

## GE\_GERICHTE A/3466/2014 vom 9. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3466\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3466_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3466/2014 du 9 février 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3466/2014 del 9 febbraio 2015

### Erwägungen

#### E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BLANC Damien recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais, est né le 22 \_\_\_\_\_ 1956. Il est arrivé en Suisse le 3 mars 1982. Il est domicilié à Genève.!

2. Après avoir exercé différentes activités professionnelles, l'assuré s'est installé en tant qu'indépendant, en qualité de courtier en assurances.!

3. En 2003, il a été découvert chez l'assuré un cancer de la prostate, aujourd'hui en rémission, qui n'a pas eu de répercussions sur son activité professionnelle. Il souffre en revanche d'hypertension.!

4. En date du 20 novembre 2007, sur son lieu de travail, il a été victime d'une dissection de l'aorte ascendante (cette artère s'est rompue partiellement). L'arrivée inopinée d'un client a permis de donner l'alerte. Il fut hospitalisé d'urgence ; on a dû remplacer l'aorte ascendante par une prothèse.!

5. Dans le cadre des investigations médicales menées dans ce contexte, il est apparu que l'assuré avait tendance à développer des anévrismes. L'assuré a pu reprendre son activité de courtier en date du 30 avril 2009.!

6. Il a toutefois été constaté, la même année, que la maladie n'était pas stabilisée. Une nouvelle intervention chirurgicale a dû être pratiquée le 2 décembre 2009, qui a consisté dans le remplacement de l'aorte sous-rénale, sous peine de voir se rompre l'anévrisme qui s'était développé.!

7. L'assuré a subi un coma de vingt jours et quatre à cinq mois d'alitement postopératoire. Il est apparu lors de l'intervention que l'assuré avait également développé un anévrisme dans son aorte thoracique. !

8. Le 23 mars 2010 l'assuré a subi une nouvelle intervention, ayant consisté dans le re-remplacement de l'aorte ascendante et de l'arche selon la technique Éléphant trunk s'étendant jusqu'au niveau de l'aorte thoracique descendante, la réparation de la racine aortique et re-suspension de la valve et le pontage des troncs supra-aortiques à l'aide d'une prothèse bifurquée 16x8.!

9. Depuis cette date, l'assuré n'a pas repris son travail ou à peine, soit 10 %. Il a bénéficié d'indemnités journalières par l'assurance-maladie collective La Bâloise pour les incapacités de travail suivantes : 100 % du 20 novembre 2007 au 12 mai 2008 ; 50 % du 13 mai 2008 au 30 avril 2009 ; 100 % du 16 novembre 2009 au 4 juillet 2010, date à laquelle les prestations maximales avaient été atteintes. !

10. Le 20 juillet 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé), datée du 6 octobre 2010. !

11. Les avis de plusieurs médecins ayant suivi l'assuré, ou le traitant encore, ont été fournis à l'OAI, entre l'été 2011 et novembre 2012. !

12. Par décision du 30 août 2012, l'OAI a considéré que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées. !

13. Par courrier du 3 avril 2013, l'OAI a mis en place une expertise pluridisciplinaire comportant les spécialités de médecine interne, de cardiologie et de psychiatrie, confiée au centre d'expertise médicale de la policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) de Lausanne. Les médecins désignés étaient les doctresses B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine interne, et le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ![/endif]>![if> L'assuré en a préalablement été informé, a pu s'exprimer sur la mission et les questions posées aux experts, ainsi que sur la possibilité de poser des questions supplémentaires et/ou de récuser l'un ou l'autre des experts désignés, en cas de motifs justifiés. Les experts ont conclu dans leur rapport rendu en date du 1<sup>er</sup> juillet 2014 qu'il n'existe aucun diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail. Les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail sont : troubles de l'adaptation avec perturbation de l'humeur ; syndrome des apnées du sommeil non appareillé; status après dissection aortique avec remplacement de l'aorte ascendante en 2007, ré-opération en décembre 2009 puis mars 2010 ; hypertension artérielle traitée ; insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade I ; status après carcinome de la prostate traité par radiothérapie et hormonothérapie en 2003. La capacité de travail résiduelle est complète dans l'activité d'assureur. Au vu de l'absence d'atteinte à la santé psychiatrique invalidante et du fait que la profession exercée par l'assuré avant ses problèmes de santé est compatible avec l'atteinte cardio-vasculaire, le pronostic quant à la reprise dans les faits de son activité est bon. La capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales soit un traitement de l'hypertension artérielle, avec un suivi scanographique pour l'anévrisme. Ce traitement médical est exigible de la part de l'assuré. Il est fortement recommandé de réévaluer le traitement possible pour l'apnée du sommeil pour diminuer la fatigue diurne et augmenter les chances d'une réelle reprise de travail. L'assuré est d'accord avec ce traitement. Étant donné que la profession d'assureur est adaptée aux problèmes physiques, la capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures d'ordre professionnel. Les limitations dues à l'atteinte à la santé sont: le port de charges s'il est supérieur à 7 à 10 kg, exclusion de travaux lourds, ainsi que de marche prolongée ou en terrain irrégulier ou à la montée avec un effort soutenu. La capacité de travail dans un emploi adapté est complète, depuis le début de l'année 2011, sous réserve d'une incapacité de travail totale entre novembre 2013 et janvier 2014 suite à la dernière hospitalisation aux HUG. 14. Selon une note interne du 26 août 2014 relative au statut de l'assuré, au vu des conclusions de l'expertise considérant qu'il n'y a plus aucune limitation admise depuis janvier 2014, l'assuré ayant eu le statut de courtier indépendant au moment du début de l'incapacité de travail durable, on doit admettre un statut d'actif, et ainsi appliquer la méthode générale de comparaison des revenus, étant précisé qu'au vu des circonstances (absence d'examen des mesures d'intégration professionnelle et de détermination d'une aptitude de la réadaptation définie), il y a lieu de considérer que la capacité travail se confond avec la capacité de gain.![endif]>![if> 15. Ce même 26 août 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de rente. En résumé, pour les périodes antérieures au 31 mars 2011, il aurait pu bénéficier pour un temps d'une demi-rente (de novembre 2007 à novembre 2008) et, pour une période ultérieure (du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011), d'une rente entière. La demande de prestations déposée en juillet 2011 est tardive, de sorte que les conditions du droit à la rente ne sont plus réalisées au moment déterminant (6 mois après le dépôt de la demande). Enfin l'incapacité de travail attestée entre novembre 2013 et janvier 2014 n'est pas durable au sens de la loi de sorte que les conditions du droit à des prestations ne doivent pas être examinées.![endif]>![if> L'assuré n'a pas réagi. 16. Par courrier du 7 octobre 2014, l'OAI

a adressé au conseil de l'assuré, qui venait de se constituer, une copie intégrale du dossier. Par courrier séparé du même jour, il lui a notifié une décision en tous points conforme au projet du 26 août 2014. 17. Par courrier recommandé du 13 novembre 2014, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève contre la décision du 7 octobre 2014. Il conclut à ce que une nouvelle expertise cardio-vasculaire soit ordonnée préalablement, et au fond à l'annulation de la décision entreprise en tant qu'elle refuse d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, puis à dire et constater que le recourant a droit à une rente d'invalidité complète, à 100 %, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, avec suite de dépens; et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision. Les experts mandatés par l'intimé sont arrivés à la conclusion que le recourant a une capacité de travail entière dans son activité de courtier en assurances. Ils ont considéré, sur la base des examens effectués, qu'ils n'avaient pas mis en évidence la présence d'une limitation fonctionnelle d'un point de vue cardiaque, tout au moins dans une activité sédentaire comme celle de courtier en assurances. Ils avaient de même relevé que le suivi par scanner tracho-abdominal était régulier et que la dernière évaluation de novembre 2013 montrait une discrète augmentation de la taille de l'anévrisme de la crosse aortique. Les experts se sont contentés d'examiner si, en l'état, le système cardio-vasculaire du recourant pouvait supporter à l'instant « T » son activité sédentaire, sans s'interroger sur la question de savoir si, du fait de l'affection péjorative évolutive touchant son aorte, le recourant courait un risque de mort subite. Les experts ne se sont pas interrogés sur la question de savoir si le fait de travailler n'allait pas, par le stress occasionné, amener le recourant à péjorer son état de santé, favorisant par là un risque d'issue fatale. Or, le médecin traitant (Dr E\_\_\_\_\_, cardiologue) du recourant estime, pour sa part, que la maladie touchant le recourant présente, en soi, un risque vital qui interdit une exposition au stress. En date du 4 novembre 2014, le chirurgien cardio-vasculaire du recourant, le docteur F\_\_\_\_\_ (médecin responsable de la chirurgie vasculaire aux HUG) a, sur demande du recourant, déconseillé la reprise d'une activité professionnelle. Le 14 octobre 2014, ce médecin considérait que l'anévrisme sur la portion thoracique basse et abdominale haute évoluait dans un mauvais sens. Il n'excluait pas qu'une rupture subite de l'aorte se produise. Au vu de ces avis médicaux, il existe un doute raisonnable sur l'impact du travail sur la santé du recourant, et dès lors il apparaît nécessaire qu'un complément d'expertise soit ordonné afin de déterminer si la reprise du travail du recourant affecte ou risque d'affecter l'évolution de la maladie touchant son aorte. 18. Le 16 décembre 2014, l'intimé a répondu au recours : il conclut à son rejet, persistant dans les termes et conclusions de la décision entreprise. A l'appui de son recours, le recourant a produit de nouveaux documents médicaux. Ceux-ci ont été soumis au service médical de l'AI (SMR), qui, en date du 4 décembre 2014, les a commentés: dans l'ensemble, ces trois documents n'apportent rien de nouveau, hormis la question du stress éventuel qui pourrait aggraver l'état de santé de l'assuré, et de la petite progression de la thrombose avec risque de rupture qui reste faible. Afin de déterminer clairement si ces éléments nouveaux changeaient l'appréciation des experts, il y aurait lieu de leur soumettre ces documents, et le CT-Scan de septembre 2014 avec les autres CT-Scan, afin qu'ils précisent sur le plan somatique si cela changeait leur appréciation. Le 16 décembre 2014, le SMR a encore élaboré les questions qui lui paraissent pertinentes à poser aux experts sur la base de ces nouveaux documents médicaux. Ce service suggère encore qu'un avis radiologique pourrait éventuellement être demandé à un spécialiste, en cas de divergences entre l'avis des experts et celui des médecins traitants. 19. Invité à se

prononcer sur la réponse de l'intimé et ses annexes, le recourant s'est déterminé le 13 janvier 2015 : il persiste à demander qu'une nouvelle expertise, indépendante, soit ordonnée.![endif]>![if> Il ne peut souscrire à la proposition de l'intimé de soumettre à ses experts la question de savoir si le stress pourrait avoir comme conséquence une aggravation de son état de santé. Il tombe sous le sens qu'un expert qui a déjà conclu que la santé d'un assuré permet son retour à son travail ne serait pas objectif s'il devait se déjuger pour accepter que son état de santé ne lui permet pas de travailler. La question n'est pas de déterminer si le stress d'un travail pourrait amener à une aggravation de l'anévrisme dont souffre le recourant, mais de déterminer si déjà, en l'état, le stress peut engendrer une rupture de l'anévrisme. Ainsi la question à poser à un expert n'est pas de déterminer si l'état de santé du recourant est stable ou a évolué, mais de déterminer si cet état de santé actuel (en soi) indique que le risque d'une rupture d'anévrisme du fait d'un stress dû au travail est important. 20. Les écritures du recourant ont été soumises pour information à l'intimé, les parties étant informées de ce que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a nié toute invalidité au recourant au motif que l'atteinte cardio-vasculaire dont il est atteint ne constitue pas une atteinte à la santé ayant elle-même valeur de maladie invalidante, respectivement si les limitations fonctionnelles du recourant sont compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle de courtier en assurance à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, et s'il est parvenu à cette conclusion au terme d'une instruction complète prenant en compte tous les éléments médicaux pertinents.![endif]>![if> 4. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.![endif]>![if> 5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :![endif]>![if> a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. aux termes de cette année, il est invalide à 40 % au moins. 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à apporter 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).![endif]>![if> 7. Dans l'assurance

invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'Office de l'Assurance-Invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'Institution de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance invalidité (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, page 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p.

142).> 8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen d'une preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008 dans la cause 9C\_773/2007 consid.

2.1).> 9. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid.

3b/bb).> 10. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).> 11.

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

13. A l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst, art. 42 LPG et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

14. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

15. Dans le cas d'espèce, l'expertise ordonnée par l'intimé répondait aux critères requis par la jurisprudence mentionnée ci-dessus, s'agissant des droits de participation de l'assuré, lequel avait été dûment interpellé préalablement à la mise en œuvre des experts de la PMU de Lausanne.

Qualitativement, cette expertise répond également aux exigences posées par la jurisprudence pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Les experts se sont prononcés sur toutes les questions posées, après avoir pris en considération toute la documentation médicale à leur disposition dans le dossier, après avoir procédé à l'examen de l'intéressé, avoir dressé une anamnèse complète, soumis l'assuré à plusieurs consultations spécialisées, notamment de cardiologie en date du 4 juin 2014 par les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, pris en compte les plaintes du patient et discuté des avis de ses médecins traitants.

16. La chambre de céans relève que les avis médicaux versés au dossier postérieurement au dépôt du recours ne remettent pas fondamentalement en cause les constatations et avis des experts. Le Dr F\_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant le 8 octobre 2014, a constaté, comme les experts, que le diamètre total de la zone de thrombose et au niveau de l'isthme aortique était discrètement augmenté par rapport au contrôle de l'année précédente, et même si le risque de rupture subite reste faible dans la mesure où cette portion est thrombosée, il a évoqué avec le patient l'idée d'une future intervention

préventive et prévu d'effectuer un nouveau scanner de contrôle en début 2015. Dans une attestation rédigée à la demande du patient le 7 novembre 2014, il confirme qu'actuellement son état est stabilisé, et que l'évolution naturelle de la maladie rendrait probablement une nouvelle intervention nécessaire à moyen terme. La décision devant être prise au début de l'année 2015, il considérait que, d'ici là, une activité professionnelle ne pouvait être recommandée. Le cardiologue traitant du recourant, le Dr E \_\_\_\_\_ va dans le même sens et relève qu'il est conseillé d'éviter le stress psychologique persistant et d'avoir un contrôle strict de la tension artérielle. Ces avis médicaux apportent néanmoins un élément d'appréciation complémentaire, qui n'a pas été évoqué dans le cadre de l'expertise et ne ressortait pas en tant que tel dans l'état du dossier médical au moment où les experts ont été amenés à se prononcer : l'incidence du stress inhérent au genre d'activité professionnelle de courtier en assurances du recourant, sur son état de santé. Ainsi, les parties convergent sur le fait que cette question devrait être soumise aux experts. Elles divergent toutefois quant aux modalités de cette mesure d'instruction complémentaire nécessaire : l'intimé propose de soumettre les documents médicaux ainsi que l'ensemble des CT-Scan réalisés, soit notamment celui de septembre 2014, postérieur à l'expertise, et du même coup, ceux qui auront été réalisés entre-temps, en particulier celui prévu en début d'année 2015. Le recourant estime pour sa part que les experts qui se sont prononcés le 1<sup>er</sup> juillet 2014 ne présentent pas l'objectivité nécessaire pour se prononcer complémentaiement, au motif qu'ils ont déjà conclu précédemment que la santé de l'assuré permettait son retour au travail, et qu'il tomberait selon lui sous le sens que ces experts ne reviendraient pas sur leur avis antérieur. On ne saurait suivre le recourant sur ce terrain. Au-delà d'une affirmation purement spéculative et toute générale, il n'avance aucun élément concret qui permettrait de laisser supposer la moindre prévention des experts, ou de suspecter leur incapacité à nuancer leur avis ou à en changer en présence d'éléments nouveaux, ou de se prononcer sur des aspects qui ne leur auraient pas été soumis à l'époque. Ainsi, les documents médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours devront être soumis aux experts de la PMU dans le cadre du complément d'expertise que l'intimé devra ordonner, sur la base d'une liste de questions qu'il aura préparée, et soumise au recourant qui aura la faculté de proposer aux besoins des questions complémentaires. Ces documents devront encore être complétés avec l'ensemble des CT-Scan réalisés, y compris les plus récents. 17. Cela étant, la chambre de céans estime qu'en fonction des réponses que les experts seront amenés à donner, il pourrait être nécessaire de compléter cette expertise par une observation professionnelle, laquelle permettra également de préciser quelles activités professionnelles seraient encore ouvertes au recourant, s'il devait s'avérer que l'activité de courtier en assurances est, aux dires des experts, contre-indiquée pour le recourant. 18. Au vu de ce qui précède, le dossier sera renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire. Il devra inviter les experts de la PMU à compléter leur rapport en répondant notamment à la question de savoir si l'état de santé actuel de l'assuré tel qu'il résulte notamment des documents médicaux produits en instance de recours a d'une part subi une aggravation objective ayant une répercussion sur sa capacité travail, et quelles seraient alors les limitations fonctionnelles à retenir, ainsi qu'à la question de savoir, même dans l'hypothèse où l'on ne devrait pas retenir une telle aggravation de l'état de santé, ces derniers mois, si en tout état l'assuré doit éviter tout stress, et si dès lors une activité de courtier en assurances apparaît raisonnablement exigible ou non. En fonction du résultat de ce complément d'expertise, il appartiendra à l'intimé d'ordonner, le cas échéant, une mesure de réadaptation professionnelle de l'assuré, avant de rendre une

nouvelle décision. 19. Ainsi le recours sera partiellement admis et la décision du 7 octobre 2014 sera annulée. 20. Vu l'issue du litige, l'assuré, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera allouée, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- 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.