin 2018, la recourante a signalé que le Tribunal fédéral avait récemment jugé, dans une procédure où une expertise orthopédique avait été établie en février 2016 au sein de l'établissement en cause, qu'il n'était « pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de cette expertise pratiquée au sein du "département expertise" de la clinique ». Selon la recourante, indépendamment de sa qualité intrinsèque, une telle expertise n'était pas digne de confiance, de sorte qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire.
14. L'intimé a dupliqué le 3 juillet 2018, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours et soulignant qu'il appartenait au juge des assurances sociales d'apprécier la légalité d'une décision, en principe, sur la base de l'état de fait existant au moment de son prononcé.

Il a produit un nouvel avis du SMR : le Dr J\_\_\_\_\_ suivait la recourante depuis le mois de février 2018 et ne contestait pas l'existence d'une capacité résiduelle de travail, qu'il évaluait à 50% alors que l'expert de la clinique Corela l'avait chiffrée

à 90%. Son attestation ne permettait pas de remettre en question les conclusions de l'expert et celles du SMR, car le tableau clinique qui y était décrit ne correspondait pas à celui dressé par l'expert et l'état de santé pouvait s'être aggravé postérieurement au prononcé de la décision attaquée.

15. Cette écriture a été transmise à la recourante, pour information, le 5 juillet 2018.

### **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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.
6. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

7. 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 LPG), 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).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

---

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

8. 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).
9. En l'espèce, la recourante soutient que l'expertise de la clinique Corela sur laquelle repose la décision attaquée n'a pas de valeur probante ; elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en psychiatrie et neuropsychologie.

- a. Dans un arrêt du 22 décembre 2017, le Tribunal fédéral a souligné que les expertises pratiquées auprès du "département expertise" de la clinique précitée ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables et que l'on doit en attendre 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, en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne – le responsable médical du "département expertise" – a

modifié (notamment sur des points non négligeables, dont des diagnostics) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constitue 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 (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_32/2017 consid. 6 et 7).

b. À la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève a publié un communiqué de presse aux termes duquel les assurés dont le droit à des prestations a été nié sur la base d'une expertise effectuée à la clinique précitée ont la possibilité de demander la révision - devant l'autorité qui a 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. De son côté, répondant à la question de Madame la Conseillère nationale Rebecca RUIZ (question 18.5054; consultable sur le lien <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054>), le Conseil fédéral a indiqué que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à cette clinique depuis 2015 et qu'ils venaient de résilier la convention tarifaire conclue avec celle-ci.

c. Dans une procédure où était notamment contestée la valeur probante d'une expertise orthopédique réalisée en février 2016 par un médecin de la clinique en cause, le Tribunal fédéral, par arrêt du 14 mai 2018, a estimé qu'au vu des circonstances rappelées ci-dessus, il n'était pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de cette expertise. La juridiction cantonale était donc fondée à s'en écarter et à renvoyer la cause à l'assurance-accidents pour instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2017 consid. 5.2.2).

d. Enfin, dans un arrêt publié du 16 août 2018, le Tribunal fédéral a relevé 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. 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, 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, les manquements constatés au sein du "département expertise" dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique précitée (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.1) soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement 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. 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 lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective, il n'est 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 (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2).

10. En l'occurrence, les manquements constatés au sein du « département expertise » de la clinique Corela dans la procédure relative au retrait de l'autorisation d'exploiter cet établissement soulèvent de sérieux doute quant à la manière dont des dizaines d'expertises y ont été effectuées et portent atteinte à la confiance que l'on est en droit d'attendre d'une institution chargée de réaliser une expertise. Dans ces conditions, la chambre de céans ne saurait faire siennes les conclusions de cette expertise, établie dans des circonstances qui – comme l'a relevé le Tribunal fédéral –, ébranlent de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour la réaliser (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2). En conséquence, il n'est pas possible de se fonder sur ce document pour statuer sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

Il importe peu de savoir si le responsable médical du « département expertise » 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 1<sup>er</sup> avril 2016 (complété le 1<sup>er</sup> septembre 2016), qui a été établi sous l'enseigne de la clinique Corela (ATF 144 V 258 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 résulte de ce qui précède qu'une pleine valeur probante ne peut être reconnue à l'expertise sur laquelle l'intimé s'est fondé pour statuer. Par ailleurs, force est de constater que le dossier ne contient aucun autre rapport, suffisamment étayé, qui permettrait à la chambre de céans de se déterminer sur la capacité de travail de l'assurée suite au traumatisme crânio-cérébral sévère qu'elle a subi en 2012, partant sur son degré d'invalidité et son droit à des prestations de l'intimé. L'instruction se révèle donc incomplète.

11. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder

---

lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

En l'occurrence, la décision attaquée repose sur une instruction incomplète et l'intimé l'a rendue sur la base d'un rapport de la clinique Corela exempt de valeur probante, sans mettre en œuvre d'expertise. Partant, la cause lui sera renvoyée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA ; il n'appartient en effet pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction entreprise par l'intimé. L'OAI diligentera une expertise auprès d'experts indépendants, après avoir donné la possibilité à la recourante de se prononcer sur la personne des experts retenus, les questions à leur soumettre et les disciplines médicales à investiguer.

C'est le lieu de relever que dans diverses causes similaires, le Tribunal fédéral et la juridiction de céans ont renvoyé la cause à l'administration pour instruction complémentaire (ATF 144 V 258 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2017 consid. 5.2.2 ; ATAS/772/2018 consid. 9 ; ATAS/854/2018 consid. 11 ; ATAS/989/2018 consid. 9 ; ATAS/1009/2018 consid. 9). Cette solution a l'avantage de ne pas priver l'assurée d'un degré de juridiction.

12. Enfin, la recourante requiert que l'expertise de la clinique Corela soit écartée du dossier préalablement au complément d'instruction.

Toutefois, comme cela a été précédemment retenu, l'intimé devra mettre en œuvre une expertise auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA). Dans la mesure où il incombera aux experts d'accomplir leur mandat en toute indépendance, rien ne permet de supposer qu'ils ne seront pas à même de le faire, du fait qu'une expertise antérieure figure dans le dossier. Il n'y a dès lors pas lieu d'extraire l'expertise de la clinique Corela du dossier dont elle fait partie.

13. Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 31 octobre 2017, annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.
14. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 31 octobre 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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