

## **GE\_GERICHTE ATAS/1317/2012 vom 1. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1317\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1317_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1317/2012 du 1 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1317/2012 del 1 novembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

Le 19 juin 2006, l'Office AI s'est vu adresser un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ de janvier 1998 par l'assurance-maladie du recourant, dans lequel il était indiqué que le recourant souffrait d'une maladie de Ménière, se traduisant par des vertiges avec hypoacousie et tinnitus, associés des troubles de l'équilibre.

#### **E. 21**

L'Office AI a confié une nouvelle expertise au Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Dans son rapport du 7 novembre 2006, l'expert a diagnostiqué une dysthymie (F34.1 selon la CIM-10) qui engendrait théoriquement une incapacité de travail entre 0 et 30%. Il a indiqué par ailleurs qu'il ne voyait aucune raison qui aurait empêché une récupération sur le plan psychique depuis 2004 et que c'était le processus conflictuel et d'invalidation qui avait empêché sa réalisation.

#### **E. 22**

Dans un rapport adressé à l'Office AI le 11 décembre 2006 et après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que l'expert avait adopté une méthodologie originale mais non-standard, ce qui conduisait à une grande subjectivité et des conclusions loin d'une objectivité indispensable dans ce type de rapport. L'expert avait clairement signalé que l'assuré déprimait et reconnaissait que le traitement pratiqué par le psychiatre traitant avait donné un bon résultat. Il méconnaissait cependant quelle était la vraie définition du terme de "mal-être social" qui était un terme subjectif. S'agissant de l'échelle AMDP utilisée par l'expert, c'était un bon instrument pour les données anamnestiques et les données psychopathologiques mais, selon le Dr F\_\_\_\_\_, la cotation effectuée par l'expert n'était pas standard. Il a maintenu que le patient avait besoin d'une rente AI.

#### **E. 23**

Par décision du 26 février 2007, l'Office AI a rejeté l'opposition de l'assuré.

A/1943/2009 - 8/40 - Il a considéré que, du point de vue somatique, le Dr E\_\_\_\_\_ avait investigué à satisfaction les conséquences des accidents subis par le recourant en date du 22 novembre 2002 et 8 mars 2003, qu'il avait exposé par le détail les motifs qui le conduisaient à considérer que le recourant ne rencontrait plus de séquelles objectives de ces accidents, ni d'incapacité de travail pour son activité habituelle, de sorte que l'on pouvait considérer que l'état de santé somatique du recourant – qui ne faisait au demeurant pas l'objet de contestation – n'affectait aucunement sa capacité de travail à partir du mois de mai 2003. S'agissant de l'aspect psychique, l'Office AI exposé les raisons – selon le SMR – pour lesquelles il préférait les rapports d'expertise concordants des Dr G\_\_\_\_\_ et

L\_\_\_\_\_ à celui de la Dresse J\_\_\_\_\_ et à l'avis, dépourvu d'objectivité et n'apportant aucun élément clinique objectif divergent, du Dr F\_\_\_\_\_, pour retenir qu'aucune incapacité de travail durable n'était susceptible d'entraver le recourant dans la reprise d'un emploi. L'aspect otologique n'a pas été abordé.

#### **E. 24**

Représenté par son mandataire, l'assuré a interjeté recours le 29 mars 2007. Il a soutenu que si la méthode utilisée par l'expert L\_\_\_\_\_ était bien exacte, l'application des critères selon la CIM-10 était clairement erronée, dans la mesure où les trois critères A de la dépression grave étaient bien présents et que, s'agissant des critères B, il se plaignait d'une diminution et de difficultés de la concentration ou de la tension et d'une diminution de l'appétit. Il s'est référé pour le surplus aux rapports que le Dr F\_\_\_\_\_ avait adressés à l'Office AI, en concluant préalablement à ce qu'une expertise médicale neutre fût mise en œuvre chez le Dr M\_\_\_\_\_, de l'Institut universitaire de médecine légale, et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

#### **E. 25**

Dans sa réponse du 31 mai 2007, l'Office AI a conclu au rejet du recours, en se référant à l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_.

#### **E. 26**

Le 6 juin 2007, le recourant a transmis au Tribunal des assurances sociales la copie d'un courrier du Dr F\_\_\_\_\_, dans lequel le psychiatre confirmait que, de son point de vue, la cotation effectuée par l'expert L\_\_\_\_\_ n'était pas standard.

#### **E. 27**

Après avoir soumis le dossier au SMR, l'Office AI a persisté dans ses conclusions.

#### **E. 28**

Par courrier daté du 10 octobre 2007 (recte : 8 avril 2008), le recourant a communiqué au Tribunal des assurances sociales une expertise réalisée à sa demande par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du Centre médical universitaire (CMU) des HUG, ainsi que la copie d'un rapport du Dr D\_\_\_\_\_. a) Dans son rapport d'expertise du 2 avril 2008, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.1). Il a expliqué que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne pouvait plus être retenu, le patient ne se plaignant plus de symptômes de ce type y relatifs. S'agissant des troubles dépressifs, le médecin a relevé qu'il était incontestable que l'expertisé présentait depuis plusieurs années des troubles dépressifs chroniques qui avaient été

A/1943/2009 - 9/40 - diagnostiqués par tous les médecins qui l'avaient examiné. Le tableau clinique à cette époque comprenait trois symptômes de base du trouble dépressif, c'est-à-dire humeur dépressive, diminution de l'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles et réduction de l'énergie et fatigabilité, ainsi que quatre symptômes additionnels, ce qui correspondait à un épisode dépressif moyen au regard de la CIM-10. Le score à l'échelle de Hamilton 17 items était de 20, ce qui confirmait ceci. Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué par le Dr G\_\_\_\_\_, il devait être écarté car ce diagnostic ne pouvait théoriquement pas coexister avec un trouble affectif lorsque celui-ci était prédominant, comme ici. La capacité de travail de l'expertisé, sur le

plan psychiatrique, était nulle dans l'ancienne profession depuis 2003; dans une activité adaptée à son état de santé, tenant compte de sa faible résistance au stress, ne nécessitant pas de déplacements fréquents, sans charge de stress important ni d'obligation d'initiative ou de rendement notable, ni nécessité d'apprentissage ou d'adaptation particulièrement prononcée, une capacité de travail de 50% au maximum pouvait être admise. Sur le plan somatique, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un bilan à visée diagnostique devait être réalisé concernant une symptomatologie rhumatismale (lombo-sciatalgies et poignet gauche) et ORL (acouphènes gauches). b) Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il a relevé dans son certificat du 7 avril 2008 que le patient présentait une affection cardio-vasculaire, des troubles ostéo-articulaires et un problème d'audition allant en s'aggravant, avec hypoacousie à gauche (54%) et à droite (17%) et acouphènes.

### **E. 29**

Dans ses conclusions du 23 mai 2008, après avoir requis l'avis du SMR, l'Office AI a relevé que les différents avis n'aboutissaient pas à des conclusions identiques, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire était souhaitable, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail globale du recourant.

### **E. 30**

Par arrêt du 9 juillet 2008, le Tribunal des assurances sociales a annulé les décisions de l'Office AI des 4 mai 2006 (recte : 27 avril 2006) et 26 février 2007 – en tant qu'elles reconnaissaient au recourant une capacité de travail entière dans toutes activités à partir du mois d'octobre 2004 – et a renvoyé la cause à l'Office AI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire et rende une nouvelle décision. Il a constaté que tant les diagnostics psychiatriques que l'évaluation de la capacité de travail en résultant étaient totalement contradictoires entre les différents médecins. Il y avait par ailleurs des atteintes à la santé physique qu'il convenait de déterminer.

### **E. 31**

En octobre 2008, l'Office AI a adressé une demande d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale situé à Champel (GE), fonctionnant comme Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI).

### **E. 32**

Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire (rhumatologique, ORL et psychiatrique) du 9 mars 2009, après avoir exposé les antécédents familiaux et

A/1943/2009 - 10/40 - personnels, les anamnèses systémique, sociale et professionnelle, et les constatations faites, notamment sur la base d'une évaluation ORL effectuée par la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ORL, et d'une évaluation psychiatrique effectuée par la Dresse AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, les Dresse AB\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, Dresse AC\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et Dr AD\_\_\_\_\_, médecin-chef, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif épisode actuel entre moyen et léger (F32.1) versus dysthymie (F34.1) dès 2002/2003, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dès 2004, une surdité pratiquement totale à gauche (atteinte auditive de 94,5%), une hypoacousie droite (atteinte auditive de 24.9%), une maladie de Ménière dès 1987 et des acouphènes dès 1987, et, sans répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés (discopathie C5-C6, C6-C7), des

lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques (hyperlordose lombaire, discrète scoliose dorso-lombaire), des troubles dégénératifs (discopathie L5-S1) et une dysbalance musculaire. Sur le plan rhumatologique / orthopédique, les experts ont indiqué que le problème concernant la cheville gauche était résolu. Sur le plan cervico-dorso-lombaire, ils ont indiqué qu'en l'absence de tout argument anamnestique, clinique, biologique ou radiologique en faveur d'une étiologie inflammatoire, immunologique, neurologique ou endocrinienne à cette symptomatologie algique concernant le rachis, le poignet et la main droits, les avant-pieds des deux côtés, les experts retenaient des cervico-dorso-lombalgies chroniques de type "mécanique" dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés. Ils en ont conclu qu'en ce qui concerne l'aspect musculo-squelettique, l'activité de conseiller en assurances ou toute activité analogue était exigible à raison de 8 heures par jour, sans perte de rendement, que dans une telle activité ou une activité analogue aucune limitation fonctionnelle n'était à retenir, que, de façon générale, au vu des troubles statiques et dégénératifs rachidiens radiologiquement objectivés, seules des limitations telles que le port itératif de charges plus de 10 à 15 kg, des mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, pourraient être admises uniquement pour des activités reconnues comme physiquement lourdes; l'assuré pourrait ainsi reprendre une activité dans le secteur hôtelier, à raison de 8 heures par jour et sans perte de rendement, à condition cette fois que sur le plan physique les limitations susmentionnées soient respectées. Sur le plan otologique, les experts se sont référés à l'évaluation de la Dresse N\_\_\_\_\_ qui a objectivé une surdité presque totale à gauche (atteinte auditive de 94,5%), modérée à droite (atteinte auditive de 24,9%), ainsi que l'existence d'acouphènes en relation avec ces atteintes auditives, et qui a estimé qu'une activité en milieu calme, sans sollicitation auditive importante, pourrait être exercée à 100%, alors qu'une activité en milieu hôtelier avec contact de la clientèle ou

A/1943/2009 - 11/40 - comme conseiller en assurances (contact avec les clients, déplacements en voiture fréquents, fréquentation de milieux bruyants pour réaliser ses affaires) ne lui semblait plus exigible de l'assuré. Sur le plan psychique, les experts se sont référés à l'évaluation de la Dresse AA\_\_\_\_\_ qui a relevé que l'assuré souffrait incontestablement d'une problématique dépressive depuis au moins 2002/2003, en précisant qu'aucune des six expertises psychiatriques effectuées jusque-là n'avait exclu ce diagnostic, la divergence concernant l'intensité de la dépression qui avait probablement été évolutive. Au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique, la Dresse AA\_\_\_\_\_ a retenu un trouble dépressif épisode actuel entre moyen et léger (F32.1) versus une dysthymie (F34.1), qui diminuait la capacité de travail, et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), malgré l'existence d'un épisode dépressif. L'expert a encore relevé que les traits de personnalité de l'assuré (hystérisés ou avec une tendance à l'exagération des symptômes), la théâtralité, l'exagération et parfois un comportement explosif allaient également dans le sens d'une tendance à l'expression corporelle de la souffrance psychique de l'expertisé. L'expert en psychiatrie a retenu une incapacité de travail, d'au maximum 30%, soit une capacité de travail à raison de 5 à 6 heures par jour sans diminution de rendement, tant dans l'ancienne activité que dans toute autre activité. Les experts ont estimé que la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans son ancienne activité était totale sur le plan ostéo-articulaire, réduite à 70% pour des raisons psychiques, et finalement nulle pour des raisons otoneurologiques, depuis novembre 2002 et qu'elle n'avait pas évolué, essentiellement pour des raisons psychiques. Ils ont toutefois indiqué que cette capacité de travail pourrait être totale, si l'activité de conseiller en assurances impliquait une activité

bureaucratique dans un environnement calme, sans sollicitation auditive importante, et dans la mesure où le traitement psychiatrique préconisé (adaptation d'une plus forte posologie de l'antidépresseur, voire un changement de molécule) s'avérerait efficace. Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles pourrait être totale, en précisant toutefois qu'à ce moment, la capacité de travail était de 70% pour des raisons psychiques, un réexamen psychiatrique pour réévaluer cette capacité devant être fait dans 6 à 12 mois.

### **E. 33**

Dans un projet de décision du 11 mars 2009, l'Office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de confirmer sa décision du 27 avril 2006, en se référant à un avis du SMR selon lequel les conclusions du rapport du SMR du 24 novembre 2005 demeuraient valables et qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de son état de santé depuis lors.

### **E. 34**

Par courrier de son avocat du 9 avril 2009, le recourant s'est opposé au projet de décision, en joignant une lettre du Dr F\_\_\_\_\_ du 27 mars 2009 dans laquelle

A/1943/2009 - 12/40 - ce dernier manifestait ses désaccords avec l'expertise de la Dresse AA\_\_\_\_\_ et retenait une incapacité de travail totale.

### **E. 35**

Dans un avis médical du SMR du 9 avril 2009, la Dresse AE\_\_\_\_\_, sans spécialisation indiquée, a retenu que les diagnostics des experts du COMAI étaient parfaitement superposables aux diagnostics retenus dans le rapport du SMR du 24 novembre 2005 complété par l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ qui retenait une dysthymie, que les experts avaient relevé une discordance entre l'importance des plaintes de l'assuré et les signes objectifs cliniques et radiologiques observés, ce qui avait déjà été retenu à l'époque, et qu'il était ainsi retenu que l'assuré avait une pleine capacité de travail comme conseiller en assurances ou toute activité analogue et ce pour des raisons somatiques, quelques limitations fonctionnelles étant retenues pour des activités plus lourdes. La Dresse AE\_\_\_\_\_ a ajouté qu'en ce qui concerne le problème otologique, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans un milieu calme, sans sollicitation auditive importante, ce qui ne serait pas le cas dans un milieu hôtelier pour l'expert ni dans une activité de conseiller en assurances, mais qu'elle ne comprenait pas pourquoi cette dernière activité n'était pas adaptée et ne partageait pas l'avis de l'expert. En ce qui concerne l'aspect psychique, la Dresse AE\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle ne partageait pas l'avis de la Dresse AA\_\_\_\_\_, selon lequel les pathologies diminuaient la capacité de travail et le trouble somatoforme était retenu comme incapacitant, raison pour laquelle elle avait retenu une incapacité de travail d'au maximum 30%. En effet, la Dresse AA\_\_\_\_\_ n'avait pas procédé à l'examen des critères de gravité du trouble somatoforme et le médecin du SMR estimait que l'évolution au cours de toutes ces années était parfaitement superposable et stationnaire, de sorte qu'il fallait plutôt retenir le diagnostic de dysthymie (trouble dépressif mineur d'accompagnement aux douleurs). Ce qu'il fallait mettre en évidence était la discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives, même si certaines atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles. Elle a estimé que le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant et que l'assuré était à même de surmonter ses douleurs, preuve en était qu'il arrivait parfaitement à téléphoner au SMR pour prendre des renseignements sur son dossier. La Dresse AE\_\_\_\_\_ en a conclu que les conclusions du

rapport du SMR du 24 novembre 2005 étaient toujours parfaitement valables et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis lors, l'assuré souffrant toujours d'un trouble somatoforme non-incapacitant.

### **E. 36**

Par décision du 4 mai 2009, l'Office AI a confirmé sa décision du 27 avril 2006 (ch. 17 supra).

### **E. 37**

Dans un avis médical du SMR du 14 mai 2009, la Dresse AE\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ joint à l'opposition de l'assuré du 9 avril 2009, en retenant que le Dr L\_\_\_\_\_ avait été mandaté en tant qu'expert et

A/1943/2009 - 13/40 - s'était basé sur les critères admis par la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce qui n'avait été fait ni par la Dresse AA\_\_\_\_\_, ni par le Dr M\_\_\_\_\_, puisque ce qui importait étaient les répercussions et non les diagnostics et que ces répercussions devaient être corrélées avec le fonctionnement dans tous les domaines de la vie de l'assuré. La quantification de l'épisode dépressif actuel avait été faite selon les critères CIM-10 qui étaient de vigueur puisqu'ils étaient objectifs et non selon des échelles subjectives comme le MADRS ou Hamilton. La question de savoir si le traitement pharmacologique était suffisant ou insuffisant était de peu d'importance sachant que l'assuré était censé mettre tout en œuvre pour réduire son dommage et, enfin, le fait que la Dresse AA\_\_\_\_\_ n'ait vu l'assuré qu'une fois pendant deux heures n'était pas un argument médical convaincant pour dire que ses conclusions devaient être rejetées. La Dresse AE\_\_\_\_\_ en a conclu que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau et que c'était à raison que le 4 mai 2009, l'Office AI avait confirmé la décision de refus de prestations AI.

### **E. 38**

Le 12 mai 2009, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a mandaté le Dr M\_\_\_\_\_ afin de lui demander d'indiquer les affections dont il souffrait à ce moment, de dire s'il partageait les conclusions du COMAI, dont le rapport lui avait déjà été remis, et, si non, d'expliquer pourquoi, et, enfin, de déterminer son degré de capacité de travail compte tenu de l'ensemble des diagnostics retenus. Dans un rapport du 19 mai 2009, sans avoir exposé l'anamnèse du recourant pour la période du 2 avril 2008 (date de son premier rapport) au 20 avril 2009 (date du nouvel examen du recourant), le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F 32.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), une maladie de Ménière avec surdité presque totale à gauche et hypoacousie droite, des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés et des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. Il a précisé que, concernant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, qu'il avait écarté lors de son rapport du 2 avril 2008, il se rangeait aux arguments de la Dresse AA\_\_\_\_\_ selon lesquels ce syndrome évoluait indépendamment du trouble dépressif et devait donc être retenu comme une entité diagnostique distincte. Par rapport aux conclusions du COMAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il partageait les conclusions en ce qui concernait les diagnostics posés à la page 15 du rapport, ainsi que la conclusion selon laquelle le recourant présentait une incapacité totale à exercer la profession de conseiller en assurances citée en page 20. Par contre, il ne partageait pas les conclusions de ce rapport en ce qui concernait les possibilités de réadaptation professionnelle du recourant. Il a contesté la

conclusion de l'expertise de la Dresse AA\_\_\_\_\_ selon laquelle les troubles psychiques du recourant entraînaient une incapacité de travail de maximum 30%, tant dans l'ancienne activité que dans une autre activité, en expliquant que le recourant souffrait d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, qu'il était reconnu que

A/1943/2009 - 14/40 - les troubles dus à cette maladie ne pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible qu'en l'absence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, que dans le cas du recourant, il fallait constater la présence d'une comorbidité psychiatrique à type de trouble dépressif d'intensité moyenne, évoluant indépendamment du trouble somatoforme douloureux, que ce trouble dépressif ne pouvait pas être considéré comme la conséquence du trouble somatoforme douloureux, puisqu'il était antérieur à ce trouble (cf. page 15 de l'expertise du COMAI). Il a rappelé qu'il avait estimé dans son rapport du 2 avril 2008 qu'en lui-même, ce trouble dépressif entraînait une incapacité de travail de 50% et qu'associé au syndrome douloureux somatoforme persistant, il constituait une comorbidité psychiatrique de nature à annihiler totalement les efforts de volonté nécessaires au recouvrement d'une capacité de travail. Par ailleurs, le trouble somatoforme douloureux était accompagné d'une affection corporelle chronique de type syndrome de Ménière. Ce trouble évoluait sans rémission durable depuis 1987 et constituait également un facteur d'affaiblissement considérable de l'état de santé général du recourant. De plus, il fallait constater que le syndrome douloureux somatoforme persistant avait entraîné une perte d'intégration sociale majeure, avec un retrait dans tous les domaines de la vie sociale du recourant, que ce retrait avait d'ailleurs été constaté dans l'expertise du COMAI à la page 9, sous chapitre «Activités sociales, loisirs, sport», qu'il apparaissait que le recourant non seulement n'avait plus aucune activité professionnelle, mais également n'avait pas d'activité de loisirs, avait très peu de contacts sociaux, vivait de façon très isolée et avait même renoncé à la plupart de ses contacts familiaux. Enfin, il fallait constater que l'état psychique actuel était cristallisé puisqu'il ne présentait plus aucune évolution sur le plan thérapeutique et que, depuis la date de l'accident, soit 2002, le recourant était installé dans une position de malade qui constituait le résultat d'un processus défectueux de résolution du conflit et qui correspondait à un état d'équilibre morbide de son fonctionnement psychique interne. S'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant, le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé qu'en raison du syndrome douloureux somatoforme persistant, associé à un trouble dépressif chronique et à une maladie somatique également chronique, avec échec de tous les traitements mis en œuvre, perte d'intégration sociale et état cristallisé, la capacité de travail résiduelle du recourant était nulle dans toute profession.

### **E. 39**

Le 4 juin 2009, par l'entremise de son avocat, l'assuré a recouru contre la décision du 4 mai 2009, en concluant à l'annulation de cette dernière et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2005. A l'appui de son recours, l'assuré a exposé que c'était à tort que l'Office AI avait retenu qu'il souffrait d'un trouble somatoforme non-incapacitant, alors que les experts mandatés par l'Office AI avaient pourtant retenu qu'il souffrait de troubles ayant une influence sur sa capacité de travail, que le Dr M\_\_\_\_\_ avait retenu une

A/1943/2009 - 15/40 - incapacité de travail totale, qu'à son âge, il estimait vain la réadaptation professionnelle préconisée par les experts, et que l'avis du SMR de 2005 auquel s'était référé l'Office AI ne prenait pas en compte ses problèmes auditifs.

#### **E. 40**

Dans un avis médical du SMR du 23 juin 2009, la Dresse AE\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 19 mai 2009, en retenant qu'il était regrettable que ce dernier ne contienne pas d'anamnèse ni de status détaillé. Quant aux commentaires du Dr M\_\_\_\_\_ concernant le trouble dépressif qui ne pouvait être considéré comme la conséquence du trouble somatoforme douloureux, puisque, selon lui, il serait antérieur à ce trouble, la Dresse AE\_\_\_\_\_ a déclaré ne pas partager cet avis pour le motif que l'assuré n'avait jamais présenté de maladie psychiatrique incapacitante auparavant. Elle a estimé que le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément convainquant, puisqu'il n'avait pas relaté l'anamnèse ni le status constaté lors de son entretien, et qu'il avait une appréciation fort différente des critères de la jurisprudence qu'elle ne partageait pas. En conclusion, elle s'est référée à son précédent avis.

#### **E. 41**

Dans sa réponse du 26 juin 2009, l'Office AI a conclu au rejet du recours, en se référant aux avis du SMR des 9 avril 2009 et 23 juin 2009.

#### **E. 42**

Par lettre de son conseil du 8 septembre 2009, le recourant a relevé que la critique de la Dresse AE\_\_\_\_\_ selon laquelle le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 19 mai 2009 ne serait pas déterminant au motif qu'il ne comportait pas son anamnèse était mal fondée, essentiellement dans la mesure où le médecin précité avait déjà exposé cette anamnèse dans son précédent rapport du 2 avril 2008.

#### **E. 43**

Lors de son audition par le Tribunal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 3 décembre 2009, après avoir pris connaissance du rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 19 mai 2009, la Dresse AA\_\_\_\_\_ a déclaré que, dans son rapport du 28 novembre 2008, elle avait dû examiner les divers avis des experts qui avaient examiné le recourant, y compris le premier rapport du Dr M\_\_\_\_\_. Aucun des médecins n'avait contesté la problématique de l'état dépressif. Dans son premier rapport, le Dr M\_\_\_\_\_ avait intégré la problématique douloureuse comme l'un des symptômes de l'état dépressif, ce qui n'était pas sa position dans son rapport. En analysant l'évolution de l'état dépressif dans le temps de 2002 à 2008, elle avait constaté qu'il y avait une évolution de l'intensité. En revanche, la problématique douloureuse demeurait constante. C'était le seul moyen de comprendre les divergences de diagnostic entre les divers psychiatres. L'état dépressif était toujours présent, mais était décrit par les différents médecins une fois comme trouble anxio-dépressif et d'autres fois comme trouble dépressif moyen ou léger, jusqu'à trouble dépressif sévère. La Dresse AA\_\_\_\_\_ en a déduit que l'état dépressif avait évolué durant ce laps de temps. A partir du moment où le syndrome douloureux n'avait pas évolué de la même manière que l'état dépressif, elle avait estimé qu'il constituait un diagnostic à part. C'est ce qui expliquait la différence entre son rapport et le premier rapport du Dr M\_\_\_\_\_.

A/1943/2009 - 16/40 - Elle était d'avis que le retrait social du recourant était relatif vu les contacts familiaux qu'il entretenait. Par rapport aux conclusions du Dr M\_\_\_\_\_, elle estimait qu'il s'agissait d'une différence d'appréciation et qu'il était difficile de se déterminer par rapport aux nouvelles conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ dans la mesure où il admettait désormais ses diagnostics, mais se référait à son premier rapport en ce qui

concernait l'incapacité de travail. Par rapport au syndrome de Ménière, elle a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une pathologie psychique, mais d'une maladie somatique, de sorte qu'elle n'avait pas d'influence sur le plan psychique et ne l'avait donc pas intégrée dans son appréciation. Concernant la perte d'intégration sociale, elle a indiqué qu'il s'agissait d'éléments provenant du patient que l'on ne pouvait pas objectiver. Par rapport au traitement prodigué au recourant, qui, selon elle, n'était pas suffisant, elle a indiqué qu'elle avait constaté que le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte de cet élément. Elle était d'avis que l'état psychique du recourant pourrait être amélioré avec un traitement plus adéquat, en précisant qu'il avait suivi le même traitement durant plusieurs années à mêmes doses. Elle a précisé qu'il aurait fallu essayer d'autres médicaments, voire d'autres dosages. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas pris contact avec le psychiatre traitant du recourant à ce sujet, en précisant qu'il n'était pas dans le rôle d'un expert de prendre contact avec le psychiatre traitant pour discuter du traitement en cours. Elle a estimé que la capacité de travail du recourant de 30% en fonction de l'évaluation de son état au moment de l'expertise pourrait s'améliorer avec un traitement plus adéquat. La Dresse AA\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il lui était difficile de se positionner par rapport aux conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ en ce sens que ses diagnostics avaient évolué d'un rapport à l'autre, mais pas la capacité de travail. Elle n'arrivait donc pas à comprendre les raisons pour lesquelles les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ seraient préférables aux siennes. Elle avait constaté que le recourant faisait preuve d'une certaine exagération, sur la base de la modulation, de l'expression et de la tonalité de ses propos. Elle n'avait toutefois pas tenu compte de cet aspect dans l'appréciation de la capacité de travail. Elle n'avait pas pris contact avec le psychiatre traitant du recourant, son avis lui étant connu puisqu'elle disposait des rapports précédents. Avant d'examiner le recourant, Dresse AA\_\_\_\_\_ avait pris connaissance de la partie principale du rapport établi par la Dresse AC\_\_\_\_\_. Ensuite seulement, elle avait intégré les précédents rapports psychiatriques lors de l'établissement du sien. Elle ne s'est pas souvenue si elle avait pris connaissance des rapports d'expertise établis précédemment, en précisant qu'elle avait pour habitude de ne pas le faire pour conserver un regard neutre. Elle a précisé que le centre d'expertises médicales (COMAI) faisait appel à des médecins consultants, comme cela était le cas pour elle. Elle effectuait une dizaine d'expertises par mois pour le COMAI. Elle avait suivi une spécialisation pour A/1943/2009 - 17/40 - effectuer des expertises, en particulier auprès du CMU. Son travail d'expertise représentait entre un tiers et la moitié de son activité (soit entre 1,5 et 2 jours par semaine). La rémunération pour une expertise était fixée selon un tarif établi et indépendamment des conclusions du rapport du médecin.

#### **E. 44**

Lors de son audition par le Tribunal de céans (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 3 décembre 2009, le Dr M\_\_\_\_\_ a déclaré qu'entre son premier rapport (du 2 avril 2008) et le second (du 19 mai 2009), l'Office AI avait mis en œuvre un rapport d'expertise établi par un autre confrère. Dans son premier rapport, il avait déjà constaté que le recourant souffrait d'une pathologie dépressive et d'un trouble somatoforme douloureux. Il avait estimé à l'époque que ces deux pathologies se superposaient et qu'il n'y avait pas lieu de les distinguer. En consultant le rapport d'expertise de la Dresse AA\_\_\_\_\_, il avait constaté qu'elle avait distingué ces deux pathologies et s'était finalement rendu à ses arguments. Il ne partageait en revanche pas la conclusion de l'expert en ce qui concerne l'incapacité de travail du recourant. Il estimait

qu'à côté des troubles somatoformes douloureux, il existait des facteurs qui annihilait sa volonté à lutter contre les effets de ce trouble somatoforme douloureux. Ces facteurs étaient d'une part l'état dépressif, d'autre part l'annihilation de toute intégration sociale, reconnue par la Dresse AA\_\_\_\_\_, et enfin la cristallisation de la situation, qu'il n'estimait pas utile de démontrer. La différence entre les deux rapports s'expliquait par le diagnostic indépendant relatif au trouble somatoforme douloureux qui avait été posé, auquel s'ajoutaient les facteurs précités. Le Dr M\_\_\_\_\_ a déclaré ne pas être d'accord avec l'avis de la Dresse AA\_\_\_\_\_, selon lequel l'état dépressif serait passé du stade sévère à léger. Lorsqu'il avait examiné le recourant, lors de l'établissement de ses deux rapports, il avait constaté un état dépressif moyen, lequel se déterminait selon la classification CIM 10ème édition, en fonction de l'atteinte des fonctions de base (sommeil, appétit) et de la présence d'un certain nombre de symptômes supplémentaires (tristesse pathologique, isolement social, trouble de la concentration, etc.). Cet état ne nécessitait habituellement pas d'hospitalisation, mais atteignait les capacités de travail du patient. En cas d'état dépressif grave, il y avait un risque suicidaire et donc fréquemment hospitalisation. Selon lui, il était difficile de donner une prépondérance à l'état dépressif ou au trouble somatoforme, estimant qu'ils coexistaient. Dans son deuxième rapport, il n'avait pas exposé l'anamnèse dans la mesure où il l'avait fait dans son premier rapport. Lors de l'examen du recourant, il n'avait pas constaté de tendance à l'exagération. Le Dr M\_\_\_\_\_ considérait que le recourant était totalement incapable de travailler, dans toutes activités confondues, en raison de son affection psychique. Plus concrètement, il n'arrivait pas à trouver les ressources en lui pour surmonter ses problèmes eu égard au cumul des pathologies.

A/1943/2009 - 18/40 -

#### **E. 45**

Par courrier du 11 mai 2009, l'Office AI a persisté à conclure au rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR du même jour dans lequel la Dresse AE\_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr M\_\_\_\_\_ n'appliquait pas les critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral et que l'audition des témoins n'avait pas apporté d'élément nouveau.

#### **E. 46**

Par lettre de son avocat du 28 mai 2010, le recourant a considéré avoir démontré que son incapacité de travail était totale ou, à tout le moins, supérieure à 80%, de sorte qu'un droit à une rente entière d'invalidité devait lui être reconnu, sans instruction complémentaire. Il a conclu à titre très subsidiaire à une nouvelle expertise. Il a critiqué le rapport d'expertise de la Dresse AA\_\_\_\_\_ qui, selon lui, ne répondait pas aux critères fixés par la jurisprudence, tout mettant en doute son impartialité vu l'apport financier que lui procurait l'activité accessoire d'expert régulièrement mandaté par l'Office AI.

#### **E. 47**

Par courrier du 6 décembre 2010, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise pluri-disciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et otoneurologique) et de la confier au Bureau Romand d'Expertises Médicales (ci-après : BREM), en leur communiquant la mission d'expertise.

#### **E. 48**

Sur la base de l'avis médical de la Dresse AE\_\_\_\_\_ du SMR du 9 décembre 2010, l'intimé a fait savoir à la Chambre de céans, par écriture du 14 décembre 2010, qu'il n'avait

pas de motif de récusation ni de questions complémentaires à ajouter à la mission d'expertise.

#### **E. 49**

Par courrier du 16 décembre 2010, le recourant a déclaré n'avoir pas d'objections quant à l'expertise proposée, ni quant aux questions posées. Par rapport au choix des experts, il a indiqué qu'il conviendrait de connaître l'identité des médecins chargés de l'expertise.

#### **E. 50**

Par courrier du 2 mars 2011, la Chambre de céans a informé les parties que, selon les informations finalement communiquées par le BREM, les experts pouvant se charger de la mission d'expertise seraient le Dr AF\_\_\_\_\_ pour la partie rhumatologique et la Dresse AG\_\_\_\_\_ (recte : AH\_\_\_\_\_ ) pour la partie psychiatrique. Elle a ajouté que, pour la partie oto-neurologique, le BREM avait indiqué ne plus prendre en charge ce domaine, si bien qu'il avait proposé de contacter le Dr AK\_\_\_\_\_. 51. Par ordonnance du 4 avril 2011, la Chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluri-disciplinaire qu'elle a confiée aux Dr AF\_\_\_\_\_ (pour la partie rhumatologique), Dresse AH\_\_\_\_\_ (pour la partie psychiatrique) et Dr AK\_\_\_\_\_ (pour la partie oto-neurologique). 52. Par courrier de son avocat du 13 avril 2011, le recourant a indiqué qu'à sa connaissance, la Dresse AH\_\_\_\_\_ était systématiquement mise en œuvre par l'assurance-invalidité, ce qui constituait une cause de récusation, tout en ignorant ce

A/1943/2009 - 19/40 - qu'il en était des deux autres experts, mais en demandant à la Chambre de céans de les interroger à ce sujet. 53. Par courrier du 4 mai 2011, la Chambre de céans a demandé aux Drs AF\_\_\_\_\_, AH\_\_\_\_\_ et AK\_\_\_\_\_ du 4 mai 2011 d'indiquer le nombre d'expertises pour lesquelles ils avaient été mandatés (directement ou indirectement, p. ex. par l'intermédiaire du BREM) par l'assurance-invalidité en 2010 et le pourcentage que cela représentait par rapport à l'ensemble des expertises qui leur avaient été confiées en 2010. 54. Le 9 mai 2011, le Dr AK\_\_\_\_\_ du 9 mai 2011 a répondu qu'il avait été mis en œuvre à 17 reprises en 2010, à l'initiative du CEMed, du Centre d'expertise médicale du Dr AD\_\_\_\_\_, de la SUVA, de l'AI, du BREM et de différentes assurances privées, et qu'en 1997, il s'était prononcé sur les résultats d'examen subis par le recourant sans les avoir effectués lui-même. 55. Par lettre du 15 juin 2011, le Dr AF\_\_\_\_\_ a déclaré, au nom du BREM et en association avec la Dresse AH\_\_\_\_\_, qu'il ne pouvait pas répondre à la question de la Chambre de céans dans la mesure où il ne tenait pas de statistiques concernant la répartition des cas en fonction des assurances. 56. Par courrier de son avocat du 24 juin 2011, le recourant a indiqué que la réponse du Dr AK\_\_\_\_\_ était satisfaisante alors que celle des Drs AF\_\_\_\_\_ et AH\_\_\_\_\_ laissait à désirer, en concluant que s'il était disposé à accepter que la nomination du Dr AF\_\_\_\_\_, il sollicitait en revanche la récusation de la Dresse AH\_\_\_\_\_ et son remplacement par le Dr AL\_\_\_\_\_. 57. Par ordonnance du 8 juillet 2011, contre laquelle aucun recours n'a été interjeté, la Chambre de céans a rejeté la demande de récusation formée par le recourant. 58. Par courrier de son avocat du 13 juillet 2011, le recourant a derechef mis en doute l'indépendance de la Dresse AH\_\_\_\_\_ et a communiqué deux rapports - en italien - rendus dans le cadre d'une demande de prestations d'invalidité formée auprès des autorités italiennes : a) un rapport de consultation technique en matière médico-légale du 7 juillet 2011 - effectué à la demande du Juge du tribunal de Bergame, section travail et prévoyance -, dans lequel le Dr AM\_\_\_\_\_, médecin-chirurgien spécialiste en médecine du travail, a

exposé brièvement l'anamnèse physiologique du recourant avant d'indiquer qu'il résultait des certificats et rapports médicaux en relation avec la période 2002-2008 que le recourant avait subi une période pratiquement continue de maladie du mois de décembre 2002 au jour du rapport et qu'il avait décidé de soumettre le précité à une visite spécialisée auprès d'un centre «stress et inaptitudes au travail», avant de conclure que, sur la base des actes et de la documentation en cause, il était possible de dire que le recourant se trouvait dans l'impossibilité absolue et permanente d'exécuter une quelconque activité professionnelle et ce dès le mois de décembre 2002.

A/1943/2009 - 20/40 - b) un rapport du centre du stress et de l'inadaptation du 22 mars 2011, dans lequel les Drs AN\_\_\_\_\_ et AP\_\_\_\_\_ ont exposé les antécédents physiologiques du recourant, ses antécédents pathologiques lointains et proches, et ses limitations fonctionnelles, avant de diagnostiquer un trouble dépressif majeur récurrent en comorbidité avec des troubles de somatisation multiples non compensée par un traitement pharmacologique en cours et de conclure que les conditions adaptatives et cognitives orientaient vers un cadre d'inaptitude à entreprendre toute activité professionnelle lucrative. 59. Par lettre de son avocat du 28 octobre 2011, le recourant a fourni une traduction des rapports médicaux italiens ainsi que d'un jugement rendu par la Chambre du travail du Tribunal de Bergame du 7 juillet 2011, condamnant l'Institut National de Prévoyance Sociale à verser au recourant une rente d'incapacité totale de travail à partir du 1er décembre 2003, plus intérêts et dépens; l'autorité judiciaire a considéré que les conclusions de l'expert, dûment motivées et non contestées par l'institut précité, devaient être partagées. 60. Lors d'un entretien téléphonique du 17 novembre 2011 avec la Dresse AH\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé avoir attesté d'une pleine capacité de travail du recourant à 100% dès le 11 octobre 2004. 61. Dans un rapport d'expertise du 31 janvier 2012, après avoir exposé les données subjectives de l'expertisé (anamnèse sociale, histoire clinique et plaintes actuelles) et les constatations objectives (status somatique, status psychiatrique, examens complémentaires radiologiques et autres examens complémentaires), les Drs AF\_\_\_\_\_, AH\_\_\_\_\_ et AK\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, (1) un déficit cochléo-vestibulaire gauche total sur maladie de Ménière (CIM10 : H81.0), dont l'origine ne pouvait être datée faute de données entre l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_ de décembre 2008, qui montrait encore en activité partielle de la fonction cochléo-vestibulaire, et le bilan effectué, qui ne montrait plus aucune activité de cette fonction, (2) des troubles mixtes de la personnalité (traits narcissiques et explosifs décompensés) (F61.0), présents dès jeune adulte, mal compensés depuis mars 2011 puis décompensés, (3) un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), présent depuis mars 2011, et, sans répercussion sur la capacité de travail, (4) une surdité neuro-sensorielle partielle à droite (CIM10 : H91.1), probablement depuis 2008, avec une surdité de 24.9%, mais avec une aggravation progressive puisque cette surdité atteignait désormais 41.9%, (5) des cervico-dorso-lombalgies sur des troubles dégénératifs modérés (M51) depuis une date indéterminée, (6) une dysthymie (F34.1) à épisode dépressif léger (F32.0) de 2003 à 2008 (épisode de dépressif moyen sans syndrome somatique en mai 2008, épisode dépressif léger en novembre 2008, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique en mai 2009), (7) syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.24) présent depuis 25 ans. Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu qu'il avait été difficile de connaître exactement les plaintes du recourant mais que, finalement, ils avaient

A/1943/2009 - 21/40 - compris qu'il souffrait principalement de douleurs du rachis. L'examen clinique avait mis en évidence des troubles de la posture liés à l'obésité et à des rétractations des chaînes musculaires. Les radiographies avaient montré des discopathies modérées cervicales, dorsales et lombaires entrant dans le cadre de l'usure normale du rachis et non comme la conséquence d'un accident. Un début de gonarthrose bilatérale avait également été constaté radiologiquement. Ils en ont conclu que le recourant ne souffrait pas d'une pathologie invalidante du point de vue rhumatologique, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et qu'il pouvait travailler à 100% comme conseiller en assurances ou dans un emploi équivalent de bureau. Sur le plan oto-rhino-laryngologique, les experts ont retenu que le recourant souffrait de la Maladie de Ménière depuis 1997. Sur le plan auditif, en plus d'une surdité totale à gauche, il y avait une sensible diminution de l'audition à droite, avec actuellement une perte auditive de 41,9%. L'assuré était gêné sur le plan de la compréhension, puisqu'il ne parvenait à bien comprendre une conversation que lorsqu'il se trouvait dans une ambiance très calme, si possible avec un seul interlocuteur ; lorsqu'il y en avait plusieurs, il fallait impérativement que chacun parle à tour de rôle, face à lui. Dans une ambiance semi-bruyante à bruyante, même avec un seul interlocuteur, la conversation n'était que très partiellement voire pas du tout comprise. Il n'y avait aucun traitement permettant de restaurer cette fonction auditive altérée. Sur le plan vestibulaire, le recourant souffrait d'une aréflexie à gauche, sans aucun traitement permettant de restaurer cette fonction vestibulaire. Il s'agissait d'un déficit vestibulaire chronique, puisque, à l'examen de la fonction vestibulaire réalisé au HUG en décembre 1997, il y avait déjà le même état. Vu l'évolution de sa maladie de Ménière, avec une surdité totale et une aréflexie vestibulaire unilatérale à gauche, le recourant ne présenterait plus de vertiges en crises comme au début de la maladie, mais, en revanche, souffrirait d'un déséquilibre chronique. Il n'y avait pas de traitement permettant de faire disparaître ce déséquilibre. Du point de vue des limitations fonctionnelles, cela signifiait que le recourant ne pouvait pas travailler en mouvement, se déplacer rapidement, travailler sur des échelles, des échafaudages, des plans instables, au contact de machines par exemple tournantes, qui pourraient le happer. Le recourant ne pouvait pas faire de mouvements répétitifs de la tête ou du corps dans le plan horizontal, dans le plan vertical. Il ne pouvait pas conduire de véhicule professionnel. Une telle atteinte vestibulaire génère des troubles cognitifs et, dans la plupart des cas, un nouvel apprentissage s'avérait très difficile, voire même impossible. Les experts ont conclu qu'en l'état, la capacité de travail du recourant leur apparaissait comme nulle. En ce qui concerne l'évolution de la pathologie otoneurologique du recourant, les experts ont retenu que, sur le plan auditif, ils manquaient de données par rapport à octobre 2004, mais qu'il y avait eu une aggravation, tant à gauche qu'à droite, entre juin 2006 (la perte auditive à gauche était de 70,4%), décembre 2008 (à gauche de 94,5%) et actuellement (à gauche de 100%). Sur le plan vestibulaire, il n'y avait eu aucune modification entre 1997 et actuellement.

A/1943/2009 - 22/40 - Sur le plan psychiatrique, les experts ont indiqué qu'ils partageaient l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ de février 2004, qui avait diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte et un syndrome douloureux somatoforme indifférencié, n'interférant pas sur la capacité de travail, et que, sur la base de son rapport subséquent du mois de juin 2004, une régression des symptômes anxieux et dépressifs pouvait être admise. En revanche, ils ont indiqué ne pas être d'accord avec le diagnostic posé en mai 2005 par la Dresse J\_\_\_\_\_ (épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique présent depuis 2003 et autre trouble spécifique de la personnalité présent depuis l'adolescence), en indiquant qu'il

était difficile de distinguer les constatations objectives des plaintes subjectives du recourant et que, sur la base des symptômes décrits (dévalorisation, tristesse, sentiments d'incurabilité et d'inutilité, parfois désespoir et troubles du sommeil), le diagnostic d'épisode dépressif léger, voire dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail, devait être préféré à celui d'épisode dépressif sévère, avec interférence sur la capacité de travail. Sans se déterminer sur la capacité de travail du recourant, les experts ont indiqué partager l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ de novembre 2006, posant le diagnostic de dysthymie, celui du Dr M\_\_\_\_\_ d'avril 2008, ayant diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, ainsi que l'avis de la Dresse AA\_\_\_\_\_ de novembre 2008, en tant qu'elle avait diagnostiqué un épisode dépressif léger, mais n'ont pas pu se déterminer sur le bien-fondé du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, faute de discussion sur les points concernant la vie sociale, les éventuels bénéfices primaires ou secondaires et les ressources psychiques au courant. Les experts n'ont pas pu apprécier le bien-fondé de l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ de mai 2009 en l'absence d'anamnèse et de status. Ils ont en revanche estimé que, sur la base du rapport des Dr AN\_\_\_\_\_ et AP\_\_\_\_\_, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique pouvait être retenu en novembre 2011. Lors de l'examen auquel ils ont procédé, les experts ont retenu que, dans les éléments thymiques, ont été objectivés une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, une vision négative des perspectives d'avenir auxquels le recourant relatait des troubles du sommeil (endormissement prolongé et réveils fréquents), ceux-ci associés à une anhédonie, à un réveil très matinal, à une agitation manifeste et à une absence de libido. Ces symptômes correspondaient à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le recourant ne présentait pas de manque d'énergie vitale, de manque d'appétit ou de perte pondérale, de difficultés à soutenir son attention à se concentrer ou d'idéation suicidaire franche. En revanche, des idées hétéro-agressives scénarisées à l'encontre des Dr G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ étaient présentes. Le discours était émaillé d'une tendance à interpréter les événements, par un vécu persécutoire avec un discours d'une violence extrême à l'encontre des médecins, des experts, des juges, des avocats, du monde sportif, par une tendance rancunière tenace à l'encontre de la société, une difficulté à contrôler ses impulsions, une instabilité émotionnelle,

A/1943/2009 - 23/40 - correspondant à des traits décompensés de personnalité explosive (ou impulsive) et narcissique. Ces éléments avaient déjà été décrits dans les expertises précédentes mais leur intensité avait été probablement insuffisante puisqu'ils ne figuraient pas dans les diagnostics. Actuellement ces traits de personnalité étaient décompensés et perturbaient le fonctionnement au quotidien de l'expertisé. Les experts n'avaient par ailleurs pas relevé de symptômes ou d'exagération des symptômes et la recherche pour un trouble anxieux, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose s'était révélée négative. En d'autres termes, les experts ont retenu que le recourant présentait dès 2001 un trouble anxio-dépressif évoluant en un épisode dépressif léger alternant avec une dysthymie; l'intensité de ces épisodes dépressifs (léger à moyen), sans syndrome somatique, n'entraînait pas de limitations fonctionnelles jusqu'en 2011 et n'était pas incapacitante. Depuis début 2011, dus aux nombreux conflits assécurologiques et aux problèmes psychosociaux majeurs, les traits de personnalité narcissiques et explosifs, jusqu'alors compensés, s'étaient décomposés progressivement et étaient associés à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ils entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : une anhédonie, un retrait social, une agitation psychique, une

tension interne, un abaissement de la thymie, un sentiment de dévalorisation, une absence de projection dans l'avenir avec une vision négative des perspectives futures, une hétéro-agressivité majeure et un vécu persécutoire. Ces limitations entraînaient une incapacité de travail de 100% dans toutes activités depuis mars 2011. En conclusion, les experts ont retenu, en l'absence de données suffisantes entre 1997 et 2008 sur le plan ORL, une diminution progressive non quantifiable de la capacité de travail dans l'activité de conseiller en assurances dès 2004 pour atteindre une incapacité totale dès décembre 2008 (selon l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_), ceci pour des raisons uniquement otoneurologiques. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, les experts ont retenu, sur le plan otoneurologique, une incapacité de travail progressive dès 2009. Enfin, dès mars 2011, l'incapacité de travail était entière dans toutes activités pour des raisons psychiatriques et otoneurologiques. Sur le plan rhumatologique, les experts n'ont retenu aucune incapacité de travail. 62. Par courrier de son avocat du 24 février 2012, le recourant a sollicité l'audition des Dr AK\_\_\_\_\_ et Dresse AH\_\_\_\_\_, en précisant que les réponses des experts notamment quant à l'évolution de l'invalidité sur le plan ORL depuis 1999 de même qu'en ce qui concerne l'invalidité sur le plan psychique jusqu'au 11 octobre 2004 n'étaient pas extrêmement claires. 63. Par lettre du 27 février 2012, l'Office AI s'est référé à un avis du SMR du 31 janvier 2012, selon lequel il était étonnant d'apprendre que le Dr AK\_\_\_\_\_ avait été le médecin traitant du recourant en 1999 et que, malgré ce fait, il avait accepté le mandat d'expertise, les personnes qui avaient fait l'objet de propos menaçants de la part du recourant lors de son examen psychiatrique devraient être A/1943/2009 - 24/40 - prévenues, et, enfin, il était souhaitable que le Dr AK\_\_\_\_\_ se prononce de manière plus précise sur l'évolution de la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle tout comme dans une activité adaptée dès mars 2001. 64. Par courrier de son conseil du 22 mars 2012, le recourant a relevé que l'intervention ponctuelle du Dr AK\_\_\_\_\_ par le passé était parfaitement connue des parties avant l'expertise, puisqu'en réponse à une interpellation de la Chambre de céans, ce médecin avait fourni tous renseignements utiles sans susciter une quelconque réaction de la part de l'Office AI. 65. En date du 19 avril 2012, la Chambre de céans a procédé à l'audition des Dr K\_\_\_\_\_ et Dresse AH\_\_\_\_\_. À cette occasion, le Dr AK\_\_\_\_\_ a commencé par déclarer que lorsque l'expertise lui avait été confiée, le nom du recourant ne lui disait rien ; c'est ce dernier qui lui a indiqué, lorsqu'il est venu dans son cabinet pour l'expertise, qu'il était déjà venu le consulter il y a une vingtaine d'années. Par la suite, l'expert a retrouvé son dossier dans ses archives et a constaté qu'en 1999, le recourant l'avait consulté non pas pour les symptômes habituels d'une maladie de Ménière, mais pour une pression dans l'oreille. Il lui avait proposé la pose d'un drain, ce qui avait été fait le 19 janvier 1999, puis l'avait vu à plusieurs reprises jusqu'au 18 janvier 2000, pour des contrôles uniquement. A cette époque, il avait pratiqué un audiogramme, à l'exclusion d'autres examens car un dossier complet lui avait été transmis. L'expert s'est engagé à communiquer son dossier de l'époque à la Chambre de céans. Cette affection n'avait pas engendré d'incapacité de travail à l'époque. L'expert a déclaré être dans l'impossibilité de se prononcer sur l'évolution de la maladie de Ménière dont souffrait le recourant entre 1997 et 2008, dans la mesure où il n'y avait pratiquement eu aucun examen intermédiaire. Les pourcentages de perte auditive avaient toutefois évolué comme suit s'agissant de l'oreille gauche : 14,9% en décembre 1997, 30,1% en janvier 1999, 70,5% en juin 2006, 94,5% en décembre 2008 et 100% en mai 2011. A droite, l'audition s'était également altérée comme suit : inférieure à 1%, en 1999, 1,4%, en 2006, 11,5%, 24,9% en août (recte : décembre) 2008, et 41,9% en mai 2011%.

L'expert s'est référé à l'annexe 1 du rapport d'expertise. Il a ajouté ne pas être en mesure de se déterminer sur la pertinence de l'avis de la Dresse N\_\_\_\_\_ selon lequel le recourant, en décembre 2008, disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, pour le motif qu'il ne disposait pas des éléments que la Dresse N\_\_\_\_\_ avait. Le Dr AK\_\_\_\_\_ a également déclaré que, sur le plan auditif, en présence d'une surdité totale d'une oreille et de 50% de l'autre, une activité adaptée à 100% était possible. En revanche, sur le plan vestibulaire, cela était beaucoup plus difficile. En effet, les déplacements étaient très problématiques, notamment lorsqu'ils comportaient des positions debout. C'étaient des problèmes d'équilibre que cette affection

A/1943/2009 - 25/40 - engendrait. De plus, l'assuré était g n  pour faire des mouvements répétitifs de la tête et du corps. Les problèmes vestibulaires étaient souvent accompagnés de troubles cognitifs, tels des problèmes de mémoire, de concentration et d'inversion de la droite et la gauche. Ne faisant pas de neuropsychologie, l'expert a indiqué ne pas être en mesure d'indiquer si le recourant souffrait de tels problèmes, tout en relevant que l'expertise effectuée en Italie les avait signalés. Le système vestibulaire était très complexe et très difficile à investiguer. Il réagissait à des accélérations importantes. Lors des tests, il était difficile de stimuler avec des hautes fréquences. De plus, les tests n'étaient pas complets en ce sens qu'ils ne stimulaient qu'un seul récepteur sur les cinq qui existent par oreille. Par rapport au recourant, l'expert a constaté qu'en 1997, il y avait une faible réactivité, que celle-ci était encore présente en décembre 2008 et qu'elle avait disparu lorsqu'il l'a examiné. Par rapport à son avis selon lequel, dans une activité adaptée, sur le plan oto- neurologique, l'incapacité de travail était progressive dès 2009, l'expert a précisé que le point de départ était le rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_ admettant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, en ajoutant que s'il avait examiné le recourant en décembre 2008, il aurait probablement déjà retenu une incapacité de travail. Pour justifier son avis selon lequel l'incapacité de travail était progressive, l'expert a indiqué que la faible réactivité du système vestibulaire existant en décembre 2008 avait disparu lors de son examen de l'assuré. Pour le reste, l'expert s'était fi  à l'avis qu'il aurait eu en décembre 2008, en précisant toutefois qu'à l'époque, il subsistait une faible capacité résiduelle d'audition. En présence d'une perte de l'audition de 95%, il était difficile d'évaluer la manière dont le patient percevait les messages auditifs. Cela variait d'un patient à l'autre. Il était difficile de comparer une surdité de 95% avec une surdité totale, qui est retenue à partir d'un seuil auditif de 90 décibels. Dans le cas du recourant, l'expert avait été jusqu'à 120 décibels – ce qui représentait une voix hurl e – sans que le recourant n'ait perçu quelque chose. L'expert a précisé que c'était au moyen de l'interprétation des données médicales qu'il divergeait de l'avis de la Dresse N\_\_\_\_\_. Quant à la Dresse AH\_\_\_\_\_, elle a déclaré que, par rapport à l'incapacité totale depuis mars 2011, elle s'était référée à ses collègues de Milan, puisqu'elle n'avait examiné le recourant qu'à la fin de l'année 2011. Par rapport à cette date de mars 2011, elle s'était basée sur l'évolution entre le rapport du 19 mai 2009 et celui de ses collègues italiens. C'était surtout le trouble de la personnalité qui avait pris le dessus sur la problématique dépressive. L'experte aurait également pu dire que cette incapacité commençait à partir de l'été 2011, compte tenu de l'examen effectué sur l'assuré le 11 novembre 2011. Par rapport aux avis du Dr M\_\_\_\_\_, l'experte a indiqué qu'en 2009, le médecin précité avait posé un diagnostic qu'elle n'était pas en mesure d'apprécier, dans la mesure où il n'était étayé ni par un status ni par une anamnèse entre avril 2008 et mai 2009, et cela quand bien même le diagnostic était identique à celui posé en

A/1943/2009 - 26/40 - avril 2008. L'experte n'avait pas pris contact avec le Dr M\_\_\_\_\_ pour connaître la raison de l'absence de status et d'anamnèse. Sans cette anamnèse, l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ ne pouvait pas être utilisé. A son avis, le trouble dépressif dont souffrait le recourant n'était pas incapacitant en 2008. Un épisode dépressif moyen qui n'était pas accompagné d'un syndrome somatique n'était pas incapacitant, étant toutefois précisé que l'incapacité de travail retenue par la suite était due à la conjonction du trouble de la personnalité et de la problématique dépressive. Lorsque l'experte a vu le recourant, il présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, lequel, au regard de son expérience et de la jurisprudence, n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée. C'est la raison pour laquelle l'experte ne partageait pas l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ du 2 avril 2008 retenant une incapacité de 50% dans une activité adaptée. Lorsque l'experte parlait de syndrome somatique, il s'agissait d'anhédonie, de ralentissement psychomoteur le matin avec amélioration l'après-midi (ce qui n'était pas le cas du recourant dont l'état était stable), d'une perte pondérale d'au moins 5% durant le dernier mois et d'absence de libido. Si, avant mars 2011, l'experte n'avait pas retenu de syndrome somatique chez le recourant, c'était sur la base des éléments figurant dans les rapports médicaux de ses collègues, étant précisé qu'elle n'avait pas pris contact avec le psychiatre traitant du recourant à ce sujet. 66. Par pli du 20 avril 2012, le Dr AK\_\_\_\_\_ a communiqué son dossier de 1999 concernant le recourant à la Chambre de céans. 67. Par lettre du 12 mai 2012, l'Office AI a sollicité l'audition de la Dresse N\_\_\_\_\_ ou la mise en œuvre d'une expertise ORL visant à déterminer l'évolution de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée dès 2006, en se référant à un avis du SMR du même jour. Dans cet avis, la Dresse AE\_\_\_\_\_ a relevé en substance que les déclarations du Dr AK\_\_\_\_\_ étaient confuses et n'apportaient pas d'explications pouvant justifier son avis exprimé dans l'expertise, de sorte qu'il convenait soit d'obtenir des explications de la Dresse N\_\_\_\_\_, soit d'ordonner une expertise ORL permettant de connaître l'évolution de la capacité de travail exigible du recourant depuis 2006, alors qu'en revanche, les déclarations de la Dresse AH\_\_\_\_\_ étaient convaincantes. 68. Dans des observations du 11 mai 2012, le recourant a persisté à conclure à l'annulation de la décision de l'Office AI du 4 mai 2009 et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2005. En substance, après avoir relevé les divergences d'avis médicaux, le recourant a estimé qu'il fallait admettre avec une vraisemblance prépondérante – applicable au cas, vu les lacunes médicales du dossier – que son état de santé ne s'était pas amélioré en janvier 2005, conformément aux avis de ses médecins traitants, et que pour la période jusqu'à mai 2009, il fallait prendre en compte une évolution certaine mais non documentée de l'atteinte auditive et une atteinte certaine sur le plan psychique ayant des conséquences sur la capacité de travail.

A/1943/2009 - 27/40 - 69. Après échange des écritures des parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143

al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en la forme et dans le délai prescrits, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA). 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré à compter du mois d'octobre 2004, au point de ne plus présenter une invalidité ouvrant le droit aux prestations et, partant, si - en mai 2009 - l'Office AI était fondé à supprimer la rente entière d'invalidité du recourant à partir du 1er janvier 2005. 4. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). b) 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). Est réputée incapacité

A/1943/2009 - 28/40 - 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 (art. 7 LPGA). 5. a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). b) Selon une jurisprudence constante et notamment en cas de révision, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248, consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement,

et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1b ; ATF 131 V 242, consid. 2.1). En l'espèce, seuls les faits survenus jusqu'en mai 2009 devront être pris en compte, étant précisé qu'un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (cf. ATF 99 V 98, consid. 4 p. 102; ATF 9C\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2 ; ATF 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012). 6. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

A/1943/2009 - 29/40 - 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 322 consid. 5a). b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit

des assurances sociales, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH*, Bâle 2000 p. 268). c) Lorsque, 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

A/1943/2009 - 30/40 - 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 353 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 7. En l'espèce, la décision d'octroyer une rente d'invalidité entière au recourant dès novembre 2003 a été prise le 27 avril 2006, pour des motifs d'abord orthopédiques puis psychiatriques, essentiellement sur la base des rapports d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 juin 2003 pour l'aspect rhumatologique et, pour l'aspect psychique, sur les rapports d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ de février et juin 2004 et du Dr L\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2006. Ces documents servent ainsi de point de départ pour l'examen d'une éventuelle amélioration de l'état de santé du recourant. En revanche, l'aspect otologique n'a pas été pris en compte dans la décision du 27 avril 2006. a) S'agissant de l'aspect rhumatologique, il ressort du dossier, singulièrement du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 5 mars 2003 et du rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 mars 2003 qu'en avril 2003 déjà, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ne pouvait plus être retenu. L'Office AI s'est basé sur ce dernier avis pour rendre sa décision (ch. 12 et 14 supra). Cet avis a été corroboré par le rapport d'expertise du 31 janvier 2012 dans lequel le Dr AF\_\_\_\_\_ a retenu que le recourant ne souffrait pas d'une pathologie invalidante du point de vue rhumatologique, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et qu'il pouvait travailler à 100% comme conseiller en assurances ou dans un emploi équivalent de bureau.

A/1943/2009 - 31/40 - La Chambre de céans considère dès lors que, du point de vue rhumatologique, l'état de santé du recourant s'est effectivement amélioré de manière durable au point que dès le mois de mai 2003 – et donc encore en octobre 2004 –, aucun diagnostic invalidant ne pouvait plus être retenu et que, de ce fait, la décision litigieuse de l'Office AI était justifiée. b) Du point de vue psychique, au moment de rendre sa décision du 27 avril 2006, l'Office AI s'est basé sur les premiers avis du Dr F\_\_\_\_\_, les rapports d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ de février et juin 2004 et celui du Dr L\_\_\_\_\_

pour considérer que le recourant présentait une incapacité totale de travail sans toutefois préciser le dies a quo. L'examen des rapports médicaux révèle que c'est essentiellement un état de stress post-traumatique – auquel s'ajoutait une symptomatologie dépressive – qui se trouvait à l'origine de cette invalidité totale. S'agissant du syndrome de stress post-traumatique, les différents médecins ayant examiné le recourant se sont accordés à retenir que ce diagnostic - qui n'a été remis en cause par personne – ne pouvait plus être retenu ou, à tout le moins, n'était plus invalidant à partir du mois d'octobre 2004. En effet, dans son rapport d'expertise de juin 2004, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que le syndrome de stress post-traumatique et le stress avaient nettement régressé (ch. 8 let. d supra), raison pour laquelle il avait estimé que le recourant disposerait d'une pleine capacité de travail à compter du mois d'octobre 2004, alors que le médecin traitant du recourant - le Dr F\_\_\_\_\_ – a indiqué en décembre 2005 que sa mission pour le traitement de l'état de stress post-traumatique était terminée (ch. 15 supra), en précisant en mars 2006 que cette affection avait duré 2 ans consécutivement à l'accident de scooter du 22 novembre 2002 (ch. 16 supra) et en attestant d'une pleine capacité de travail dès le 11 octobre 2004 (ch. 8 let. f et ch. 60 supra). Il faut dès lors admettre que le diagnostic invalidant d'état de stress post-traumatique ne pouvait effectivement plus être retenu en octobre 2004. La question de l'évolution de la symptomatologie dépressive du recourant est en revanche plus litigieuse, différents avis médicaux ayant été exprimés à ce sujet jusqu'au rapport d'expertise du 31 janvier 2012. Dans ce rapport, les experts ont examiné chacun des avis psychiatriques émis au sujet du recourant et exposé les raisons pour lesquelles ils les partageaient ou s'en écartaient. En particulier, les experts se sont distancés de l'avis de la Dresse J\_\_\_\_\_ – qui avait retenu un épisode dépressif sévère totalement invalidant – en indiquant qu'à la lecture du rapport de cette dernière, il était difficile de distinguer ce qu'elle avait objectivé des plaintes subjectives de l'assuré et que si l'on se concentrait sur les symptômes décrits, ils correspondaient à un épisode dépressif léger et non sévère. Par ailleurs, au regard de l'avis du psychiatre traitant - le Dr F\_\_\_\_\_ - de fin juin 2005, attestant de troubles dysthymiques moyens et non d'un épisode dépressif sévère, les experts ont considéré qu'en 2005, l'assuré présentait une variation d'humeur oscillant entre une dysthymie et un épisode dépressif tout au plus léger, n'engendrant pas de limitation suffisante pouvant interférer sur la capacité de

A/1943/2009 - 32/40 - travail. Par rapport à l'avis de la Dresse AA\_\_\_\_\_ – qui a diagnostiqué un trouble dépressif entre moyen et léger et un syndrome douloureux de somatoforme persistant –, les experts ont indiqué que les symptômes dépressifs décrits par le médecin précité correspondaient tout au plus à un épisode dépressif léger, et que ce dernier avait retenu le syndrome douloureux somatoforme persistant comme diagnostic incapacitant sans toutefois discuter les points concernant la vie sociale, les éventuels bénéfices primaires ou secondaires et les ressources psychiques. Enfin, les experts n'ont pas pris en compte l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ de mai 2009, dans la mesure où aucune anamnèse pour la période d'avril 2008 à mai 2009 n'y était exposée. En définitive, les experts ont retenu que le recourant présentait dès 2001 un trouble anxio-dépressif qui, de 2003 à 2008, a évolué en une dysthymie alternant avec un épisode dépressif léger, voire moyen, sans syndrome somatique entre mai et novembre 2008, pour terminer en un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, accompagné de troubles mixtes de la personnalité décompensés, depuis mars 2011. Par rapport à l'incidence de la symptomatologie dépressive du recourant sur sa capacité de travail, les experts ont estimé qu'en l'absence d'un épisode dépressif sévère, la capacité de travail était restée totale. Par rapport à l'avis du

Dr M \_\_\_\_\_, qui, en mai 2008, avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique – diagnostic admis par les experts – entraînant une incapacité de 50% dans une activité adaptée, les experts n'ont pas expliqué leur avis divergent dans leur rapport. Toutefois, lors de son audition par la Chambre de céans, l'expert en charge de la partie psychiatrique - la Dresse AH \_\_\_\_\_ a déclaré qu'à son avis, le trouble dépressif dont souffrait le recourant n'était pas incapacitant en 2008 car, au regard de son expérience et de la jurisprudence, un épisode dépressif moyen non accompagné d'un syndrome somatique n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée. C'était la raison pour laquelle elle ne partageait pas l'avis du Dr M \_\_\_\_\_ d'avril 2008. Elle a précisé que l'incapacité de travail retenue par la suite était due à la conjonction du trouble de la personnalité et de la problématique dépressive; lorsqu'elle avait vu l'assuré, il présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. En revanche, depuis début 2011, dus aux nombreux conflits asséculoologiques et aux problèmes psychosociaux majeurs, les traits de personnalité narcissiques et explosifs du recourant, jusqu'alors compensés, s'étaient décomposés progressivement et étaient associés à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ils entraînaient une anhédonie, un retrait social, une agitation psychique, une tension interne, un abaissement de la thymie, un sentiment de dévalorisation, une absence de projection dans l'avenir avec une vision négative des perspectives futures, une hétéro-agressivité majeure et un vécu persécutoire. Ces limitations entraînaient une incapacité de travail de 100% dans toutes activités. La Chambre de céans considère que les experts ont procédé à une étude circonstanciée des points litigieux, se sont fondés sur des examens complets, ont

A/1943/2009 - 33/40 - pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, ont établi leur rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, ont décrit le contexte médical et ont apprécié la situation médicale de manière claire, et, finalement, ont pris des conclusions qui sont convaincantes et dûment motivées. Précisé par les déclarations faites par la Dresse AH \_\_\_\_\_ devant la Chambre de céans, le rapport d'expertise, singulièrement la partie psychiatrique, remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Dans ces conditions, dans le cadre d'une révision – où la situation ayant justifié l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sert de base de comparaison pour une évaluation postérieure de l'invalidité –, la Chambre de céans retient que, du point de vue psychique, le recourant a souffert d'une symptomatologie dépressive, dont le début peut être fixé à 2001 selon les experts et dont l'intensité a varié, sans toutefois entraîner, à elle seule, d'incapacité de travail durable avant mars 2011; en effet, la période de mai 2008 à novembre 2008, couverte par l'avis du Dr M \_\_\_\_\_ d'avril 2008, n'a pas été d'une durée suffisante pour faire renaître un droit à une rente de l'assurance-invalidité (l'art. 29bis RAI ne trouvant pas application en raison de l'expiration du délai de 3 ans), indépendamment de la question du degré d'invalidité. En d'autres termes, seul l'état de stress post-traumatique - conjugué à la problématique dépressive – a eu une réelle incidence sur la capacité de travail du recourant, puisqu'il a justifié l'octroi d'une rente basée sur un taux d'invalidité de 100%. Il s'ensuit qu'à partir du moment où cet état de stress post-traumatique ne pouvait plus être retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail du recourant – soit le 11 octobre 2004 –, l'état de santé du recourant devait être considéré comme amélioré, puisque seule subsistait la problématique dépressive qui, comme déjà dit, n'était pas invalidante. La Chambre de céans considère dès lors que, du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic invalidant ne pouvait plus être retenu à partir du 11 octobre 2004 et que, de ce fait, la décision litigieuse de l'Office AI était justifiée, sous réserve de la date de la

suppression de la rente qui devait intervenir le 1er février 2005 (soit 3 mois après le 11 octobre 2004) en lieu et place du 1er janvier 2005. En effet, en cas d'allocation d'une rente temporaire, la date de la modification du droit (suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). c) Au plan otoneurologique, la Chambre de céans constate que cet aspect n'a pas été pris en compte dans la décision de l'Office AI du 27 avril 2006. Il faut en déduire que le recourant ne souffrait d'aucune invalidité découlant de sa maladie de Ménière, apparue en 1987 mais diagnostiquée en 1997 et dont les symptômes étaient des vertiges avec hypoacousie et acouphènes (tinnitus), associés à des troubles de l'équilibre (avis du Dr C \_\_\_\_\_ de janvier 1998). Cette absence d'invalidité est au demeurant confirmée par le fait que jusqu'à son accident de la circulation du 22 novembre 2002, le recourant a pu travailler normalement.

A/1943/2009 - 34/40 - Il se pose la question de l'évolution de cette affection otologique et de son incidence sur la capacité de travail du recourant de novembre 2002 (début de l'invalidité retenue par l'Office AI dans sa décision du 27 avril 2006) jusqu'en mai 2009, date déterminante pour l'examen du présent cas (consid. 5b supra). Il ressort du rapport d'expertise du 31 janvier 2012 que les rapports médicaux relatifs à cette pathologie sont rares, de sorte qu'il a été difficile aux experts de remplir leur mission d'expertise. En particulier, l'expert en charge de la partie otologique a déclaré qu'il avait été dans la possibilité de se prononcer sur l'évolution de la maladie de Ménière dont avait souffert le recourant entre 1997 et 2008, dans la mesure où il n'y avait eu pratiquement aucun examen intermédiaire. Après le rapport de la Dresse N \_\_\_\_\_ de décembre 2008, le rapport d'expertise de janvier 2012 confirme que la maladie de Ménière dont souffre le recourant se manifeste sur deux plans, l'un auditif et l'autre vestibulaire. Sur le plan auditif, l'expert a relevé qu'il y avait eu une nette aggravation de la pathologie, puisque la perte auditive de l'oreille gauche était passée de 14,9% en décembre 1997, à 30,1% en janvier 1999, 70,5% en juin 2006, 94,5% en décembre 2008 et 100% en mai 2011; quant à la perte auditive de l'oreille droite, elle était passée de moins de 1% en 1997, à 1,4% en 1999, 11,5% en 2006, 24,9% en décembre 2008 et 41,9% en mai 2011 (annexe 1 au rapport). En revanche, sur le plan vestibulaire, l'expert a relevé qu'il n'y avait eu pratiquement aucune modification par rapport à 1997 (rapport, p. 71). Concernant l'incidence de la maladie de Ménière sur la capacité de travail du recourant, les experts ont relevé que, sur le plan auditif, une surdité totale d'une oreille et une perte auditive de 50% de l'autre gênait le recourant au niveau de la compréhension, puisqu'il ne parvenait pas à bien comprendre une conversation que lorsqu'il se trouvait dans une ambiance très calme, idéalement avec un seul interlocuteur, et que, dans une ambiance semi-bruyante à bruyante, même avec un seul interlocuteur, la conversation n'était que très partiellement voire pas du tout comprise. Toutefois, dans une activité adaptée, le recourant pouvait disposer d'une capacité de travail à 100%. Sur le vestibulaire, les experts ont indiqué que le recourant souffrait d'un déséquilibre chronique, ce qui signifiait qu'il ne pouvait pas travailler en mouvement, ni se déplacer rapidement, travailler sur des échelles, des échafaudages, des plans instables, au contact de machines par exemple tournantes qui pourraient le happer. Il ne pouvait pas faire de mouvements répétitifs de la tête ou du corps dans le plan horizontal, dans le plan vertical, et ne pourrait pas conduire de véhicules professionnels. Toutefois, les experts ont estimé qu'en l'absence de données suffisantes entre 1997 et 2008, ils ne pouvaient quantifier la diminution progressive de la capacité de travail du recourant dès 2004 - sans fournir la moindre explication au sujet de ce dies a quo -, mais qu'en revanche, dès décembre 2008, sur la base

du rapport d'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_, ils pouvaient retenir une incapacité travail de 100% dans l'activité de conseiller en assurances, alors que, dans une activité adaptée, l'incapacité de travail serait

A/1943/2009 - 35/40 - progressive dès cette date. En janvier 2012, les experts ont retenu que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité y compris adaptée. Lors de son audition par la Chambre de céans, l'expert en charge de la partie ORL - soit le Dr AK\_\_\_\_\_ - a précisé qu'il n'était pas en mesure de se déterminer sur la pertinence de l'avis de la Dresse N\_\_\_\_\_ au sujet de la pleine capacité du recourant dans une activité adaptée en décembre 2008, pour le motif qu'il n'était pas en possession de tous les éléments dont disposait le médecin précité. Par rapport à son avis selon lequel, dans une activité adaptée, l'incapacité de travail du recourant était progressive dès 2009, l'expert a précisé que le point de départ était le rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_ admettant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il a ajouté que s'il avait examiné le recourant en décembre 2008, il aurait probablement déjà retenu une incapacité de travail. La Chambre de céans constate que ni la Dresse N\_\_\_\_\_, ni le Dr AK\_\_\_\_\_ n'ont pu retenir une péjoration de l'état de santé du recourant sur le plan ORL entraînant une incapacité de travail dans l'activité de conseiller en assurances avant décembre 2008. Bien que le dernier cité ait estimé que l'incapacité de travail dans l'ancienne activité avait augmenté progressivement dès 2004, sans fournir d'explication quant à ce dies a quo, il n'a pas été en mesure de quantifier cette incapacité, en l'absence de données médicales suffisantes entre 1997 et 2008. Sachant qu'il ne pourra pas être remédié à ce déficit d'informations médicales, une nouvelle expertise ne permettrait pas d'apporter d'éléments médicaux complémentaires et, partant, serait dépourvue d'intérêt, de sorte qu'il ne se justifie pas de l'ordonner, pas plus qu'il ne se justifie d'entendre la Dresse N\_\_\_\_\_, comme évoqué par l'Office AI. En conséquence et sachant qu'il n'existe 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 322 consid. 5a), la Chambre de céans considère qu'entre le 22 novembre 2002 (début de l'invalidité retenue par l'Office AI dans sa décision du 27 avril 2006) et octobre 2004, l'état de santé du recourant, sur le plan ORL, n'a eu aucune incidence sur sa capacité de travail. Cet avis est corroboré par le fait que l'affection vestibulaire - qui seule justifie de retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée depuis 2008, puisque la perte auditive de 100% à gauche et de 50% à droite permet d'exercer une telle activité à 100% - n'a pratiquement pas évolué depuis 1997 et que, jusqu'à l'accident survenu le 22 novembre 2002, les affections otologiques du recourant ne l'ont nullement empêché d'exercer son activité de conseiller en assurances. La Chambre de céans considère dès lors que, du point de vue otologique, les affections dont souffrait le recourant depuis 1997 ne se sont pas aggravées au point qu'en octobre 2004, un diagnostic invalidant aurait dû être retenu et aurait compensé l'amélioration de l'état de santé du recourant sur les plans orthopédique et psychiatrique au point de justifier la poursuite du versement d'une rente d'invalidité. Ainsi, la décision litigieuse de l'Office AI de supprimer toute rente d'invalidité était bien fondée du point de vue otologique également.

A/1943/2009 - 36/40 - S'agissant de la période comprise entre octobre 2004 et mai 2009, la Chambre de céans retient, sur la base de l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_, dont les conclusions n'ont finalement pas été remises en cause dans le rapport d'expertise du 31 janvier 2012, qu'en décembre 2008, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Pour cette période également, les experts n'ont pas été en mesure

de quantifier l'augmentation progressive de l'incapacité de travail du recourant pour parvenir à une incapacité totale en janvier 2012. En conséquence, la Chambre de céans considère qu'il peut être retenu, avec une vraisemblance prépondérante, que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée a perduré durant cinq mois, soit de décembre 2008 à mai 2009, date à partir laquelle les faits nouveaux ne peuvent plus être pris en considération. C'est donc sur cette base qu'il sera procédé à la comparaison des revenus sans et avec invalidité afin d'évaluer l'invalidité du recourant dès décembre 2008. 8. a) 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). b) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique

A/1943/2009 - 37/40 - permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références; ATF non publié du 20 janvier 2010, 9C\_377/2009, consid. 4.2). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06). c) En l'espèce, pour pouvoir estimer le revenu avec invalidité, il convient préalablement de déterminer l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant que ce dernier aurait pu exercer de décembre 2008 à mai 2009. Il y a lieu de rappeler qu'en décembre 2008, la Dresse N\_\_\_\_\_ a retenu que le recourant était en mesure d'exercer une activité ne nécessitant pas une acuité auditive importante et ayant lieu dans le silence. Elle a précisé qu'il lui semblait qu'une activité versée dans la gestion et la direction hôtelière en ambiance bruyante, avec des contacts fréquents avec le public, en ajoutant - sans le motiver - comme agent d'assurance, ne serait pas adéquate. En d'autres termes, les limitations fonctionnelles entraînées par la maladie de Ménière dont souffrait le recourant ne concernaient que l'aspect auditif, à l'exclusion du plan vestibulaire. Cela est au demeurant corroboré par les rapports du Dr M\_\_\_\_\_ du 2 avril 2008 et du Dr D\_\_\_\_\_ du 7 avril 2008, dans lesquels seule la perte auditive est mentionnée comme limitation fonctionnelle, à l'exclusion de celles pouvant découler de la pathologie vestibulaire. Le recourant ne s'est en effet jamais plaint significativement d'un déséquilibre chronique avant l'expertise du 31 janvier 2012, lors de laquelle il a indiqué, pour la première fois, qu'il avait l'impression, sans pouvoir l'affirmer avec certitude, d'une dégradation plus importante de l'audition «avec des sensations vertigineuses augmentées» depuis l'accident de scooter (rapport, p. 55). Dans ces conditions, la Chambre de céans retient que, durant la période de décembre 2008 à mai 2009, seules les limitations fonctionnelles relatives

A/1943/2009 - 38/40 - au volet auditif de la maladie de Ménière doivent être prises en considération pour déterminer l'activité adaptée exigible du recourant. Cela est d'autant plus justifié que dans le cadre d'une révision, comme déjà dit, seule la symptomatologie auditive a subi une péjoration déterminante, alors que l'affection vestibulaire n'a pratiquement pas subi de modification depuis 1997 et que l'on peut en déduire - en l'absence d'avis médical contraire - que les limitations fonctionnelles y relatives n'ont pas évolué significativement non plus. La Chambre de céans relève au surplus que les considérations des experts au sujet des limitations fonctionnelles induites par une problématique vestibulaire semblent plutôt relever de la théorie que d'une observation faite lors de l'examen du recourant. Le Dr AI\_\_\_\_\_ l'a notamment confirmé en précisant lors de son audition qu'il n'était pas neuropsychologue et, partant, n'était pas en mesure de dire si le recourant souffrait effectivement de troubles cognitifs, tels des problèmes de mémoire, de concentration et d'inversion de la droite et la gauche. Cela dit, la Dresse N\_\_\_\_\_ n'a pas exposé les raisons pour lesquelles l'activité de conseiller en assurances ne pouvait plus être exercée par le recourant. Sachant - car cela est notoire - que cette activité implique de conseiller, négocier et conclure la vente de contrats d'assurance, par prospection et visite de la clientèle et par téléphone, la Chambre de céans estime, contrairement à l'avis non explicite de l'expert, qu'une telle activité de conseiller en assurances, adaptée de manière à éviter au recourant de se trouver dans une ambiance bruyante, pourrait être normalement exercée. En effet, la prospection de clientèle, la négociation de contrats et le conseil à la clientèle peuvent parfaitement être effectués soit par téléphone, ce qui est possible avec une audition de 50% d'une oreille, dans un local peu bruyant, soit chez la clientèle, dans un environnement peu bruyant tels qu'un bureau ou une salle de conférence. Il s'ensuit que la capacité de travail avec invalidité du recourant se confond avec sa capacité de travail sans

invalidité. Dès lors, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme cela a été retenu par la Dresse N\_\_\_\_\_, n'a entraîné aucune invalidité durant la période de décembre 2008 à mai 2009. Pour la période postérieure au mois de mai 2009, il appartiendra à l'Office AI de rendre une nouvelle décision, le cas échéant en procédant à un complément d'instruction sur le plan otologique comme il l'a évoqué. 9. Au bénéfice de ce qui précède, la Chambre de céans considère que le recourant n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité après le mois de janvier 2005 et que son recours sera donc rejeté, sous réserve de la modification de date de suppression de son droit à une rente invalidité qui sera fixée au 1er février 2005 en lieu et place du 1er janvier 2005 (consid. 7 let. b in fine). 10. Le recourant ayant succombé sur l'essentiel de son recours, la Chambre de céans renonce à condamner l'Office AI à lui verser à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens.

A/1943/2009 - 39/40 -

A/1943/2009 - 40/40 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.