

GE_GERICHTE A/926/2016 vom 14. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_926_2016

FR: GE_GERICHTE A/926/2016 du 14 août 2017

IT: GE_GERICHTE A/926/2016 del 14 agosto 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.08.2017
A/926/2016

A/926/2016 ATAS/673/2017 du 14.08.2017 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 22.09.2017, rendu le 19.01.2018, REJETE, 9C_661/2017 , 9C_861/2017 En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/926/2016 ATAS/673/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 14 août 2017 10^{ème} Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Émilie CONTI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) ressortissant portugais né le _____ 1956, est arrivé en Suisse le 3 mars 1982, à Genève où il est domicilié. Après avoir exercé différentes activités professionnelles, l'assuré s'est installé en tant que courtier en assurances indépendant. 2. En date du 20 novembre 2007, sur son lieu de travail, l'intéressé a été victime d'une dissection de l'aorte ascendante (rupture partielle de cette artère). L'arrivée inopinée d'un client a permis de donner l'alerte. Il a été hospitalisé en urgence et son aorte ascendante a été remplacée par une prothèse. Dans ce contexte, il est apparu que l'assuré avait tendance à développer des anévrismes. 3. Dans un rapport du 18 décembre 2008, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'hypertension artérielle, de status après remplacement de l'aorte ascendante post dissection aortique de type A en novembre 2007, adénocarcinome de la prostate diagnostiqué en 2003 sans métastase connue actuellement traité par radiothérapie, d'état dépressif et anxieux et de dyslipidémie. L'assuré présentait un état de fatigue intense. Son état dépressif était secondaire à ses nombreux problèmes médicaux somatiques. Son incapacité de travail était de 100% du 20 novembre 2007 au 12 mai 2008 et de 50% dès le 13 mai 2008. 4. Dans un rapport d'expertise du 11 avril 2009 réalisé à la demande de l'assurance perte de gain, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de dysthymie, sans influence sur la capacité de travail. 5. Le 30 avril 2009, l'assuré a pu reprendre le travail. 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. Celle-ci a consisté dans le remplacement de l'aorte sous-rénale, sous peine de voir se rompre l'anévrisme qui s'était développé. 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. 7. 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.![endif]>![if> 8. Depuis cette date, l'assuré n'a pas repris son travail ou à un taux d'activité réduit. Il a bénéficié d'indemnités journalières de son assurance perte de gain pour les incapacités de travail suivantes : 100% du 20 novembre 2007 au 12 mai 2008, 50% du 13 mai 2008 au 30 avril 2009 et 100% du 16 novembre 2009 au 4 juillet 2010, date à laquelle son droit aux prestations s'était éteint.![endif]>![if> 9. 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 : l'OAI).![endif]>![if> 10. Dans un rapport du 10 août 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne générale et cardiologue traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dissection aortique de type A, remplacement chirurgical de l'aorte thoracique ascendante le 20 novembre 2007 ; remplacement de l'aorte sous-rénale pour dissection symptomatique persistante le 2 décembre 2009 ; re-remplacement de l'aorte ascendante et de l'arche aortique, resuspension de la valve avec pontage de troncs supra-aortiques le 23 mars 2010 ; hypertension artérielle sévère, syndrome d'apnées du sommeil et dépression. L'assuré présentait une dyspnée, des dorsolombalgies et une fatigue. Le pronostic était réservé. A la question de savoir si l'activité habituelle était encore exigible, le Dr D_____ a répondu par la négative. Il a toutefois retenu une capacité de travail de 40% avec un rendement réduit dans ladite activité. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré avait de nombreuses restrictions physiques, ainsi qu'une capacité d'adaptation et de résistance limitée.![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 26 août 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique et en chirurgie vasculaire, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de dissection aortique thoraco-abdo depuis 2007. Le résultat de l'intervention chirurgicale était satisfaisant. Le pronostic était toutefois réservé, en raison de la persistance d'une zone disséquée thoraco-abdo. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré n'était pas en mesure de travailler principalement en marchant, de soulever ou de porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage. En outre, sa résistance était limitée, en raison du status post-opératoire.![endif]>![if> 12. Dans un rapport intermédiaire du 23 février 2012, le Dr D_____ a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis le mois d'août 2011. Il n'y avait pas de changement de diagnostics, étant précisé que l'état de l'aorte et le risque de dissection ou de rupture avaient une influence sur la capacité de travail. En ce qui concerne les mesures thérapeutiques, il préconisait un contrôle strict de l'hypertension artérielle et des facteurs de risque cardio-vasculaire.![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 4 juin 2012, le docteur F_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome d'apnées du sommeil. Il a également retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status après intervention pour dissection aortique en 2010 et une hypertension artérielle. Dans l'anamnèse, le Dr F_____ a relevé des ronflements, des pauses respiratoires et une asthénie diurne avec légère somnolence diurne. La polygraphie montrait un syndrome d'apnées du sommeil sévère nécessitant l'introduction d'un traitement par pression positive continue (CPAP). Malgré plusieurs contacts téléphoniques, l'assuré ne s'était plus rendu à sa consultation pour le suivi du traitement. Le pronostic était favorable et dépendait de l'utilisation de son CPAP. Il n'y avait pas de limitation ou d'incapacité de travail en relation avec le syndrome d'apnées du sommeil. Il était en mesure d'assumer une charge de travail de huit heures par jour, s'il utilisait régulièrement son CPAP.![endif]>![if> 14. Le 30 août 2012, l'OAI a informé l'assuré que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures

de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 8 novembre 2012, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif chronique réactionnel existant depuis avant 2010. Elle a précisé ne pas avoir revu l'assuré entre le 10 décembre 2010 et le 14 septembre 2012. L'état de l'assuré était stable depuis 2010 environ. Le pronostic était favorable sous traitement et suivi strict. Dans le cas contraire, il risquait une rupture d'anévrisme aortique. Il était impératif de maîtriser les facteurs de risques cardio-vasculaires. Elle n'avait jamais dû délivrer d'arrêt de travail à l'assuré et ignorait quelle était sa dernière activité professionnelle. Selon elle, l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle, qui n'était pas de 100% mais difficile à évaluer, compte tenu de son état dépressif et de l'impact de ses autres pathologies,. Sur le plan des limitations fonctionnelles, l'assuré présentait les limitations liées à un état dépressif important. Il devait également éviter les milieux stressants. Sa résistance au stress et aux activités physiques soutenues était diminuée.![endif]>![if> 16. Le 3 avril 2013, l'OAI a informé l'assuré de la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, en cardiologie et en psychiatrie. Il lui a communiqué ses questions aux experts et l'a invité à lui adresser les éventuelles questions complémentaires qu'il souhaiterait poser à ces derniers. ![endif]>![if> 17. Le 11 avril 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'expertise pluridisciplinaire avait été confiée au centre d'expertise médicale de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : PMU). Il allait être examiné par la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par le centre cardiologique de la PMU. L'assuré était invité à lui adresser des éventuels motifs pertinents de récusation à l'encontre de ces experts.![endif]>![if> 18. Dans leur rapport du 1 er juillet 2014, les experts ont indiqué s'être fondés sur le dossier de l'assurance-invalidité, sur leur examen de médecine interne du 20 mai 2014, sur le consilium de psychiatrie du 27 mai 2014 et sur le consilium de cardiologie du 4 juin 2014. Ils ont rappelé le contexte de l'expertise, résumé brièvement les documents médicaux pertinents du dossier, procédé à un rappel anamnestique, rapporté les plaintes de l'assuré et exposé leurs constatations objectives avant de donner leurs conclusions.![endif]>![if> Ils ont conclu qu'il n'existait aucun diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail. Les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail étaient des troubles de l'adaptation avec perturbation de l'humeur, un syndrome d'apnées du sommeil non appareillé, un status après dissection aortique avec remplacement de l'aorte ascendante en 2007, ré-opération en décembre 2009 puis mars 2010, une hypertension artérielle traitée, une insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade I, et un status après carcinome de la prostate traité par radiothérapie et hormonothérapie en 2003. La capacité de travail était nulle du 20 novembre 2007 au 12 mai 2008, de 50% du 13 mai 2008 à fin 2009, nulle de décembre 2009 à fin 2010, de 100% en 2011 et nulle de novembre 2013 à début janvier 2014. La capacité résiduelle de travail était 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 était compatible avec l'atteinte cardio-vasculaire, le pronostic quant à la reprise dans les faits de son activité était bon. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales soit un traitement de l'hypertension artérielle, avec un suivi scannographique pour l'anévrisme. Ce traitement médical était exigible de la part de l'assuré. Il était fortement recommandé de réévaluer le traitement possible pour les apnées du sommeil pour diminuer la fatigue diurne et augmenter les chances d'une réelle reprise de

travail. L'assuré était d'accord avec ce traitement. Étant donné que la profession d'assureur était adaptée aux problèmes physiques, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures d'ordre professionnel. Les limitations dues à l'atteinte à la santé étaient le port de charges s'il est supérieur de sept à dix kilogrammes, les travaux lourds et la marche prolongée ou en terrain irrégulier ou à la montée avec un effort soutenu. La capacité de travail dans un emploi adapté était 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. 19. Dans un rapport du 15 août 2014, la docteure J_____ du service médical régional AI (ci-après : SMR) a validé et repris les conclusions de cette expertise. Elle n'a retenu aucune atteinte incapacitante et énuméré les facteurs/diagnostics qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, soit un trouble de l'adaptation avec perturbation de l'humeur, un syndrome du sommeil non appareillé, un status après dissection aortique avec remplacement de l'aorte ascendante en 2007, réopération en décembre 2009, puis mars 2010, une hypertension artérielle, une insuffisance artérielle des membres inférieurs stade I, un status après carcinome de la prostate traité par radiothérapie et hormonothérapie en 2003. L'incapacité de travail avait évolué de la manière suivante : 100% du 20 juillet 2007 au 12 mai 2008, 50% du 13 mai 2008 au 30 novembre 2009, 100% du 1^{er} décembre 2009 au 31 décembre 2012, 0% dès le 1^{er} novembre 2011, 100% du 21 novembre au 31 décembre 2013 et 0% dès le 1^{er} janvier 2014.![endif]>![if> La capacité de travail exigible était de 100%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sans que des limitations fonctionnelles ne soient à relever. 20. 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 avait plus aucune limitation admise depuis janvier 2014, l'intéressé ayant eu le statut de courtier en assurance indépendant au moment du début de l'incapacité de travail durable, un statut d'actif devait être admis et la méthode générale de comparaison des revenus appliquée. Au vu des circonstances (absence d'examen des mesures d'intégration professionnelle et de détermination d'une aptitude de la réadaptation définie), la capacité travail se confondait avec la capacité de gain.![endif]>![if> 21. Le même jour, 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^{er} avril 2010 au 31 mars 2011), d'une rente entière. La demande de prestations déposée en juillet 2011 était tardive, de sorte que les conditions du droit à la rente n'étaient plus réalisées au moment déterminant. Enfin l'incapacité de travail attestée entre novembre 2013 et janvier 2014 n'était pas durable au sens de la loi de sorte que les conditions du droit à des prestations ne devaient pas être examinées.![endif]>![if> L'assuré n'a pas réagi. 22. Le 7 octobre 2014, l'OAI a adressé au recourant, soit pour lui son conseil, une décision en tous points conforme au projet du 26 août 2014.![endif]>![if> 23. Par acte du 13 novembre 2014, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans. Il a conclu préalablement à ce qu'une nouvelle expertise cardio-vasculaire soit ordonnée, principalement à l'annulation de la décision entreprise en tant qu'elle lui refusait l'octroi d'une rente, à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2011, sous suite de dépens, et subsidiairement à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision.![endif]>![if> Les experts mandatés par l'intimé étaient arrivés à la conclusion qu'il avait une capacité de travail entière dans son activité de courtier en assurances. Ils avaient 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 qu'il exerçait. 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 s'étaient 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 s'étaient 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 Dr D_____ estimait pour sa part que la maladie présentait, en soi, un risque vital qui interdisait une exposition au stress. Le 4 novembre 2014, le Dr E_____ avait, sur demande de l'assuré, déconseillé la reprise d'une activité professionnelle. Le 14 octobre 2014, ce médecin avait considéré 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 existait un doute raisonnable sur l'impact du travail sur la santé du recourant, de sorte qu'il apparaissait nécessaire qu'un complément d'expertise soit ordonné afin de déterminer si la reprise du travail du recourant affectait ou risquait d'affecter l'évolution de la maladie touchant son aorte. 24. Dans sa réponse du 16 décembre 2014 l'OAI a conclu au rejet du recours et a persisté dans les termes et conclusions de la décision du 7 octobre 2014. A l'appui de son recours, l'assurée avait produit de nouveaux documents médicaux. Ceux-ci avaient été soumis au SMR, qui, en date du 4 décembre 2014, les avait commentés : dans l'ensemble, ces trois documents n'apportaient 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 restait faible. Afin de déterminer clairement si ces éléments nouveaux changeaient l'appréciation des experts, il convenait de leur soumettre ces documents, et le CT-Scan de septembre 2014 avec les autres CT-Scan, afin qu'ils précisent si cela changeait leur appréciation sur le plan somatique. Le 16 décembre 2014, le SMR a complété son avis en élaborant les questions qui lui paraissaient pertinentes à poser aux experts. Il a également suggéré qu'un avis radiologique soit éventuellement demandé à un spécialiste, en cas de divergences entre l'avis des experts et celui des médecins traitants. 25. Dans sa réplique du 13 janvier 2015, l'assuré a persisté à demander la mise en œuvre d'une nouvelle expertise indépendante. Il ne pouvait 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 tombait sous le sens qu'un expert qui avait déjà conclu que la santé d'un assuré permettait son retour à son travail ne serait pas objectif s'il devait se déjuger pour accepter que son état de santé ne lui permettait pas de travailler. La question n'était pas de déterminer si le stress d'un travail pourrait amener à une aggravation de l'anévrisme dont il souffrait, mais de déterminer si déjà, en l'état, le stress pouvait engendrer une rupture de l'anévrisme. Ainsi la question à poser à un expert n'était pas de déterminer si son état de santé était stable ou avait évolué, mais si cet état de santé actuel (en soi) indiquait que le risque d'une rupture d'anévrisme était important, du fait d'un stress dû au travail. 26. Dans un arrêt du 9 février 2015 (ATAS/106/2015), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision du 7 octobre 2014 et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il procède à un complément d'expertise et, le cas échéant, à ce qu'il mette en œuvre une mesure d'observation professionnelle. En substance, la chambre de céans a considéré que l'expertise de la PMU du 1 er juillet 2014 devait se voir reconnaître une

pleine valeur probante. Les rapports des Drs D_____ et E_____ ne remettaient pas fondamentalement en cause les constatations et avis des experts, mais apportaient néanmoins un élément d'appréciation complémentaire qui n'avait pas été évoqué dans le cadre de l'expertise et qui ne ressortait pas en tant que tel du dossier médical au moment où les experts avaient été amenés à se prononcer, soit l'incidence du stress inhérent à l'activité habituelle de l'assuré sur son état de santé. Les parties convergeaient sur la nécessité de soumettre cette question aux experts. Contrairement à ce que soutenait l'assuré, rien ne permettait de penser que les experts de la PMU ne feraient pas preuve de l'objectivité nécessaire, de sorte qu'un complément d'expertise devait leur être demandé. En fonction de leurs réponses, il pourrait être nécessaire de compléter l'expertise avec une observation professionnelle afin de préciser quelles activités étaient encore ouvertes à l'assuré.!

27. Le 7 juillet 2015, les experts de la PMU ont répondu aux questions posées par l'OAI.!

Au sujet de l'incidence du stress inhérent au genre d'activité professionnelle de courtier sur l'état de santé de l'assuré, ils n'avaient pas jugé ladite activité particulièrement à risque s'agissant d'engendrer un stress tel qu'il présenterait une augmentation du risque cardio-vasculaire et du risque de rupture d'anévrisme. En effet, cette activité était plutôt sédentaire, n'était pas exercée dans l'urgence, permettait de planifier ses tâches, n'occasionnait pas de mise en danger de sa personne et ne nécessitait pas d'horaires irréguliers ou de travail de nuit. D'autre part, si toute activité pouvait représenter un stress subjectif, ils avaient souligné qu'il n'y avait pas de trouble anxieux au plan psychiatrique. L'expertise psychiatrique réalisée en 2010 n'avait pas non plus retenu de tels diagnostics. L'assuré leur avait par ailleurs indiqué avoir repris son activité à partir de début 2014, il est vrai avec un rendement variable au cours de la semaine, mais ils avaient estimé qu'il n'y avait pas de danger cardio-vasculaire particulier s'il augmentait progressivement son taux d'activité jusqu'à 100% (en étant indépendant, sans pression hiérarchique, avec la possibilité d'organiser et d'adapter ses horaires de travail). En ce qui concerne l'affirmation du Dr D_____ selon laquelle l'assuré présentait une aggravation de son état de santé découverte au CT-scan de septembre 2014, il était clair que l'évolution de la capacité de travail dépendait de la stabilité des valeurs tensionnelles et du suivi scannographique pour l'anévrisme, comme relevé dans l'expertise. Le scanner de septembre 2014, postérieur à l'expertise, montrait un diamètre total de la zone thrombosée au niveau de l'isthme aortique discrètement augmenté par rapport au contrôle de l'année précédente, ce qui avait fait évoquer une possible intervention future. Les chirurgiens se dirigeaient vers une indication opératoire, l'assuré devant encore prendre sa décision. La situation médicale cardio-vasculaire avait donc évolué depuis le dernier scanner en septembre 2014. Depuis cette date, la capacité de travail était restreinte. Dans l'attente de la décision quant au traitement, ce qui représentait un stress pour l'assuré, il fallait considérer que l'incapacité de travail était totale. L'assuré devait éviter tout stress susceptible de générer des pics tensionnels ou tout stress qui se traduirait par un trouble anxieux, par exemple. Si une nouvelle opération devait avoir lieu en 2015, il serait alors utile de réévaluer les limitations fonctionnelles somatiques et psychologiques afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de séquelle psychologique ou sociale à long terme, ce qui n'était pas le cas jusqu'à leur expertise de 2014.

28. Dans un avis du 7 août 2015, le docteur K_____ du SMR a constaté que les experts confirmaient leur évaluation de pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, jusqu'à septembre 2014, date à partir de laquelle la capacité de travail était nulle dans toute activité. Une révision était nécessaire après l'opération. Actuellement, il convenait de s'en tenir aux conclusions de l'avis du SMR du 15 août 2014,

jusqu'à cette date, puis de considérer que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Par courrier du 14 septembre 2015, l'assuré a indiqué à l'OAI avoir été indemnisé par son assurance perte de gain de novembre 2007 à juillet 2010. Il avait complété ses indemnités journalières par l'exercice de son activité professionnelle à environ 30%. En 2011, il avait travaillé à 10%. En 2012, son taux d'activité avait été inférieur à 20%. En 2013, il avait sous-loué son local, mais n'avait pas travaillé. Depuis le 1^{er} janvier 2014, il n'exerçait aucune activité professionnelle contre rémunération. Parfois, il conseillait des clients de manière ponctuelle et à titre gratuit. Son entreprise était toujours inscrite au registre du commerce. Il n'avait pas demandé sa radiation, dans l'espoir de pouvoir à nouveau sous-louer les locaux. Dans un rapport du 9 novembre 2015, le service extérieur, service des indépendants, a considéré, sur la base des déclarations de l'assuré, ainsi que des pièces comptables en sa possession, que le revenu sans invalidité de l'intéressé se montait à CHF 50'223.- par année, de 2004 à 2006. Le degré d'invalidité ne pouvait être déterminé sur la base des comptes de l'assuré, car il avait travaillé à un taux très réduit depuis 2010 et sous-loué ses locaux en 2013. Ainsi, aucune conclusion valable sur les répercussions économiques ne pouvait être donnée. Au vu de la situation, il y avait lieu de se baser sur l'exigibilité médicale retenue dans l'activité habituelle pour la période antérieure à octobre 2014. Dès cette date, il y avait lieu d'admettre un préjudice économique total, car l'assuré n'avait pas repris et ne pouvait pas reprendre d'activité rémunérée. Dans un projet de décision du 23 novembre 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2015. Depuis le mois de novembre 2007, la capacité de travail du recourant était considérablement restreinte. Au terme du délai d'attente d'une année, le 1^{er} novembre 2008, son incapacité de travail était de 50%, de sorte que les conditions du droit à une demi-rente d'invalidité étaient réunies. En décembre 2009, son état de santé s'était dégradé et une incapacité totale de travailler devait être admise. Suite à une amélioration de l'affection médicale, la capacité de travail était considérée comme entièrement rétablie depuis le 1^{er} janvier 2011. Ainsi, l'assuré aurait eu droit à une rente entière du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011. La demande de prestations déposée en juillet 2011 était tardive, de sorte que les conditions du droit à la rente n'étaient plus remplies au moment déterminant pour son versement, soit six mois après le dépôt de la demande (janvier 2012). L'état de santé de l'assuré s'était à nouveau dégradé en septembre 2014. Il s'agissait de la même affection médicale. Ce changement étant survenu plus de trois ans après la suppression de la rente admise initialement, de sorte qu'il fallait traiter le cas comme une nouvelle demande de prestations. Au terme du délai d'attente d'une année, le 1^{er} septembre 2015, l'incapacité de travail de l'assuré était entière, de sorte que les conditions du droit à une rente entière d'invalidité étaient remplies. L'assuré n'a pas réagi. Le 18 février 2016, l'OAI a adressé au recourant une décision en tous points conforme au projet du 23 novembre 2015. Par acte du 22 mars 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son nouveau conseil, interjeté recours contre cette décision. Il a conclu préalablement à l'audition des parties et des Drs D_____ et E_____, et à ce qu'une expertise en médecine interne et en cardiologie soit ordonnée, et principalement à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimé soit condamné à lui verser une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2012, avec intérêts à 5% l'an dès le 31 janvier 2014 (date moyenne), sous suite de frais et dépens. En substance, il contestait avoir été pleinement capable de travailler entre janvier 2011 et août 2014. En réalité depuis fin 2009, il n'avait pas recouvré une capacité de travail supérieure à 10%. Après avoir épuisé son

droit aux indemnités journalières de la Bâloise, il s'était retrouvé privé de tout revenu. Il espérait pouvoir reprendre son activité, raison pour laquelle il avait tardé à déposer sa demande de prestations. En juillet 2011, constatant que son état de santé ne lui permettait plus de travailler, il s'était résolu à la déposer. S'il avait été pleinement capable de travailler durant cette période, il n'aurait pas agi ainsi. Certes un certain flou régnait-il quant à son taux d'incapacité de travail entre 2011 et 2014. Cela étant, les Drs D_____, E_____, F_____ et G_____ avaient tous attesté d'une diminution de sa capacité de travail durant cette période. En outre, lors de son hospitalisation en novembre 2013, des examens avaient mis en évidence une aggravation de sa maladie. En effet, un scanner thoraco-abdominal effectué le 14 novembre 2013 avait montré une très discrète augmentation de la taille de l'anévrisme de la crosse aortique. La valeur probante de l'expertise de la PMU était contestée. Les experts n'avaient pas pris la peine d'expliquer les raisons pour lesquelles ils se distanciaient des conclusions des médecins précités. L'analyse sur le plan cardiologique était particulièrement expéditive. Les experts indiquaient que l'ergométrie n'avait pas pu être menée à son terme en raison d'une dyspnée associée à des vertiges, mais n'expliquaient pas si l'examen en question avait pu être renouvelé. Ils relevaient également que la capacité de travail était difficilement évaluable, raison pour laquelle ils proposaient d'effectuer une ergospirométrie. Toutefois, cet examen n'avait pas été réalisé. Les experts n'avaient pas non plus détaillé les limitations fonctionnelles associées à sa pathologie cardio-vasculaire, ni expliqué les spécificités du métier de courtier en assurances. Le recourant ne pouvait suivre la chambre de céans lorsque, dans son arrêt du 9 février 2015, elle considérait que les derniers rapports médicaux produits apportaient un nouvel élément qui ne ressortait pas du dossier, à savoir l'incidence du stress inhérent à l'activité de courtier en assurance sur son état de santé. Cet élément était déjà fortement présent dans le dossier soumis aux experts, ce qui aurait dû amener ces derniers à se poser la question de la compatibilité de son métier avec sa pathologie cardiaque dès 2010. Le fait pour les experts d'avoir omis d'analyser cette question et de s'être limités à retenir comme limitations fonctionnelles les activités physiquement lourdes et les ports de charges privait également l'expertise de toute valeur probante. Enfin, les derniers rapports produits par ses soins ne faisaient pas apparaître une incapacité de travail soudaine liée à une aggravation subite de son état de santé, mais plutôt une incapacité de travail persistante liée à la progression de sa maladie sur le long cours.

34. Dans sa réponse du 19 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a rappelé que la chambre de céans avait reconnu la valeur probante de l'expertise de la PMU dans son arrêt du 9 février 2015 désormais entré en force. Il avait mis en œuvre un complément d'expertise, conformément aux instructions de la chambre de céans, afin de déterminer l'incidence du stress inhérent à l'activité de courtier en assurance sur l'état de santé du recourant. Les experts avaient écarté le fait que la profession du recourant occasionne un stress augmentant le risque cardio-vasculaire ou le risque de rupture d'anévrisme. Le scanner de septembre 2014 avait mis en lumière une aggravation de l'état de santé conduisant à la reconnaissance d'une incapacité totale de travail. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.!

35. Dans sa réplique du 12 mai 2016, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions et rappelé les arguments de son recours, apportant quelques précisions pour le surplus.!

Contrairement à ce que soutenait l'intimé, il était légitimé à remettre en question la valeur probante de l'expertise de la PMU. Les experts n'avaient pas suffisamment pris en compte les séquelles des trois interventions chirurgicales subies, en particulier en termes de fatigue, ce d'autant plus que

sa réaction dépressive et son syndrome d'apnées du sommeil sévère l'avait amplifiée. A ces différentes atteintes était venu se greffer un cancer de la prostate en rémission. Ainsi, les experts n'avaient pas assez tenu compte des interactions entre les différentes pathologies. Jusqu'en 2010, il avait exercé l'activité de courtier en assurance indépendant, laquelle comportait un certain stress. Là encore, les experts avaient mal évalué les exigences de cette profession en se contentant de relever qu'il s'agissait d'une activité sédentaire et en ignorant qu'il devait être extrêmement attentif aux facteurs de risques cardio-vasculaires.

36. Dans sa duplique du 8 juin 2016, l'intimé a persisté dans ses

conclusions. 37. Le 10 juin 2016, le recourant a une nouvelle fois demandé l'audition des parties, ainsi que celle du Dr D_____. 38. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties convoquée le 11 juillet 2016, le recourant a notamment déclaré que depuis qu'il avait reçu la décision entreprise, il ne travaillait plus du tout. Avant cela, il avait encore exercé une activité réduite et non rémunérée. Il était actuellement essentiellement au Portugal, où il se rendait fréquemment, pour être entouré de sa famille. Il n'avait entrepris aucune démarche auprès du registre du commerce, mais son entreprise n'avait plus d'activité. Quand il ne logeait pas chez des amis, il habitait dans les locaux de sa société. Le bail avait été résilié par le propriétaire et prolongé à fin 2018 par la justice. Depuis l'expertise, il était suivi par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. A l'époque, il n'avait pas consulté de psychiatre car il ne pouvait pas l'accepter. L'expertise s'était mal passée, en particulier avec le cardiologue, ce qui avait fait monter sa tension, comme avait pu le constater le Dr D_____. Son état de santé était stationnaire et l'opération envisagée par le Dr E_____ toujours d'actualité. Cela étant, elle n'avait pas encore eu lieu en raison des risques inhérents à ce type d'opération. Concernant les apnées du sommeil, il n'avait pas supporté le masque pendant longtemps. Actuellement, malgré le traitement suivi, il ne constatait pas beaucoup d'améliorations sur son état. 39. Le 5 septembre 2016, le Dr D_____ a été entendu par la chambre de céans. Il a indiqué suivre l'assuré depuis 2007. Il était consulté par l'assuré trois à quatre fois par année. La fréquence des consultations avait diminué ces derniers temps (trois fois en 2015 et 2 fois en 2016). Le recourant présentait une maladie chronique sévère à haut risque de mortalité, avec un caractère évolutif. Le cas de l'intéressé était grave. Il avait subi trois interventions et était actuellement suivi par le Dr E_____ et le service de radiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Selon les derniers examens de contrôle, il subsistait une dissection aortique au niveau de la jonction entre l'aorte thoracique et abdominale. La nouvelle opération envisagée comportait des risques liés aux séquelles neurologiques, en particulier la paraplégie. Compte tenu de la stabilité de l'état de santé de l'assuré, l'opération était suspendue pour éviter les risques opératoires. Lorsqu'il avait commencé à suivre l'intéressé, ce dernier avait de la peine à corriger son hypertension artérielle. Avec les années et en adaptant le traitement, les chiffres tensionnels avaient pu être normalisés. Compte tenu de sa pathologie cardio-vasculaire, sa tension artérielle devait être maintenue au plus bas, pour éviter la rupture d'anévrisme. Il n'était donc pas contre-indiqué que le recourant aille se reposer à certains endroits et qu'il s'y rende en voiture ou en avion, sa pression étant suffisamment basse. Le stress était un facteur de risque important pour l'assuré. Ses séjours au Portugal lui faisaient du bien de ce point de vue-là, en particulier s'agissant de sa tension artérielle. Les interventions chirurgicales subies avaient eu des conséquences sur sa santé, en raison du stress généré ou augmenté par de telles interventions. Cela consistait en un problème d'adaptation, que les experts de la PMU avaient constaté dans l'expertise de juillet 2014. Il regrettait toutefois que ces derniers

aient fait abstraction de l'incidence importante de ce stress. Vouloir remettre le recourant au travail dans son activité habituelle était surprenant, dans la mesure où c'était justement sa pratique professionnelle qui avait généré le stress qui, associé à d'autres facteurs de risque, était à l'origine de la dissection aortique. Le nombre des interventions chirurgicales était un facteur de risque supplémentaire en cas de nouvelle intervention. Ces réinterventions étaient également la preuve que la maladie était véritablement agressive. Depuis sa dernière opération, l'état de santé du recourant ne s'était pas amélioré mais stabilisé, dans la mesure où sa pathologie était chronique. D'ailleurs, il reprochait aux experts d'avoir considéré les opérations subies comme curatives plutôt que comme palliatives, d'où l'importance de diminuer ou de réduire au maximum les raisons de stress. 40. Le même jour, l'intimé a proposé de soumettre le procès-verbal d'audition du Dr D_____ au SMR. 41. Le 22 septembre 2016, l'intimé a transmis à la chambre de céans un avis du SMR du 7 septembre 2016 auquel il se ralliait. L'audition du Dr D_____ n'était pas de nature à modifier ses précédentes conclusions. Dans ledit avis, le Dr K_____ a relevé la fréquence très peu élevée des consultations du recourant auprès du Dr D_____. Il insistait sur la nécessité pour l'intéressé d'éviter tout stress, mais considérait dans le même temps que les voyages en voiture ou en avion n'étaient pas contre-indiqués. Or, la dépressurisation des cabines d'avion (de l'ordre de 2'500 mètres d'altitude entraînant physiologiquement une augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle) occasionnait forcément du stress. Enfin, le Dr D_____ considérait que le traitement de la dissection aortique n'était que palliatif, alors que la chirurgie vasculaire de ce type d'atteinte était, la plus part du temps, effectivement curative, dans la mesure où l'aorte défectueuse était « remplacée » et la fausse lumière fermée. Le Dr D_____ confirmait l'abstention chirurgicale pour le moment, compte tenu des risques éventuels de l'intervention, de sorte que la révision évoquée par le SMR dans l'avis du 7 août 2015 n'était plus d'actualité. Elle ne se concevait qu'en post-opératoire pour évaluer les conséquences éventuelles de l'intervention. Les arguments du Dr D_____ concernant le stress professionnel, les voyages et les incapacités de travail avant l'aggravation d'août 2014 n'étaient pas convaincants. 42. Dans ses observations du 11 octobre 2016, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a rappelé que les Drs G_____, F_____, E_____ et D_____ avaient attesté d'une limitation certaine de sa capacité de travail entre 2011 et 2014. Lors de son audition, le Dr D_____ avait confirmé que son état de santé ne s'était pas amélioré puis dégradé, mais stabilisé après la dernière opération. Il avait également relevé que les opérations subies avaient un but palliatif plutôt que curatif, les réinterventions étant la preuve que la maladie était véritablement agressive. La fréquence très peu élevée, comme le retenait le SMR, des consultations chez le Dr D_____ n'était pas pertinente, puisqu'il était également suivi par le Dr E_____ et le service de radiologie des HUG. 43. A la suite de 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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. 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).

3. 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.

4. Le litige porte sur la date d'ouverture du droit à la rente entière d'invalidité du recourant.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider

si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 mars 2009 consid. 2.2).

9. a. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

D'après l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente un nouveau degré d'invalidité ouvrant droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

11. a. En l'espèce, l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant dès le 1^{er} septembre 2015, soit à l'issue du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 LAI estimant que sa capacité de travail était nulle à compter du 1^{er} septembre 2014. Il se fonde sur les conclusions de l'expertise de la PMU du 1^{er} juillet 2014, sur le complément d'expertise du 7 juillet 2015 et sur les avis du SMR y relatifs.

Pour sa part, le recourant considère avoir droit à cette rente dès le 1^{er} janvier 2012, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations, le 20 juillet 2011. Selon lui, son état de santé et sa capacité de travail sont stables depuis 2009, de sorte qu'il n'a pas été en mesure de travailler à 100% entre janvier 2011 et août 2014, contrairement à ce qu'affirme l'intimé. Il conteste la valeur probante de l'expertise de la PMU du 1^{er} juillet 2014 et du complément d'expertise du 7 juillet 2015, privilégiant les conclusions des Drs D_____, E_____, F_____ et G_____.

b. En l'occurrence, l'expertise de la PMU du 1^{er} juillet 2014 ne retient aucun diagnostic limitant la capacité de travail du recourant. Les experts considèrent que son incapacité de travail a évolué de la manière suivante : 100% du 20 juillet 2007 au 12 mai 2008, 50% du 13 mai 2008 au 30 novembre 2009, 100% du 1^{er} décembre 2009 au 31 décembre 2012, 0% dès le 1^{er} novembre 2011, 100% du 21 novembre au 31 décembre 2013 et 0% dès le 1^{er} janvier 2014. Cette expertise est fondée sur une étude du dossier et des examens cliniques du

recourant dans les domaines de la cardiologie, de la psychiatrie et de la médecine interne générale. Les experts ont rappelé le contexte de l'expertise, résumé les extraits pertinents du dossier et exposé l'anamnèse, les plaintes et leurs constatations objectives. Les diagnostics retenus sont clairs et leurs conséquences ou non sur la capacité de travail sont motivées de manière complète et convaincante. Les experts ont tenu compte des plaintes du recourant, ainsi que des rapports de ses médecins traitants, dans la mesure où ils les ont brièvement résumés dans la première partie de leur expertise et où ils sont utilisés pour établir l'anamnèse et la synthèse du cas. Dès lors et conformément à l'appréciation de la chambre de céans dans le cadre de son arrêt du 9 février 2015, il convient de reconnaître à cette expertise une pleine valeur probante. Dans le complément d'expertise du 7 juillet 2015, les experts ont admis une incapacité de travail de 100% dès le 1^{er} septembre 2014. Ledit complément doit également se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont répondu aux questions qui leur ont été posées de manière claire et convaincante, de sorte que la question du stress inhérent à l'activité habituelle du recourant et son influence sur sa capacité de travail mis en évidence par les Drs D_____ et E_____ en 2014 trouve une réponse qui permet de trancher le litige, sans qu'une nouvelle expertise ne se justifie. c. Le recourant fait grief aux experts de ne pas avoir expliqué les raisons pour lesquelles ils se distancient des avis des Drs D_____, E_____, F_____ et G_____. Il considère que l'analyse sur le plan cardiologique est expéditive et non détaillée. En outre, la question du stress inhérent à son activité professionnelle ressortait déjà expressément du dossier quand les experts ont été saisis, de sorte qu'ils auraient dû se prononcer immédiatement sur la compatibilité de son métier avec sa pathologie cardiaque, ce qu'ils n'avaient pas fait. Il reproche encore aux experts de ne pas avoir suffisamment pris en compte les séquelles des trois interventions chirurgicales subies et les interactions entre ses différentes atteintes à la santé. Les experts ont mal évalué les exigences de sa profession, se contentant de relever qu'il s'agit d'une activité sédentaire et ignorant les risques cardio-vasculaires. En ce qui concerne l'analyse cardio-vasculaire, les critiques du recourant tombent à faux. Les experts expliquent clairement que sa fonction cardiaque est bonne et qu'elle n'engendre pas de limitation fonctionnelle en l'état. Le fait que les examens pratiqués soient dans la norme explique la concision de cette partie de l'expertise et justifie que l'ergospirométrie complémentaire suggérée n'ait pas été conduite. S'agissant de la question du stress inhérent à son activité habituelle, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il prétend que cette problématique ressortait déjà clairement du dossier transmis aux experts. En effet, dans son rapport du 10 août 2011, le Dr D_____ a retenu une résistance limitée, sans plus de précision, et sans relier cette limitation fonctionnelle à la pathologie cardio-vasculaire. Quant au rapport du 26 août 2011 du Dr E_____, il décrit simplement une résistance limitée en raison du status post opératoire. Dans son rapport intermédiaire du 23 février 2012, le Dr D_____ préconise un contrôle strict de l'hypertension artérielle et des facteurs de risque cardio-vasculaire. Si le stress fait effectivement partie desdits risques, le Dr D_____ ne mentionne aucunement l'activité professionnelle du recourant comme une source de stress problématique. Enfin, dans son rapport du 8 novembre 2012, si la Dresse G_____ évoque une diminution de la résistance au stress et préconise d'éviter les milieux stressants, elle n'établit aucun lien entre ce stress et l'activité professionnelle du recourant, dont elle ignore la nature. De plus, son rapport porte principalement sur l'état dépressif chronique qu'elle retient comme seul diagnostic avec effet sur la capacité de travail, de sorte que la question du stress semble y être attachée. En tout état de cause, les experts se sont expressément prononcés sur la question de l'incidence du stress inhérent à

l'activité de courtier en assurances indépendant sur l'état de santé du recourant dans le cadre du complément d'expertise du 7 juillet 2015. Dans ce contexte, ils ont clairement expliqué que cette activité n'était pas susceptible d'engendrer un stress présentant un risque cardio-vasculaire ou de rupture d'anévrisme, compte tenu de son caractère essentiellement sédentaire, de l'absence d'urgence, de mise en danger, de travail irrégulier ou de nuit et de pression hiérarchique, et de la possibilité de planifier ses tâches et d'adapter ses horaires. Pour le surplus, le recourant se contente de substituer sa propre appréciation à celle des experts. Or, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En effet, le recourant se contente d'affirmer que son activité professionnelle est particulièrement stressante, sans expliquer quels facteurs généreraient un tel stress et sans apporter aucun élément permettant de le démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante. Au contraire, le fait que le recourant ait continué à travailler jusqu'en 2015, même à taux réduit et à titre gracieux, ce qui apparaît atypique compte tenu de la situation financière difficile qu'il décrit, semble plutôt indiquer qu'il exerce une activité n'engendrant pas un stress néfaste pour son état de santé. Quant à la prise en considération de ses opérations par les experts et l'incidence des différentes atteintes à la santé sur sa capacité de travail, elles font précisément l'objet de l'expertise et de l'appréciation du cas. Le simple fait que le recourant ne partage pas l'analyse des experts ne suffit pas pour considérer que l'expertise du 1^{er} juillet 2014 ou son complément du 7 juillet 2015 sont dénués de valeur probante. On ajoutera encore que si le recourant a critiqué le déroulement de l'examen cardiaque conduit dans le contexte de l'expertise, il ne l'a fait que lors de la comparution personnelle des parties, soit près de deux ans après que cet examen a eu lieu. Selon toute vraisemblance, si l'examen s'était effectivement déroulé de la manière décrite, le recourant l'aurait immédiatement signalé. Ainsi, cet élément n'aura aucune influence sur l'appréciation de la valeur probante de l'expertise du 1^{er} juillet 2014. d. Enfin, s'agissant des rapports émis par les Drs D_____, E_____, F_____ et G_____ et que le recourant invoque pour fonder son argumentation, il convient de relever qu'ils ont été pris en compte par les experts dans le cadre de leur analyse du cas du recourant et qu'ils n'entrent pas fondamentalement en contradiction avec ladite analyse. De plus les conclusions de ces médecins ne sont pas concordantes, que ce soit au niveau des diagnostics ou de leurs conséquences sur la capacité de travail. Le simple fait que certains éléments de ces rapports entrent en contradiction avec l'expertise du 1^{er} juillet 2014 ou son complément du 7 juillet 2015 ne suffit pas encore pour les remettre en question. En tout état de cause, il apparaît que ces rapports ont tous été établis par les médecins traitants du recourant, ce dont il faut tenir compte. De plus, ils sont lacunaires, notamment en ce qui concerne la capacité de travail du recourant (cf. rapport du 26 août 2011 du Dr E_____ ; rapport du 8 novembre 2012 de la Dresse G_____) et ne sont pas motivés à satisfaction de droit. Quant aux déclarations du Dr D_____ contredisant l'expertise, elles n'emportent pas la conviction de la chambre de céans dans la mesure où elles apparaissent contradictoires ou sont contredites par certains éléments du dossier. En ce qui concerne la pression artérielle du recourant, le Dr D_____ affirme à la fois qu'elle doit être maintenue au plus bas, tout en considérant que l'intéressé peut fréquemment voyager

en avion. Or, le Dr K_____ du SMR indique que le fait de monter à une altitude supérieure à 2'500 mètres entraîne une augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et du stress, ce qui est incompatible avec les recommandations du Dr D_____. S'agissant du caractère palliatif plutôt que curatif des opérations subies par le recourant, il ressort notamment du dossier que l'aorte ascendante de l'intéressé a été remplacée par une prothèse en 2007 et que le recourant a pu reprendre le travail à 50% en 2008 et 2009, alors qu'il était incapable de travailler depuis le 20 novembre 2007. Cela indique au contraire que l'état de santé du recourant a été amélioré par les interventions pratiquées, et non simplement stabilisé. Enfin, le Dr D_____ considère que la reprise du travail comme contre-indiquée, dans la mesure où le stress inhérent à l'activité de courtier en assurance indépendant était justement l'une des causes à l'origine de la dissection aortique du recourant. Sur ce point, force est de constater que le Dr D_____ ne motive aucunement son avis, ni n'explique en quoi l'activité de l'intéressé serait particulièrement stressante, au point de constituer un risque pour la santé du recourant. Dès lors, l'audition du Dr D_____ n'aura aucune influence sur l'appréciation de la valeur probante de l'expertise du 1^{er} juillet 2014 ou de son complément du 7 juillet 2015. e. Il ressort des éléments exposés précédemment que c'est à bon droit que l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant à compter du 1^{er} septembre 2015, soit à l'issue du délai d'attente d'une année dès le 1^{er} septembre 2014, en se fondant sur l'expertise de la PMU du 1^{er} juillet 2014 et sur le complément d'expertise du 7 juillet 2015. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.!

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. Le rejette.!

3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. !

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le