

GE_GERICHTE A/875/2014 vom 3. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_875_2014

FR: GE_GERICHTE A/875/2014 du 3 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/875/2014 del 3 settembre 2014

Erwägungen

E. 24

L'office AI a mandaté le Centre d'expertise médicale situé à Champel (GE), fonctionnant comme Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire (rhumatologique, ORL et psychiatrique) du 9 mars 2009, après avoir exposé les antécédents familiaux et personnels, les anamnèses systémique, sociale et professionnelle, et les constatations faites, notamment sur la base d'une évaluation ORL effectuée par la doctoresse N_____, spécialiste FMH en ORL, et d'une évaluation psychiatrique effectuée par la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, la doctoresse P_____, médecin-chef adjoint, la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le docteur R_____, 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 kilos, 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 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 O _____ 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 O _____ 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 . 26. 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. ![/endif]>![if>

E. 27

Le recourant s'y est opposé, en joignant une lettre du Dr F _____ du 27 mars 2009 dans laquelle ce dernier manifestait son désaccord avec l'expertise de la Dresse O _____ et retenait une incapacité de travail totale. ![/endif]>![if> 28. Par décision du 4 mai 2009, l'office AI a rejeté la demande et confirmé sa décision du 27 avril 2006, en se référant à l'avis du SMR. ![/endif]>![if> 29. 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. ![/endif]>![if> 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 O_____ 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 O_____ 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 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. 30. Le 4 juin 2009, par l'entremise de son avocat, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, ci-après la chambre de céans), en concluant à l'annulation de la décision et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2005. ![/endif]>![if>

E. 31

Après avoir entendu les Drs O_____ et M_____, la chambre de céans a, par ordonnance du 4 avril 2011, mis en œuvre une expertise pluri-disciplinaire qu'elle a confiée aux docteurs S_____ (pour la partie rhumatologique), T_____ (pour la partie psychiatrique) et U_____ (pour la partie oto-neurologique), du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après : BREM) .![/endif]>![if> 32. Par ordonnance du 8 juillet 2011, la chambre de céans a rejeté la demande de récusation formée par le recourant à l'encontre de la Dresse T_____.![/endif]>![if> 33. Par courrier de son avocat du 13 juillet 2011, le recourant a communiqué deux rapports - en italien - rendus dans le cadre d'une demande de prestations d'invalidité formée auprès des autorités italiennes : ![/endif]>![if> 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 docteur V_____, 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. b) un rapport du centre du stress et de l'inadaptation du 22 mars 2011, dans lequel les Drs W_____ et X_____ 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. 34. Le 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 1^{er} 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.![/endif]>![if> 35. Dans leur 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 S_____, T_____ et U_____ 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 une 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) un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.24) présent depuis 25 ans.

Sur le plan rhumatologique, les experts 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 générerait des troubles cognitifs et, dans la plupart des cas, un nouvel apprentissage s'avérerait 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. 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 I _____ (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 O _____ 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 Drs W _____ et X _____, 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, 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 asséurologiques 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 du BREM 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. 36. En date du 19 avril 2012, la chambre de céans a procédé à l'audition des Drs U_____ et T_____.! [endif]>![if> Le Dr U_____ 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 de 1% en 1997, 1,4% en 1999, 11,5% en 2006, 24,9% en 2008 et 41,9% en 2011. L'expert s'est référé à l'annexe 1 du rapport d'expertise. 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 fié 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 hurlée - sans que le recourant n'ait perçu quelque chose. L'expert a précisé que c'était au niveau de l'interprétation des données médicales qu'il divergeait de l'avis de la Dresse N_____. Quant à la Dresse T_____, 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. 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.

37. Par arrêt du 1^{er} novembre 2012 (ATAS/1317/2012), la chambre de céans a admis très partiellement le recours, en ce sens que la rente entière d'invalidité était due jusqu'au 31 janvier 2005. Pour ce qui concernait la période postérieure à la décision de l'intimé, soit dès le mois de mai 2009, la chambre de céans a indiqué qu'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. Le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été rejeté (arrêt du 10 avril 2013, 9C_997/2012).!endif]>!if> 38. Par courrier du 7 novembre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a demandé à l'office AI (ci-après l'intimé) de rendre rapidement une décision pour la période postérieure au mois de mai 2009. !endif]>!if> 39. L'office AI a demandé des rapports médicaux aux médecins traitants, les Drs F_____ et H_____. Ces derniers ont répondu que l'état de santé de leur patient était resté stationnaire et que l'incapacité de travail était toujours de 100% dans toute activité (cf. rapports des 19 juin 2013 et 11 juillet 2013). !endif]>!if> 40. Par décision du 19 février 2014, l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris qu'après avoir complété l'instruction, le SMR a conclu qu'aucune nouvelle pièce médicale ne permet de conclure à une aggravation manifeste et médicalement démontrée depuis mai 2009.!endif]>!if> 41. Représenté par son mandataire, l'assuré interjette recours en date du 24 mars 2014. Il conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2009, à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2010, trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2010 et à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2010. Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir tenu aucun compte de l'arrêt de la chambre de céans du 1^{er} novembre 2012 qui lui enjoignait de reprendre l'instruction sur le plan otologique, ni de l'expertise du BREM, lequel dans son expertise du 31 janvier 2012 avait retenu que son incapacité de travail s'était progressivement péjorée depuis le début de l'année 2009, pour devenir entière, et cela même dans une activité adaptée, dès le mois de mars 2011. La chambre de céans n'avait pas pu prendre en compte ces éléments, postérieures à la décision litigieuse du 4 mai 2009. Selon le recourant, l'administration des preuves a démontré que son incapacité de travail était nulle au mois de décembre 2008, qu'elle était au contraire entière dès le mois de mars 2011, puis qu'elle s'est progressivement péjorée entre le 1^{er} janvier 2009 et le 28 février 2011, « de manière linéaire ». !endif]>!if> 42. Dans sa réponse du 15 mai 2014,

l'intimé conclut au rejet du recours, motif pris qu'il a procédé à un complément d'instruction sur le plan otologique auprès des médecins traitants. ^{43.} Par courrier du 10 juin 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. ^{44.} Sur quoi la cause a été gardée à juger. **EN DROIT 1.** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). ^{2.} Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. ^{3.} Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b) Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

c) En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et après le 1^{er} janvier 2008, respectivement le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

3. Interjeté dans la forme et le délai requis, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – RS/GE E 5 10). ^{4.} Préalablement, il convient de rappeler que par arrêt du 1^{er} novembre 2012, la chambre de céans a annulé la décision de l'intimé du 4 mai 2009 en tant qu'elle supprimait la rente entière d'invalidité en faveur du recourant à compter du 1^{er} janvier 2005 et confirmé le droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 janvier 2005. En revanche, pour la période postérieure au mois de mai 2009, l'intimé était invité à rendre une nouvelle décision, cas échéant en procédant à un complément d'instruction sur le plan otologique. ^{5.} L'objet du litige porte ainsi sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au mois de mai 2009.

En l'occurrence, la chambre de céans relève que contrairement à ce que l'intimé soutient, il n'a effectué aucune instruction complémentaire sur le plan otologique. Il s'est en effet borné à interroger les médecins traitants (psychiatre et généraliste), - alors même qu'il

avait considéré dans le cadre de la procédure antérieure que leurs rapports n'avaient aucune valeur probante, lesdits médecins attestant d'une incapacité de travail totale dans toute activité -, puis à soumettre le cas au SMR pour finalement conclure à l'absence d'aggravation de l'état de santé.![endif]>![if> La chambre de céans constate encore que l'intimé a délibérément ignoré l'expertise pluridisciplinaire ordonnée par la chambre de céans pour départager les avis médicaux contradictoires, document pourtant essentiel et qui fait partie intégrante du dossier. Il n'a en particulier nullement tenu compte des conclusions de l'expertise judiciaire du 31 janvier 2012, précisées par les déclarations faites par la Dresse T_____ devant la juridiction cantonale, étant rappelé que la chambre de céans a jugé que ce rapport d'expertise – singulièrement la partie psychiatrique – remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue (cf. arrêt du 1 er novembre 2012, consid. 7b), nonobstant l'avis contraire du SMR. A teneur de l'expertise, sur le plan auditif, il y avait eu une aggravation de la pathologie entre 1997 et 2008, et surtout depuis décembre 2008, mais en l'absence de données suffisantes, les experts ne pouvaient quantifier la diminution progressive de la capacité de travail du recourant dès 2004. En revanche, dès décembre 2008, ils avaient estimé que l'incapacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle, alors que dans une activité adaptée, elle serait progressive dès cette date. La chambre de céans avait jugé que durant la période de décembre 2008 à mai 2009, date de la décision querellée, la pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait, avec une vraisemblance prépondérante, perduré (cf. arrêt du 1 er novembre 2012, consid. 7c). Pour la période postérieure au 4 mai 2009, la chambre de céans ne pouvait pas tenir compte des faits nouveaux, raison pour laquelle l'intimé a été invité à rendre une nouvelle décision. Il sied de rappeler au demeurant que si les experts du BREM n'ont pas pu quantifier les conséquences de l'aggravation progressive du problème otologique depuis décembre 2008 et en particulier évaluer exactement la capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2009, l'expertise contient des éléments utiles concernant l'aggravation de la surdité (cf. expertise, évolution des pertes auditives). Au surplus, selon les expert, depuis mars 2011, l'incapacité de travail est entière dans toutes activités, à la fois pour des raisons psychiatriques et otoneurologiques, faits complètement passés sous silence par l'intimé. Force est de constater qu'en concluant à l'absence d'aggravation de l'état de santé, l'intimé a procédé à une appréciation arbitraire des faits et qu'il ne s'est pas prononcé au regard des pièces médicales pertinentes figurant au dossier. 6. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède conformément aux considérants précités et rende sans délai une nouvelle décision dûment motivée.![endif]>![if> 7. Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). ![endif]>![if> 8. Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI). ![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :