

## **GE\_GERICHTE A/1561/2020 vom 14. Dezember 2020**

GE Cour de justice, 2020-12-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1561\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1561_2020)

FR: GE\_GERICHTE A/1561/2020 du 14 décembre 2020

IT: GE\_GERICHTE A/1561/2020 del 14 dicembre 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cyril MIZRAHI 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 ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1980, originaire de Guinée, est entré en Suisse le \_\_\_\_\_ 2000 en qualité de réfugié. Il n'a pas de formation professionnelle certifiée et a travaillé à plein temps comme aide de cuisine entre 2001 et 2003, étant précisé que son dernier salaire s'élevait à CHF 3'300.- par mois. 2. Entre 2003 et 2007, l'assuré était inscrit au chômage. 3. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2007, il s'est retrouvé en incapacité complète de travail. 4. Le 19 octobre 2007, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou intimé), en raison d'une insuffisance rénale chronique terminale. 5. Selon un rapport du 6 novembre 2007 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des reins, l'assuré souffrait d'une insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une néphro-angiosclérose traitée depuis janvier 2001 par hémodialyse. Il était sans qualification, ne travaillait plus depuis le 27 décembre 2003, avait été ensuite un temps au chômage mais, dans la mesure où il était incapable de chercher du travail, son dossier avait été annulé au mois de juillet 2007 et, depuis lors, il percevait des prestations de l'hospice général. Son état de santé était stationnaire et aucune mesure médicale ne pouvait améliorer sa capacité de travail. Des mesures professionnelles étaient indiquées pour favoriser une insertion professionnelle à environ 50 %. Il manifestait une fatigabilité accrue mais son état général était acceptable, malgré une tendance à la malnutrition. Il était traité par hémodialyse trois fois quatre heures par semaine. Une transplantation rénale était envisagée et des examens étaient en cours dans une perspective d'inscription sur liste d'attente pour la transplantation. Il présentait plusieurs limitations et sa capacité de travail était de 50 % dans une activité ne nécessitant aucune qualification dans un environnement salubre. 6. Le 6 juin 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a précisé dans un courrier à l'OAI que l'assuré était dialysé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, n'était plus en mesure de travailler à plein temps depuis juillet 2003 et aurait travaillé à temps partiel de juillet 2003 à fin 2003. L'incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> avril au 29 mai 2007 était motivée par une asthénie, liée à des problèmes de tension artérielle. 7. Dans un avis du 17 juin 2008, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a confirmé le diagnostic du Dr B\_\_\_\_\_. La capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles constatées étaient une fatigabilité, il ne devait supporter aucun effort, ni stress et devait avoir la possibilité de faire une pause. Une réadaptation professionnelle pour une place "légère" était indiquée mais pas de mesure importante avant la transplantation. 8. Dans un rapport du 28 juillet 2008, la division réadaptation de l'OAI a considéré que dans la mesure

où l'assuré, sans formation professionnelle certifiée et inactif depuis 2003, avait travaillé comme aide de cuisine mais aurait pu occuper toute autre activité non qualifiée, il convenait de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultaient de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique, en particulier au salaire moyen auquel pouvait prétendre un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2006. Comme les revenus de l'assuré, avec et sans invalidité, étaient basés sur la même table statistique, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'un éventuel abattement supplémentaire, qui était en l'occurrence estimé à 10 % en raison du taux d'occupation et du permis de séjour F de l'assuré. L'incapacité de travail de l'assuré étant de 50 %, il résultait un degré d'invalidité de 55 %, compte tenu de 10 % d'abattement, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente et à des mesures professionnelles de type reclassement. L'assuré souhaitait trouver un emploi léger à 50 % dans l'attente d'une transplantation rénale. La division réadaptation estimait cependant que des mesures professionnelles de type reclassement ne constituaient pas une mesure simple et adéquate et ne permettraient que très difficilement de réduire le dommage, de sorte qu'une mesure d'aide au placement constituait la mesure la plus simple et adéquate pour assister l'assuré dans la reprise d'une activité légère non qualifiée. 9. Le 14 novembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'octroi de mesures professionnelles, de sorte qu'étaient pris en charges les frais d'orientation professionnelle auprès de la Fondation PRO, entreprise sociale privée (ci-après : Fondation Pro). 10. Par décision du 24 mars 2009, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, rétroactivement à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008. Il se fondait sur les conclusions du SMR du 17 juin 2008 - concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et sur le rapport de la réadaptation professionnelle du 28 juillet 2008, concluant à un degré d'invalidité de 55 %. 11. Selon un rapport d'évaluation du 14 avril 2009 établi par la Fondation PRO, l'assuré avait effectué un stage de 37 jours dans le département Restauration de l'entreprise PRO. L'assuré avait de très bonne capacité manuelle et il faisait preuve de maîtrise et de méthode dans son travail, malgré la barrière de la langue. Les limitations de l'assuré étaient le port de charge, effort qui avait tendance à le fatiguer. L'assuré était parfois sujet à d'intenses fatigues. Il avait de très bonnes compétences de travail à faire valoir auprès d'un atelier protégé mais une activité sur le marché économique traditionnelle paraissait peu compatible avec le nécessité qu'il avait de se ménager physiquement, compte tenu de son atteinte à la santé. 12. Une révision du droit à la rente a été initiée le 28 septembre 2009, date à laquelle l'OAI a reçu le formulaire de révision rempli par l'assuré. 13. Selon le rapport du 29 décembre 2009 du docteur C\_\_\_\_\_, néphrologue, l'assuré présentait de l'asthénie ainsi qu'une dépression moyenne et son état de santé était stable. 14. Le 2 juillet 2010, la doctoresse D\_\_\_\_\_ du SMR a estimé, au vu de l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ selon lequel l'état était stationnaire, que les conclusions du rapport SMR du 17 juin 2008 restaient valables. 15. Dans un rapport du 8 juillet 2010, le docteur E\_\_\_\_\_, néphrologue, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle et que son état de santé était stationnaire. 16. Par communication du 8 juillet 2010, l'OAI a confirmé le droit à la demi-rente de l'assuré. 17. Une nouvelle révision du droit à la rente a été initiée le 8 mai 2012. 18. Dans un questionnaire rempli le 31 mai 2012, l'assuré a indiqué travailler 24 heures par semaine, dans une activité de manutention auprès de l'Entreprise PRO, entreprise social privée, et percevait un revenu mensuel d'environ CHF 500.-. 19. Selon le rapport du 13 septembre 2012 du docteur

F\_\_\_\_\_, néphrologue, l'état de santé de l'assuré était stationnaire et aucune modification n'était signalée. 20. Par communication du 24 septembre 2012, l'OAI a confirmé le droit à la demi-rente de l'assuré. 21. Par courrier du 20 janvier 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, néphrologue FMH, a annoncé à l'OAI que l'assuré présentait une aggravation de son état de santé justifiant une incapacité totale de travail. Ce courrier a été considéré par l'OAI comme une demande de révision par l'assuré de son droit à la rente. 22. Dans un certificat médical du 17 février 2015 le Dr G\_\_\_\_\_ confirmait les conclusions du rapport du 21 janvier 2015 du professeur H\_\_\_\_\_ et du docteur I\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en angiologie-hémostase, à savoir que l'assuré présentait des complications vasculaires au niveau de la fistule artério-veineuse du membre supérieur gauche, utilisée pour ses dialyses, avec des lésions menaçantes. Après l'échec d'une procédure de radiologie interventionnelle, la seule option possible qui était retenue était la fermeture de la fistule du membre supérieur gauche et, dans le même temps chirurgical, la confection d'une nouvelle fistule du membre supérieur droit (bras dominant de l'assuré), ainsi que la mise en place d'un cathéter de dialyse jugulaire gauche qui serait utilisé le temps de la maturation de la fistule du membre supérieur droit. L'atteinte menaçante du membre supérieur gauche contraindiquait toute activité manuelle et cette incapacité se prolongerait dans le futur avec la confection de la nouvelle fistule sur le membre dominant droit, en plus des séquelles prévisibles au membre supérieur gauche. 23. Selon une note de travail du 20 février 2015, l'OAI entrait en matière sur la demande de révision de l'assuré sans passer par le SMR. 24. Dans un rapport du 30 mars 2015, les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie, ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 12 au 16 mars 2015 pour la confection d'une fistule artério-veineuse au membre supérieur droit et la fermeture de la fistule artério-veineuse au membre supérieur gauche. 25. Dans un questionnaire pour employeur rempli le 4 mai 2015, la Fondation PRO, a attesté que l'assuré était employé de production depuis le 21 mars 2011 dans le cadre d'un contrat de durée indéterminée, accomplissait 24,75 heures de travail par semaine - étant précisé que l'horaire normal à plein temps au sein de l'entreprise était de 40.5 heures par semaine - et était rémunéré CHF 7.30 de l'heure. 26. Dans un rapport du 25 mai 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, entraînait une incapacité totale de travail depuis janvier 2015. L'assuré présentait des limitations de l'usage de ses deux bras en plus de difficultés de compréhension. 27. Dans un rapport du 28 juillet 2015, le professeur L\_\_\_\_\_ et le docteur M\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie viscérale, les doctoresses N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en néphrologie, ainsi que la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, ont attesté que l'assuré avait été hospitalisé du 24 juin au 20 juillet 2015 pour sa transplantation rénale, intervenue le 24 juin 2015. 28. Dans un avis du 31 juillet 2015, le SMR a retenu que l'assuré était au bénéfice d'une demi-rente depuis le 1 er avril 2008 pour une insuffisance rénale terminale sur néphroangiosclérose dialysée. Il avait bénéficié d'une aide au placement et d'un stage auprès de la Fondation PRO, qui avait conclu qu'il ne pouvait pas travailler dans l'économie normale, de sorte qu'elle l'avait engagé à 50 % dès le 21 mars 2011 en atelier protégé. Depuis le 9 janvier 2015, il se trouvait en incapacité totale de travail. Sur le plan néphrologique et selon le certificat du 17 février 2015 du Dr G\_\_\_\_\_, l'assuré avait une pathologie vasculaire associée à sa pathologie néphrologique qui contre-indiquait les travaux de force et le port de charge avec les deux bras. Cependant, il s'agissait de savoir en quoi les activités manuelles légères, simples et répétitives sans charges ne pouvaient être exercées, dans la mesure où le SMR avait conclu dans son rapport du 23 juin 2008 que l'assuré pouvait effectuer des activités

légères et que, selon le rapport employeur, l'assuré avait une activité sédentaire et ne portait pas de charges lourdes. Il convenait donc de demander au Dr G\_\_\_\_\_ quelles étaient les raisons médicales qui contre-indiquaient une activité légère et empêchaient une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles non manuelles. 29. Le 4 août 2015, la Fondation PRO, a rempli un formulaire de communication de détection précoce, indiquant que l'assuré était employé de production au taux de 60 % depuis le 21 mars 2011 pour une durée indéterminée et qu'il se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 9 janvier 2015. 30. Dans un rapport du 4 janvier 2016, la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en néphrologie, a indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une transplantation le 24 juin 2015, que depuis lors son état de santé s'était globalement amélioré, qu'il avait arrêté les dialyses et était régulièrement suivi au service de néphrologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et que son pronostic était bon à moyen terme. Il présentait, comme limitations fonctionnelles, de l'asthénie et un anévrysme de la fistule de dialyse du bras. D'un point de vue psychique, il était suivi par la docteure Q\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie aux HUG. Il fallait revoir si une reprise du travail à 50 % pouvait être envisageable dès juillet 2016. 31. Selon un rapport du 27 avril 2016 des docteuses N\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en néphrologie, et de la docteuse S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré avait été hospitalisé du 31 mars au 20 avril 2016 pour investigation d'une perte pondérale. Il présentait une baisse de l'état général avec perte pondérale de plus de 10 % en six mois, des diarrhées chroniques et de la myélodysplasie des neutrophiles d'origine médicamenteuse. L'arrêt du traitement immunosuppresseur avait cependant permis une résolution immédiate de la symptomatologie. Egalement lors de l'hospitalisation, suite à la réalisation d'une ponction-biopsie de moelle, avait été découverte, sur le plan hématologique, une atteinte isolée des neutrophiles, pathologie également d'origine toxique sur prise de l'ancien traitement immunosuppresseur. 32. Dans un rapport du 27 juillet 2016, la Dresse N\_\_\_\_\_ a indiqué que suite à la ponction rénale intervenue le 23 juin 2016, un bilan annuel post-allogreffe avait été effectué en juin 2016. L'évolution de la fonction du greffon était stable, toutefois l'apparition d'anticorps anti-HLA du donneur (DSA) de novo nécessitait le maintien d'une immunosuppression de niveau optimal. 33. Selon un rapport intermédiaire du 28 juillet 2016 de la Dresse N\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'était globalement amélioré suite à l'hospitalisation et la modification de son traitement et, depuis juin 2016, il était stable. Les limitations fonctionnelles identifiées étaient le port de charges lourdes et le travail dans un environnement insalubre. Une reprise du travail à 50 % pouvait être possible dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016. 34. Selon l'avis du SMR du 12 janvier 2017, qui complétait l'avis du 31 juillet 2015, ni le Dr G\_\_\_\_\_, ni la Dresse N\_\_\_\_\_ n'avait répondu aux questions qui leur avaient été posées. Le SMR venait d'apprendre que l'assuré avait bénéficié d'une transplantation rénale le 24 juin 2015. Or, selon le rapport du SMR du 24 juin 2008, la situation de l'assuré devait être réévaluée trois mois après la transplantation puisqu'une amélioration de l'état de santé était attendue. La Dresse N\_\_\_\_\_ attestait une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016 dans un environnement salubre, sans port de charge lourde et indiquait que l'assuré était suivi par le Dresse Q\_\_\_\_\_ sur le plan psychique. Le SMR ne comprenait pas ce qui justifiait une incapacité de longue durée dans une activité adaptée à 50 %, ni pourquoi, à l'issue de la transplantation rénale et à l'amélioration de l'état de santé après disparition des troubles du transit et reprise pondérale, la capacité de travail ne pouvait être augmentée. Il proposait donc de demander tous les rapports d'hospitalisation et des consultations spécialisées au service de néphrologie des

HUG depuis 2015, et de demander un rapport à la Dresse Q\_\_\_\_\_, laquelle n'avait pas encore été interrogée. 35. Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2017, les HUG ont informé l'OAI que la Dresse Q\_\_\_\_\_ était partie à la retraite et que sa remplaçante n'avait jamais rencontré l'assuré. 36. Selon un rapport du 26 juillet 2017 de la Dresse N\_\_\_\_\_ et du docteur T\_\_\_\_\_, médecin interne, l'assuré avait été hospitalisé du 22 juin au 11 juillet 2017 en raison d'une décompensation hyperglycémique inaugurale et d'une thrombose partielle de la veine du greffon rénal. Un diabète inaugural de type II et une thrombose partielle de la veine du greffon rénal étaient principalement diagnostiqués. 37. Selon une note de l'OAI du 7 janvier 2019, l'assuré était désormais suivi au Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégrée (ci-après : CAPPI). 38. Dans un rapport du 8 janvier 2019, la doctoresse U\_\_\_\_\_, médecin interne, a diagnostiqué chez l'assuré une psychose non organique, sans précision (F 29). Il était actuellement au bénéfice de prestations de l'hospice général, n'ayant plus travaillé depuis 2015 pour des raisons somatiques, et habitait avec sa troisième épouse qui travaillait en tant que secrétaire à 50 % dans un bureau à Genève. Il décrivait des hallucinations auditives depuis environ trois ans mais demeurait critique vis-à-vis de ces voix. Il s'occupait beaucoup de ses enfants dès qu'il le pouvait. Lorsqu'il était envahi par les voix, il disait avoir besoin de s'occuper et faire autre chose, mais parfois il n'arrivait plus à rien faire et restait isolé. Lorsqu'il n'était pas envahi par les voix, il réussissait à préparer le repas pour les enfants et pour lui-même, à les préparer pour l'école ou à aller les chercher à l'école. Les limitations fonctionnelles rencontrées en lien avec les hallucinations auditives étaient que ces dernières pouvaient être difficiles à gérer et l'empêchaient d'entamer une activité sur le long terme. La capacité de travail était nulle. Il bénéficiait d'entretiens infirmiers mensuels ainsi que d'un traitement permettant une stabilisation des hallucinations. 39. Selon l'avis du 26 février 2019 du SMR, sur le plan néphrologique, l'évolution après la transplantation était initialement favorable jusqu'en avril 2016 où l'assuré avait présenté des diarrhées chroniques sur traitement immunosuppresseur. L'assuré était connu pour une pancytopenie. Un syndrome myélodysplasique n'était pas confirmé suite à une ponction biopsie de moelle négative. En juin 2016, à un an de la greffe, l'évolution de la fonction du greffon était stable avec toutefois l'apparition de DSA (anticorps anti-HLA spécifiques du donneur) de novo, nécessitant le maintien d'une immunosuppression au niveau optimal. En juin 2017, une décompensation diabétique inaugurale, dans un contexte de diabète de type II, avait été mise en évidence avec nécessité d'une hospitalisation et introduction d'insulinothérapie et antidiabétiques oraux. La possibilité d'évolution vers une prise d'antidiabétique oral seul était évoquée à terme. Sur le plan psychiatrique, l'assuré avait repris un suivi au CAPPI de la Jonction le 29 juin 2018 à raison d'une fois par mois par la Dresse U\_\_\_\_\_. Le diagnostic retenu était une psychose non organique sans précision mais le status était peu compatible avec ce diagnostic en raison uniquement de la présence d'hallucinations auditives qui étaient critiquées. L'assuré était autonome dans sa vie quotidienne et pouvait gérer ses deux enfants. La Dresse U\_\_\_\_\_ attestait d'une incapacité de travail totale dans toute activité. L'assuré présentait donc une atteinte néphrologique pour laquelle le SMR avait peu d'informations depuis juillet 2017 et une atteinte psychiatrique peu claire, de sorte qu'il proposait de demander une expertise bidisciplinaire de médecine interne et psychiatrie. 40. Le 14 juin 2019, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) de Nyon, soit aux docteurs V\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, et W\_\_\_\_\_, médecin praticien. 41. Dans leur rapport du 17 octobre 2019, les experts ont diagnostiqué un trouble délirant persistant, sans précision, sous la forme d'hallucinations auditives isolées et

critiquées (F 22.9), un syndrome de dépendance au cannabis avec une utilisation actuelle de cette substance (F 12.24), un status post-transplantation rénale sur insuffisance rénale terminale chronique secondaire à une néphro-angiosclérose ainsi que des cervicalgies communes. Le Dr V \_\_\_\_\_ avait examiné l'assuré le 15 août 2019 de 9h05 à 10h55 et avait constaté, sur le plan psychiatrique, que le status que présentait l'assuré était compatible avec un diagnostic de troubles délirant persistant, sans précision (F 22.9; hallucination auditives isolées et critiquées) et l'évolution de la symptomatologie avait un caractère chronique. L'assuré se plaignait d'une fatigue dont aucune manifestation n'avait été retrouvée au status. Le diagnostic de psychose non organique, sans précision (F 29), retenu par la Dresse U \_\_\_\_\_, ne pouvait être validé car les critères pour retenir la présence d'un tel trouble faisaient défaut. Les symptômes décrits par l'assuré n'avaient pas de répercussion dans la gestion du quotidien, l'assuré étant pourvu de ressources. Il était en effet capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une bonne flexibilité psychique, de s'organiser, était rationnel et autonome et critiquait et n'adhérait pas à sa symptomatologie d'hallucinations auditives. Il était psychologiquement endurant, avait de bonnes capacités relationnelles et de communication. L'expert psychiatre n'avait ainsi pas observé de limitation fonctionnelle, ni de diminution de rendement et il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable en lien avec une affection psychiatrique. Tant dans l'activité exercée en dernier lieu que dans une activité correspondant à ses aptitudes, l'assuré était capable d'assumer huit heures de présence, sans diminution de rendement, et sa capacité de travail était estimée à 100 % dans ces activités, sans limitations fonctionnelles, ni diminution de rendement et il n'y avait pas eu d'incapacité de travail en lien avec une affection psychiatrique. Le Dr W \_\_\_\_\_ avait examiné l'assuré le 19 août 2019 de 15h25 à 17h00 et avait constaté, sur le plan interne, que l'assuré présentait un status post-transplantation rénale en raison d'une insuffisance rénale terminale sur néphro-angiosclérose hypertensive. Dans un premier temps, l'assuré avait bénéficié d'hémodialyse, de 2004 à 2015, avec mise en place d'une fistule artério-veineuse brachio-céphalique gauche en 2005, fermée en mars 2015 en raison d'une occlusion de toute la veine céphalique terminale, puis la mise en place d'une fistule artério-veineuse radiocéphalique droite, fermée le 30 juin 2017. L'évolution, suite à cette transplantation, avait été marquée par la survenue de plusieurs pathologies. En raison de la prise d'un traitement immunosuppresseur, l'assuré avait présenté une baisse de l'état général avec perte pondérale de 10 % en six mois en raison de diarrhées. Les investigations avaient permis de montrer que ces diarrhées étaient en rapport avec la prise du traitement immunosuppresseur, l'arrêt de celui-ci ayant permis une résolution immédiate de la symptomatologie. Le traitement immunosuppresseur était également responsable d'une atteinte isolée des neutrophiles. Lors de cette hospitalisation, avaient également été découvertes, de manière fortuite sur une IRM cérébrale, des lacunes ischémiques d'origine microvasculaire et surtout un anévrisme de la carotide interne droite au niveau du segment ophtalmique. La biopsie de contrôle du greffon rénal réalisée le 23 juin 2016 n'avait pas permis de montrer de rejet aigu. En revanche, il existait une artériolopathie modérée ainsi qu'une fibrose interstitielle, mais aucun argument pour un rejet humoral chronique à la microscopie électronique. L'évolution de la fonction du greffon était stable, mais en raison de l'apparition en 2015 d'anticorps anti HLA spécifique contre le donneur - disparus en janvier 2016 - nécessitait le maintien d'une immunosuppression de niveau optimal. En raison du traitement immunosuppresseur, s'était développé un diabète de type II, découvert lors d'une décompensation hyperglycémique inaugurale. Cette pathologie nécessitait dans un premier temps un traitement par insuline, abandonné ensuite au profit d'un traitement oral. Le bilan

sanguin réalisé le 15 août 2019 montrait un diabète parfaitement équilibré. Il existait toujours une insuffisance rénale dans les suites de la transplantation rénale mais relativement stable, voire en amélioration sur les derniers bilans disponibles. La fatigue alléguée par l'assurée était un symptôme subjectif. Aucun bâillement ni signe d'altération de la vigilance ne pouvait être mis en évidence au jour de l'expertise. De même, l'échelle de somnolence d'Epworth témoignait de l'absence de signe de somnolence diurne excessive et l'indice de Karnofsky et le score de l'OMS au jour de l'expertise témoignait d'une bonne évolution actuelle. En revanche, le traitement immunosuppresseur actuellement pris par l'assuré pouvait générer, dans les effets secondaires, une fatigue relativement importante, mais ce traitement ne pouvait pas être stoppé. Le traitement pris sur le plan psychiatrique était responsable du même effet secondaire. Au vu de la situation actuelle, une capacité de travail de 100 % semblait possible avec toutefois une baisse de rendement de 20 %, d'une part en raison de la fatigue pouvant être due au traitement immunosuppresseur, mais également en raison du diabète nécessitant des contrôles fréquents. Des limitations étaient également à considérer dans les horaires tournants et il n'était pas conseillé à l'assuré de travailler de nuit. Enfin, en raison de la fragilité du système immunitaire, un travail dans des conditions insalubres n'était pas possible. Un deuxième diagnostic était celui de la cervicalgie commune en rapport avec l'existence d'une contracture légère au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze autant à droite qu'à gauche, étant rappelé que l'IRM cervicale de février 2018 montrait l'existence de lésions dégénératives, mais au vu du faible impact de cette douleur sur la mobilité articulaire, la capacité de travail en rapport avec cette pathologie était totale, étant précisé que des séances de physiothérapie devraient permettre une amélioration rapide. Une réadaptation pourrait être exigible, l'assuré ayant d'ailleurs déjà bénéficié d'une évaluation en 2009 ayant abouti à un poste de travail en atelier protégé. Toutefois aucun diagnostic n'ayant été noté à l'expertise, une réadaptation n'était pas forcément nécessaire. La seule incohérence concernait l'existence d'une fatigue, symptôme subjectif, mais dont aucun caractère objectif n'était retrouvé lors de l'expertise. Il n'y avait cependant pas d'exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires. S'agissant des ressources de l'assuré, elles étaient présentes et complètes, nécessitant simplement la prise en compte d'une diminution de rendement, et l'assuré avait une capacité d'autonomie complète dans les activités quotidiennes. Tant dans l'activité exercée jusqu'ici - soit dans le cadre d'un emploi d'employé de production - que dans une activité adaptée correspondant aux aptitudes de l'assuré, l'expert indiquait qu'il pouvait assumer huit heures de présence au travail, que l'on pouvait accorder une diminution de rendement de 20 % en raison de la nécessité de surveiller les glycémies et de la fatigue qui pouvait être due à la prise de médicaments et que globalement la capacité de travail était de 80 %. Il observait, suite à la transplantation rénale en juin 2015, une amélioration de l'état de santé et, après une période d'observation et de contrôle et suite à la biopsie rénale qui permettait d'exclure un rejet humoral de l'allogreffe, réalisée en juin 2016, il fallait retenir une modification de l'état de santé et une augmentation de la capacité de travail à 80 % dans son activité antérieure ainsi que dans une activité adaptée. Selon les conclusions des experts, la capacité de travail de l'assurée était de 80 %, tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée. 42. Dans un rapport final subséquent du 19 novembre 2019, le SMR, se fondant entièrement sur les conclusions de l'expertise du CEMed du 17 octobre 2019, a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré suite à la transplantation rénale et que la capacité de travail était évaluée comme entière, tant dans l'activité habituelle que dans l'activité adaptée, dès le 23 juin 2016, soit à un an post-greffe, avec dans un premier temps

une baisse de rendement de 10 %, puis dès juin 2017, d'une baisse de rendement supplémentaire de 10 %. Les limitations fonctionnelles étaient des horaires réguliers et diurnes, un environnement non insalubre, limiter les risques infectieux et de l'asthénie. 43. Par projet de décision du 21 novembre 2019, l'OAI a émis l'intention de supprimer la rente invalidité de l'assuré en raison de l'amélioration de son état de santé depuis juin 2016, attestée sur la base de la documentation médicale au dossier. 44. Par courrier du 7 janvier 2020, l'assuré, par le biais de son Conseil, a conclu à l'annulation du projet de décision du 21 novembre 2019. Il présentait un status post-transplantation rénale en raison d'une insuffisance rénale terminale sur néphro-angiosclérose hypertensive, soit une atteinte complexe dont les conséquences sur le quotidien avaient clairement été expliquées dans les rapports des médecins spécialisés en néphrologie, dont l'expert avait eu connaissance. Or, le Dr W\_\_\_\_\_, qui était médecin praticien, s'était écarté de ces appréciations. Son avis pouvait être soumis à caution dans la mesure où, contrairement aux médecins qui s'occupaient de lui, il ne disposait pas de spécialisation nécessaire pour apprécier l'ensemble des conséquences de l'atteinte à la santé. Au regard de la complexité du cas, la spécialisation en médecine interne du Dr W\_\_\_\_\_ semblait insuffisante pour porter un avis pointu sur sa capacité de travail. L'assuré communiquait d'ailleurs un certificat médical établi le 6 janvier 2020 par la Dresse N\_\_\_\_\_ confirmant que sa capacité de travail était réduite. En outre, les conclusions du Dr W\_\_\_\_\_ étaient contradictoires puisque, à la question : « Combien d'heure de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu? » il avait répondu : « Dans le cadre d'un emploi d'employé de production adaptée : 8 h », ce qui correspondait à un taux de présence de 100 %, or à la question suivante : « A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ? », il avait répondu : « 80 % ». De plus, dans leur appréciation consensuelle, les Drs W\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ avaient clairement retenu une capacité de travail de 80 %, ce qui suffisait à mettre en doute les conclusions de l'expertise, puisque sa capacité de travail n'avait finalement pas été clairement définie. Par ailleurs, dans son rapport final subséquent du 19 novembre 2019, le SMR avait estimé que la capacité de travail était de 100 % dans toute activité, sans pour autant expliquer les raisons pour lesquelles il s'était écarté de la capacité de travail de 80 % arrêté par les experts. Le SMR avait néanmoins retenu une diminution de rendement de l'ordre de 20 %. Or le projet de décision du 21 novembre 2019 ne mentionnait pas du tout ladite diminution et ne motivait pas cette absence. Finalement, le projet était erroné puisqu'il ne retenait aucun abattement sur les salaires statistiques. L'OAI avait retenu, dans sa décision d'octroi d'une demi-rente du 24 mars 2009, qu'une réduction supplémentaire de 10 % se justifiait en raison du taux d'activité réduit et du type de permis de séjour. Les circonstances à l'origine de cette réduction n'avaient pas changé, or le projet de décision querellé ne retenait pas cet abattement et ne motivait pas cette différence d'appréciation. Il a communiqué le certificat médical de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 6 janvier 2020, selon lequel la fonction actuelle du greffon rénal était d'environ 25 %, ne permettant pas à l'assuré une pleine capacité de travail. Dans le contexte de sa transplantation rénale, il nécessitait la prise de plusieurs traitements et notamment d'immunosuppresseurs qui augmentaient ses risques infectieux de sorte qu'une activité pouvait être envisagée dans un emploi adapté, à raison d'un taux d'activité de 30 % maximum. 45. Dans un avis du 27 janvier 2020, le SMR a estimé que la spécialité de médecine interne était suffisante pour comprendre le problème néphrologique et pour se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré. La capacité de travail avait été évaluée comme entière mais avec une baisse de rendement de 10 %, en raison des effets

secondaires des traitements, et de 10 % supplémentaires, pour tenir compte des contrôles des glycémies dans le contexte du diabète, ce qui au total revenait à une capacité de travail de 80 % ou alors de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %. L'expert en médecine interne avait retenu une capacité de travail entière mais avec une baisse de rendement de 20 %. La fatigue n'avait pas pu être mise en évidence lors de l'examen clinique, ni lors des tests de détection de somnolence, ni en évaluant le déroulement de ses activités quotidiennes. Lors de l'expertise, l'analyse de la fonction rénale relevait une légère insuffisance rénale. La Dresse N\_\_\_\_\_ annonçait cependant dans le certificat médical du 6 janvier 2020 une baisse de la fonction rénale à 25 %, ce qui pouvait engendrer de la fatigue et affectait la capacité de travail qui était au maximum de 30 %. Afin de déterminer si il y avait eu une aggravation de l'état de santé de l'assuré, le SMR proposait de poser des questions précises à la Dresse N\_\_\_\_\_ et de demander les annexes à l'expertise du CEMed. 46. Le 13 février 2020, la Dresse N\_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire émis par le SMR, indiquant que l'évolution du greffon rénal était d'emblée défavorable, le greffon était altéré de manière plus importante dès fin 2017, dans un contexte d'anticorps anti-HLA spécifiques du donneur et risque de rejet humoral, la fibrose du greffon touchait plus de 50 % de la surface et la fonction rénale de l'assuré s'était aggravée depuis début 2019. Les restrictions fonctionnelles étaient de l'asthénie, un trouble de la concentration et une hypertension artérielle. La capacité de travail actuelle de l'assuré était de 30 %. 47. Dans un avis du 23 mars 2020, le SMR a indiqué que la Dresse N\_\_\_\_\_ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif dont l'expert n'avait pas connaissance lors de son expertise en octobre 2019. Il s'agissait d'une appréciation différente du même état de fait, de sorte que les conclusions des experts demeuraient valables. Toutefois, le SMR modifiait son appréciation du 19 novembre 2019 dans le sens qu'il considérait que l'activité habituelle était celle d'aide de cuisine, et non d'employé de production légère, de sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dans la mesure où le port de charge devait être limité en raison du greffon. En tant qu'employé de production légère, soit une activité adaptée, la capacité de travail était totale, moins la baisse de rendement de 20 %. 48. Dans un avis du 27 avril 2020, la division réadaptation de l'OAI a estimé que des mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage, qu'elles n'étaient ni simples ni adéquates et donc pas indiquées. Elle considérait qu'au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il fallait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Il convenait donc de procéder à une évaluation théorique de l'invalidité sur la base d'une capacité de travail de 100 %, moins 20 % de baisse de rendement, dans une activité adaptée depuis 2016. Pour évaluer la perte de gain, elle se basait sur les tables statistiques pour un emploi simple tant pour le revenu sans invalidité que celui avec invalidité et relevait que le revenu sans invalidité retenu était largement supérieur aux gains effectivement réalisés par l'assuré. Elle proposait de retenir un degré d'invalidité de 28 %. 49. Par décision du 27 avril 2020, l'OAI a supprimé la rente invalidité de l'assuré. Il se fondait sur les derniers avis du SMR et arrivait à la conclusion que le taux d'invalidité était déterminé selon une évaluation théorique de l'invalidité sur la base d'une capacité de travail de 100 %, moins une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée depuis 2016 et d'un abattement de 10 %. Le revenu sans et avec invalidité était déterminé sur la base de des ESS 2016, tableau TA1, tous secteurs confondus (total), pour un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activités simples et répétitives) et, après avoir été porté à 41,7 heures hebdomadaires,

s'élevait à CHF 66'803.- par année. Selon la comparaison des gains de l'assuré, effectuée en soustrayant le gain sans invalidité à celui avec invalidité (soit CHF 66'803.- - CHF 48'098.-), il déterminait une perte de gain de CHF 18'705.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 28 %, soit insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 50. Par acte du 2 juin 2020, l'assuré a recouru par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à son annulation et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Il contestait la valeur probante de l'expertise du 17 octobre 2019, reprenant les arguments développés dans son courrier du 7 janvier 2020 et indiquant en outre que les experts avaient conclu à une capacité de travail de 80 %, ce qui impliquait une présence à ce même taux au travail. Or le SMR n'avait pas suivi les conclusions des experts, dès lors qu'il avait retenu une capacité de travail exigible de 100 %, avec une baisse de rendement à hauteur de 20 %, ce qui signifiait une présence à plein temps au travail mais un rythme de travail réduit par rapport à une personne sans atteinte à la santé. Interpellé sur ces incohérences, le SMR avait simplement interverti ces deux notions et remplacé la baisse de rendement de 20 % par une incapacité du même taux. Ces incohérences démontraient que la capacité de travail n'avait pas été clairement déterminée par le SMR. De plus, les experts ne pouvaient pas affirmer que la fatigue n'était pas présente en se fondant seulement sur deux entretiens de moins de deux heures chacun, d'autant plus que la fatigue avait été objectivée par l'ensemble des médecins traitants ainsi que par l'entreprise PRO. Enfin, la capacité résiduelle n'était pas exploitable puisqu'elle devait se dérouler dans un atelier protégé et non sur le marché économique traditionnel. 51. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2020, l'intimé a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet. L'acte de recours avait été envoyé le 2 juin 2020, or le délai de recours arrivait à échéance le 1<sup>er</sup> juin 2020, de sorte que l'acte avait été déposé hors délai. 52. Dans sa réponse au fond du 16 juillet 2020, l'intimé considérait que les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas, de sorte qu'il maintenait ses conclusions. 53. Par réplique du 4 septembre 2020, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions, l'intimé ne se prononçant pas sur les griefs invoqués à l'appui de son recours, dans la réponse du 16 juillet 2020. Il ajoutait que d'un point de vue psychiatrique, les constatations de l'expert psychiatre devaient être tempérées dans la mesure où le temps d'observation lors de l'examen avait été très court. En outre, le seul document en lien avec la psychiatrie était le rapport du 8 janvier 2019 de la Dresse U \_\_\_\_\_, qui aurait pu être contactée par les experts, ce qui n'avait pas été le cas. Enfin, il relevait qu'une enquête journalistique, diffusée le 30 août 2020 sur la RTS, avait mis en évidence la mauvaise qualité des expertises du CEMed. 54. Le 5 octobre 2020, les parties ont été entendues par la chambre de céans en audience de comparution personnelle. a. Le recourant a déclaré que depuis son intervention de juin 2015, il avait développé des douleurs au dos et au niveau des cervicales, il avait des problèmes dans les deux bras et au niveau de l'épaule droite avec des boules qui étaient apparues. Il y avait environ un mois, il avait chuté avec perte de connaissance lorsqu'il était au parc. Il pensait pouvoir travailler au maximum à 30-35 %. Il avait des problèmes en particulier pour tendre les bras et avait également la tension basse (qui le faisait parfois chuté). Suite à son intervention il avait beaucoup de contrôles et des hématomes apparaissaient parfois au niveau de son rein. Il était sous médicament tous les jours. De manière générale, il avait beaucoup de problèmes, notamment de la fatigue qui l'obligeait parfois à rester alité. Parfois il ne pouvait rien faire, il lui arrivait parfois aussi d'avoir des nausées et des vomissements. L'expertise à Nyon s'était bien passée. Quand il allait bien, il amenait ses enfants de 4 et 9 ans à l'école ou au parc et aidait pour les tâches

ménagères mais avait des difficultés en raison de ses mains. Ce n'était pas lui qui préparait à manger mais sa femme ou sa fille. Il devait prendre énormément de médicaments et montrait d'ailleurs un sac rempli de tickets attestant de tous les médicaments qui lui avait été prescrits et qui prouvaient qu'il n'était pas en bonne santé. Il avait un suivi régulier à l'hôpital cantonal pour le rein et un suivi psychiatrique avec la Dresse U\_\_\_\_\_ au CAPPI Jonction entre une et quatre fois par mois. » b. La représentante de l'intimé a déclaré que le SMR n'avait pas jugé utile de mandater un spécialiste en néphrologie pour l'expertise et qu'il avait probablement estimé que l'état de santé du recourant pouvait être évalué par un spécialiste en médecine interne. c. Le conseil du recourant a précisé que lorsque son client disait qu'il pouvait travailler à 35 % il se référait à son dernier emploi qui était en atelier protégé mais pas dans l'économie libre et qu'ils contestaient les conclusions de l'expertise du CEMED. 55. Par détermination du 5 novembre 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et confirmé ses problèmes de fatigue qui l'obligeaient parfois à rester alité. Ce symptôme avait été explicitement indiqué aux experts, qui n'en avaient pas tenu compte, alors même que l'expert confirmait dans l'expertise que la médication pouvait générer une fatigue relativement importante. Le fait de devoir rester alité avait des conséquences sur la capacité de travail et non sur le rendement, dès lors qu'il peinait à imaginer un employeur autorisant son employé à s'allonger sur sa place de travail. Compte tenu de sa fatigue alléguée et confirmée par ses déclarations, une capacité de travail de 100 % ne pouvait être retenue. En outre, il rappelait qu'en raison de cette fatigue, les tâches ménagères étaient effectuées en premier lieu par sa femme et sa fille, ce dont n'avait pas non plus tenu compte les experts, préférant se fonder sur une observation de très courte durée. Il soulignait enfin que malgré les critiques formulées à l'encontre de l'expertise concernant notamment l'absence d'examen spécialisé en néphrologie, l'intimé n'avait pas été en mesure d'en expliquer les raisons. 56. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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 trente jours (art. 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA ; art. 17 al. 3 LPA). En l'espèce, la décision sur opposition a été notifiée le 1<sup>er</sup> mai 2017, de sorte que le délai de recours échoyait en principe le 31 mai 2020. Toutefois, comme le 31 mai 2020 était un dimanche et le 1<sup>er</sup> juin 2020 (lundi de Pentecôte) était légalement férié (art. 1 al. 1 let. e de la loi sur les jours fériés du 3 novembre 1951 [LJF - J 1 45]), le terme du délai de recours a été reporté au 2 juin 2020. Déposé à cette date, le recours a été interjeté en temps utile. Satisfaisant par ailleurs aux exigences formelles prescrites par la loi, il est recevable (art. 89B LPA). 4.

Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité - accordée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008 -, respectivement sur son droit éventuel à une rente entière d'invalidité. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 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. a. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en

comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). b. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77. 8. a. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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). Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux.

L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). e. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa

capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). f. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 9. 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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales

constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 11. En l'espèce, l'intimé retient une amélioration de l'état de santé du recourant dès 2016, justifiant la suppression de sa demi-rente, en se fondant sur l'expertise du CEMed du 17 octobre 2019 réalisée par les Drs V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_. Le recourant, quant à lui, conteste la valeur probante de cette expertise et considère qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. La chambre de céans constate d'emblée que l'expertise précitée a été établie par un psychiatre-psychothérapeute et par un médecin praticien et qu'elle ne comprend pas de volet néphrologique, alors que le recourant souffre principalement de troubles néphrologiques chroniques. Or, comme indiqué précédemment, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). A cet égard, le Dr W\_\_\_\_\_ n'a pas de compétences en néphrologie, de sorte que son évaluation est insuffisante pour permettre de déterminer si l'état de santé du recourant du point de vue néphrologique a été modifié de manière à influencer sa capacité de travail. Pour cette raison déjà, le recours devra être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, en particulier afin qu'il mette en oeuvre une expertise néphrologique, cet aspect n'ayant pas été instruit par l'intimé. Par ailleurs, la cour de céans constate que les experts ne se sont pas fondés, pour apprécier la capacité de travail du recourant, sur sa réelle activité habituelle, sans invalidité. En effet, à plusieurs reprises ils se réfèrent à l'activité exercée en dernier lieu comme activité habituelle. Or, force est de constater que l'activité exercée en dernier lieu par le recourant, soit le poste d'employé de production au sein de la Fondation PRO, est d'ores et déjà une activité adaptée, de surcroît, effectuée en atelier protégé, soit dans le marché secondaire du travail. Il ressort plutôt du dossier que l'activité habituelle du recourant, sans invalidité, est celle d'aide de cuisine. Le SMR a d'ailleurs, à juste titre, modifié son appréciation - s'éloignant ainsi du rapport d'expertise - en reconnaissant finalement que l'activité habituelle était celle d'aide de cuisine et que la capacité de travail dans cette activité était nulle (avis du 23 mars 2020). Néanmoins, l'erreur des premiers experts sur ce point jette un doute sur leur appréciation de la capacité de travail du recourant. Enfin, la nouvelle expertise devra déterminer si le recourant est apte à intégrer une activité dans le cadre du marché du travail primaire ou si seul un poste dans le marché secondaire, comme l'activité exercée en dernier lieu, est possible. Cette question n'a pas été clairement tranchée, alors même que, depuis 2009, le recourant a travaillé exclusivement en atelier protégé et que la Fondation PRO a indiqué qu'il ne pouvait pas travailler dans l'économie normale. Or dans l'hypothèse où le recourant n'est pas apte à retourner travailler dans le marché primaire du travail, l'utilisation des ESS pour calculer le revenu d'invalidité n'est pas envisageable. Il conviendra dès lors d'éclaircir ce point dans le cadre de l'instruction complémentaire. 12. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 27 avril 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, en particulier la mise en oeuvre d'une expertise néphrologique confiée à des

experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. 13. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis 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 À la forme :

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