



**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1957, est titulaire d'un CFC de mécanicien de précision.
2. Lors d'un accident de circulation survenu le 8 décembre 1987, l'assuré a subi une fracture ouverte du pilon tibial gauche avec nécrose cutanée surinfectée de la face antérieure du membre inférieur gauche, une fracture de la cheville gauche, une entorse grave du genou gauche et une algodystrophie post-traumatique ayant nécessité une ostéosynthèse par fixateur externe et une greffe cutanée. Il a repris le travail à 50%, le 12 juillet 1988, dans son activité précédente de mécanicien de maintenance. Le 28 mars 1989, il a subi une plastie du ligament croisé antérieur gauche et une révision de la cheville gauche.
3. La SUVA a pris en charge les conséquences de l'accident et lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 50% de l'assurance-accidents dès le 1<sup>er</sup> août 1990, au vu de son incapacité de travail et de gain de 50% dans le métier exercé.
4. Le 30 décembre 1988, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
5. Par décision du 9 août 1990, la commission cantonale genevoise de l'assurance-invalidité a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 1988.
6. Au cours des révisions d'office des 20 mai 1992 et 16 juin 1997, les organes de l'assurance-invalidité ont constaté au vu des rapports du docteur C\_\_\_\_\_, orthopédiste FMH, que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer le droit de l'assuré à une demi-rente. En conséquence, il n'a pas modifié le taux de la rente d'invalidité.
7. Le 16 juillet 2001, dans le cadre d'une troisième procédure de révision d'office initiée le 29 mars 2001, le service de réadaptation de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a relevé que l'assuré ne travaillait plus depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994. L'OAI a confié un mandat d'expertise au docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2001, s'agissant des influences de l'état de santé sur la capacité de travail, l'expert a décrit une limitation nette de la mobilité de la cheville gauche, une laxité nette du genou gauche, une peau très fragile qui nécessitait une protection et une bonne hygiène. Il y avait sans nul doute une limitation de l'endurance en position assise et surtout debout. L'assuré ne pouvait plus assumer des professions demandant de rester debout longtemps, des déplacements fréquents, surtout en terrain inégal, de monter et descendre les escaliers, de lever et de porter des poids. Il devait également éviter une exposition au froid et à l'humidité. Il pouvait certainement pratiquer sa profession de mécanicien pour autant que cela ne l'obligeât pas à être essentiellement debout et qu'il eût une activité variée, plutôt sédentaire assise. Dans une activité adaptée à son handicap, la capacité de travail se situait autour de 80%, l'assuré devant souvent changer de positions pour se dégourdir les jambes et pour trouver une position appropriée.

8. Dans un rapport du 22 avril 2002, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait part à l'OAI d'une modification de l'état de santé de l'assuré. Il avait revu ce dernier à sa consultation du 17 avril dernier pour son arthrose du genou gauche sur entorse grave et fracture ainsi que pour son arthrose massive de la cheville gauche. L'instabilité massive du genou gauche et l'arthrose invalidante de la cheville gauche justifiaient à elles seules une rente d'au moins 30%. Or, l'assuré était maintenant victime d'une nouvelle affection, à savoir une insuffisance rénale sur glomérulonéphrite extra-capillaire rapidement progressive (syndrome de Goodpasture). Cet aspect nouveau de l'état de santé justifiait à lui seul l'octroi d'une rente AI à 50% en raison de la baisse sévère de l'état général du patient.
9. Dans un rapport du 29 avril 2002, le Dr C\_\_\_\_\_ a constaté la persistance d'une raideur du genou gauche avec arthrose objectivée sur le plan radiologique et une fragilité cutanée. Ces séquelles justifiaient une rente de 30 à 40%. L'assuré était également suivi par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, maladies des reins, en raison d'une glomérulonéphrite évoluant vers une insuffisance rénale et pouvant en elle-même justifier une invalidité de l'ordre de 50%.
10. Dans un rapport du 30 avril 2002, le docteur G\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, a diagnostiqué une arthrose fémoro-tibiale interne débutante, une laxité sagittale importante symptomatique du genou gauche et une arthrose post-traumatique avancée de la cheville gauche. L'importante instabilité du genou gauche et l'arthrose invalidante de la cheville gauche justifieraient une rente de 30% au moins. L'assuré était également en traitement pour une glomérulonéphrite rapidement progressive qui justifierait une rente d'invalidité de 50% vu sa fatigabilité et sa baisse d'état général.
11. Dans un rapport du 10 mai 2002, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome de Goodpasture avec insuffisance rénale progressive et syndrome néphrotique connu depuis 1991. L'assuré avait été en traitement du 12 septembre 2001 au 2 mai 2002. Dans son annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que la répercussion de l'atteinte à la santé consistait en une fatigabilité et une tendance aux infections. Il y avait une diminution de rendement de 50%. Dans une activité comportant peu de charges physiques et un environnement dénué de pollution chimique, l'assuré pouvait travailler quatre heures par jour. Les risques d'atteinte pulmonaire soit par atteinte immunologique, soit par atteinte infectieuse, devaient être pris en compte. La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2002.
12. Par décision du 17 novembre 2004 confirmée par décision sur opposition du 30 juin 2006, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Il a considéré qu'à l'issue de l'instruction de la demande de révision, selon les documents médicaux en sa possession, il n'existait aucun élément susceptible de diminuer la capacité de travail

---

et de gain de 50%, qui tenait compte à la foi des séquelles de l'accident et des incidences de la pathologie rénale.

13. À la suite du recours formé le 18 août 2006, par arrêt du 28 mars 2007 (ATAS/336/2007), le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent, a annulé les décisions du 17 novembre 2004 ainsi que du 30 juin 2006 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'expertise multidisciplinaire afin de déterminer l'incidence de l'affection néphrotique sur la capacité de travail et de gain de l'assuré, compte tenu de son évolution.
14. S'agissant de la procédure en assurance-accidents, dans son rapport d'examen médical final du 16 juillet 2008, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de la SUVA, a indiqué que le bilan radiologique actuel concernant le genou et la cheville gauches mettait en évidence une dégradation clinique lente mais progressive, avec apparition d'un pincement articulaire interne du genou gauche et d'une arthrose tibio-astragaliennne gauche avec ostéophytose antérieure. Les troubles algiques et fonctionnels persistaient en relation avec l'évolution arthrosique. L'assuré avait une capacité de travail complète dans une activité adaptée, exclusion faite de la problématique rénale. Il y avait une aggravation nette, mais peu importante, des lésions articulaires au genou gauche et à la cheville gauche. La capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, mais avec une baisse de rendement de l'ordre de 10% pour tenir compte de rares absences du lieu du travail en lien avec des poussées douloureuses d'arthrose. Un rendement de 80% avait été considéré comme exigible à l'époque et restait donc d'actualité, ce qui permettait également de tenir compte de la nécessité d'alterner les positions.
15. Par décision du 16 décembre 2008, la SUVA a considéré que le taux d'invalidité était resté inchangé à 50%. En effet, en dépit de l'aggravation de l'état de santé, l'assuré présentait une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité légère, essentiellement sédentaire. Cette capacité de travail, médicalement exigible, lui permettrait d'être occupé dans différents secteurs de l'industrie et au vu de cinq descriptions de postes de travail (DPT), de réaliser au minimum la moitié du revenu qu'il aurait obtenu sans l'accident.
16. Le 17 novembre 2008, l'OAI a confié un mandat d'expertise à la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en néphrologie et en médecine interne. Dans son rapport du 29 janvier 2009, l'expert a précisé que le traitement de dialyse avait débuté le 1<sup>er</sup> mars 2006 à la Corogne. Il impliquait trois séances hebdomadaires de trois heures trente. Le 5 octobre 2007, l'assuré avait subi une transplantation rénale à l'hôpital de la Corogne, la donneuse étant une femme de 71 ans. La biopsie rénale pré-opératoire du greffon mentionnait la présence d'une sclérose glomérulaire d'environ 20%. Actuellement, il persistait une insuffisance rénale chronique de stade 3. L'assuré se plaignait d'une fatigabilité importante, d'inquiétude et d'angoisse, d'irritabilité et de nervosité, d'une aggravation des douleurs

---

séquellaires du membre inférieur gauche. L'expert a notamment diagnostiqué une insuffisance rénale chronique de stade III après transplantation rénale en octobre 2007, un status après insuffisance rénale terminale sur maladie de Goodpasture documentée par biopsie rénale en 2001, un status après hémodialyse de mars 2006 à octobre 2007 et un état anxieux avec manifestations somatiques depuis 2008. S'agissant de la capacité de travail, l'insuffisance rénale chronique de stade III (fonction rénale de 30-40%) expliquait une fatigabilité accrue limitant nettement la capacité de travail. Cette pathologie ne permettait plus à l'assuré d'exercer le métier de mécanicien polyvalent qui impliquait des contraintes physiques. La capacité résiduelle de travail pourrait être théoriquement de l'ordre de 40% sur la base de l'examen physique. Toutefois, la transplantation rénale lui avait procuré une meilleure autonomie, mais n'avait pas du tout restauré sa situation physique et psychologique. Au vu de la fatigue, des troubles indéniables de la concentration, la Dresse I\_\_\_\_\_ ne pensait pas que l'activité exercée était encore exigible. Le rendement était très diminué en raison des comorbidités médicales et des limites de l'assuré dans l'endurance. L'incapacité de travail était de 50% depuis décembre 1988. Un reclassement professionnel impliquerait un apprentissage qui ne semblait pas possible d'obtenir de la part de l'assuré, en raison de l'évolution d'une altération de l'intégrité survenue 20 ans auparavant.

17. Dans son avis médical du 25 février 2009, le SMR a considéré la situation inchangée sur le plan somatique. En effet, l'évaluation de l'expert était peu crédible au vu de l'absence d'anémie, élément majeur pour expliquer une fatigue dans le cadre d'une insuffisance rénale, et basée sur une spéculation ou des arguments qui ne sont pas pris en compte par la législation en matière d'assurance-invalidité ou portant sur le plan psychiatrique, à savoir en dehors de sa spécialité. Les symptômes psychiques étaient réactionnels et il n'y avait pas de preuve d'un état durable.
18. À la suite du recours formé par l'assuré le 3 mars 2009 contre la décision de la SUVA, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 60% en lien avec l'accident, par arrêt du 5 mai 2009 (ATAS/499/2009), le TCAS a rejeté le recours. Il a confirmé que malgré une certaine aggravation objective de l'état de santé, le taux d'invalidité était identique voire même inférieur à celui existant lors de l'octroi de la rente en raison de la modification de la méthode de comparaison des revenus. Il a expliqué qu'en 1990, la SUVA avait fixé le taux d'invalidité en comparant les revenus sur la base de la situation concrète, à savoir sa capacité résiduelle de travail de 50% dans l'activité exercée jusqu'ici - l'employeur de l'époque lui ayant assuré un emploi à 50% -, et non sur la base d'un salaire théorique exigible à 80% dans une activité adaptée, puisque, depuis lors, l'exercice du métier précédent n'était plus possible.
19. Par décision du 21 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de révision de rente au motif que la capacité résiduelle de travail de l'assuré était toujours de 50%.

20. À la suite du recours formé le 21 octobre 2009 contre ladite décision, par arrêt du 4 mars 2010 (ATAS/216/2010), le TCAS a annulé la décision du 21 septembre 2009 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin d'évaluer de manière globale les répercussions des diverses pathologies sur la capacité de travail de l'assuré.
21. À la suite du recours en matière de droit public formé par l'assuré le 8 avril 2010 contre le jugement cantonal et concluant à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au début de l'année 2002, par arrêt du 30 avril 2010 (9C\_296/2010), le Tribunal fédéral a déclaré le recours irrecevable. En effet, la décision de renvoi pour instruction complémentaire était une décision incidente qui n'était pas susceptible de causer un dommage irréparable aux parties.
22. Le 18 juin 2010, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Centre d'expertise médicale (CEMed). Dans leur rapport d'expertise du 26 novembre 2010, les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, et K\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une insuffisance rénale chronique post-greffe dans le cadre d'une maladie de Goodpasture (2001), une insuffisance rénale terminale avec hémodialyse de mars 2006 à octobre 2007, une allogreffe rénale le 5 octobre 2007, des séquelles douloureuses et limitations fonctionnelles après fracture ouverte comminutive du pilon tibial gauche, une instabilité du genou gauche avec évolution arthrosique et une arthrose modérée tibio-astragaliennne gauche. Ils ont également diagnostiqué sans répercussion sur la capacité de travail, une dyslipidémie traitée, une hyperuricémie traitée, une anxiété généralisée (F41.1) et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00). Les limitations fonctionnelles post-traumatiques étaient sans aggravation depuis 2009 et pouvaient être reprises sans modification. Du fait de l'insuffisance rénale chronique s'ajoutaient à ces limitations l'absence de port de charges, d'exposition aux intempéries et à des agents bactériens dans l'environnement ou au contact des animaux. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était complète. Pour tenir compte d'une fatigabilité et de la nécessité d'alterner les positions, il était admis une diminution de rendement de 20% qui était intégrée au degré de la capacité de travail déjà mentionné. Après une période de reconditionnement de trois mois, l'assuré devrait être en mesure de s'habituer à un rythme de travail dans une activité adaptée en tenant compte d'une diminution de rendement de 20%. Il existait vraisemblablement une capacité de travail exigible à 50%, également durant la dialyse, soit entre mars 2006 et octobre 2007. Six mois après la transplantation du 5 octobre 2007, une reprise progressive de la capacité de travail devenait exigible dans l'activité adaptée. L'activité antérieure de mécanicien d'entretien n'était plus exigible à plus de 50% depuis 1988 et à 0% dès 2001, soit dès la découverte de l'affection rénale rendant incompatible le port répété de charges. L'incapacité de travail avait été de 100% du 8 décembre 1987 au 10 juillet 1988, de 50% du 11 juillet 1988 jusqu'en 2001, puis de 100% jusqu'à la date de l'expertise.

23. Dans un rapport du 30 mars 2011 adressé au mandataire de l'assuré à la suite de l'expertise des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, la Dresse I\_\_\_\_\_ a observé que son appréciation avait consisté à appréhender l'assuré dans sa globalité. Elle avait considéré que sa fatigue et sa diminution de rendement tant physique que psychologique pouvaient tout à fait être séquellaires d'un tel parcours de maladie rénale. Elle a persisté dans son appréciation d'une invalidité partielle de l'ordre de 60%.
24. Dans un avis médical des 14 janvier et 2 septembre 2011, le SMR a admis les conclusions des experts s'agissant de l'évolution de l'incapacité de travail. Il a retenu l'absence de capacité de travail dans l'activité habituelle de mécanicien d'entretien et une capacité de travail dans une activité adaptée de 80% de 2001 à février 2006, de 50% de mars 2006 au 5 octobre 2007, de 0% du 5 octobre 2007 au 5 décembre 2007, puis progressivement jusqu'à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2008 avec baisse de rendement de 20% de manière définitive, enfin de 0% du 27 novembre 2008 au 12 décembre 2008 avec reprise d'activité à 80% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Il fallait compter une période de reconditionnement de trois mois pour atteindre la capacité de travail dans une activité adaptée que le service de réadaptation devait traduire en termes de métier.
25. Dans un rapport du 6 mars 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'arthrose tibio-astragalienne s'était aggravée entre janvier 2011 et février 2012, les douleurs nécessitant la marche avec une canne. Une arthrodèse serait probablement nécessaire à moyen terme. Selon son bilan orthopédique du 19 janvier 2011, les radiographies du 19 janvier 2011 montraient au genou gauche un pincement interne déjà présent en 2008 avec un début de gonarthrose interne. S'agissant de la cheville gauche, elles mettaient en évidence un pincement global de l'interligne tibio-astragalien, une ostéophytose de la malléole interne et surtout un ostéophyte marginal antérieur du tibia qui limitait la mobilité en flexion dorsale. Une prothèse totale du genou serait probablement nécessaire à long terme. Il existait une capacité de travail résiduelle sur le plan orthopédique de 50% dans une activité adaptée. L'exigibilité retenue par le CEMed de 100% avec rendement de 80% était irréalisable en l'état actuel, car elle supposait une capacité de 100% sur le plan orthopédique sans tenir compte du problème rénal.
26. Dans un rapport du 13 juillet 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a répété ses précédents diagnostics et a diagnostiqué en plus une insuffisance rénale chronique de stade IV sur maladie de Goodpasture existant depuis 2001 et une rhizarthrose bilatérale depuis février 2012. Dans l'anamnèse, il a notamment mentionné une fatigue augmentant au cours de la journée et des fréquents malaises se traduisant par des bouffées de chaleur. L'assuré était dyspnéique à un étage. Il se disait fatigué au moindre effort, mais apparaissait toutefois en bon état général. L'évolution se précisait vers une reprise de la dialyse ou d'une nouvelle transplantation dans les deux ans à venir. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% en ce qui concernait la maladie rénale.

27. Dans un avis manuscrit du 24 septembre 2012, le SMR a considéré que les nouvelles atteintes signalées par l'assuré, à savoir rhizarthrose bilatérale, aggravation de la cheville gauche et douleurs articulaires, avaient été prises en compte par les experts du CEMED. Par conséquent, les conclusions de l'avis SMR du 2 septembre 2011 restaient valables.
28. Dans un rapport du 21 novembre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu l'assuré, le 20 novembre 2012, pour sa rhizarthrose bilatérale. Selon les radiographies du 7 février 2012, on retrouvait cette rhizarthrose bilatérale nettement plus marquée à gauche. Ces troubles dégénératifs entraînaient des limitations fonctionnelles objectivées lors de l'examen.
29. Dans un avis manuscrit du 15 mars 2013, le SMR a considéré que la rhizarthrose bilatérale mentionnée par le Dr C\_\_\_\_\_ n'était pas connue lors de l'expertise du CEMED. Etant donné que ce médecin ne précisait pas quelle était la capacité de travail dans une activité adaptée, il convenait de mettre en œuvre une expertise rhumatologique.
30. Le 21 mars 2013, l'OAI a confié un mandat d'expertise au docteur L\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH. Dans son rapport du 26 août 2013, l'expert a diagnostiqué une gonarthrose sévère interne à gauche avec instabilité et dérobement du genou, status après déchirure du ligament croisé antérieur et fracture du pilon tibial en 1987, une arthrose tibio-tarsienne sévère à gauche suite à une fracture du pilon tibial en 1987, des rhizarthroses sévères présentes depuis 2011, une arthrite métabolique des poignets présente depuis une date indéterminée et une insuffisance rénale sévère avec un grand état de fatigue, status après greffe rénale en 2007 pour un syndrome de Goodpasture. Le status articulaire de l'assuré s'était péjoré entre 2011 et 2012 avec une difficulté à utiliser son membre inférieur gauche. Une rhizarthrose bilatérale présente depuis 2010 avait été décompensée à partir de 2012. L'examen clinique mettait en évidence une arthrite métabolique (goutte) au niveau des deux poignets. L'état général était mauvais. L'assuré était fatigué et dyspnéique aux moindres efforts. La capacité de travail dans l'activité d'opérateur sur machine était de 0% depuis 2001. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% à partir du mois de mai 2008, six mois après la transplantation rénale, puis de 0% depuis novembre 2012, date du rapport du Dr C\_\_\_\_\_. L'expert a indiqué se distancier des conclusions de l'expertise du 26 novembre 2010 car celle-ci avait principalement abordé les répercussions de l'insuffisance rénale sur la capacité de travail alors que la répercussion des atteintes articulaires sur la capacité de travail avait été banalisée, l'assuré n'ayant pas été examiné par un rhumatologue ou un orthopédiste FMH.
31. Par décision du 4 avril 2014, l'OAI a admis une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès novembre 2012, au motif que sa capacité de travail était nulle dans toute activité dès cette date. Par conséquent, il avait droit à une rente entière d'invalidité trois mois après le changement intervenu, soit dès le 1<sup>er</sup> février 2013.

32. Le 15 mai 2014, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision en tant qu'elle lui reconnaît le droit à une rente entière seulement depuis le 1<sup>er</sup> février 2013 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le début de l'année 2002. Il précise que le recours porte sur le *dies a quo* de l'aggravation de son état de santé que l'intimé situe en novembre 2012 alors qu'il a formé une demande de révision de sa rente d'invalidité au début 2002 et que la procédure de révision a formellement débuté le 23 décembre 2003. Il réfute que l'aggravation de son état de santé ne serait intervenue qu'à partir de novembre 2012 alors que tous les rapports médicaux font état d'une aggravation due à une maladie rénale dès 2002 déjà. Il se réfère à cet égard notamment aux rapports des Drs F\_\_\_\_\_ (rapport du 10 mai 2002), E\_\_\_\_\_ (rapport du 22 avril 2002), C\_\_\_\_\_ (rapport du 29 avril 2002) et G\_\_\_\_\_ (rapport du 30 avril 2002) qui font tous état d'une aggravation de son état de santé et considèrent que la maladie rénale justifiait à elle seule une invalidité de 50% dès 2002. Il soutient que l'intimé ne peut pas se fonder sur l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ qui est incomplète, l'expert ne se prononçant pas pour la période 2002 à 2008. En cumulant l'invalidité liée à cette maladie rénale à celle provoquée par les séquelles orthopédiques fixée à 50% dès 1988, il soutient avoir droit à une rente de 100% dès 2002.
33. Dans sa réponse du 17 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a précisé que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ avait pour but de déterminer les répercussions de la rhizarthrose bilatérale, respectivement la capacité de travail du recourant depuis le mois de septembre 2010 et non depuis la demande de révision. Le SMR ayant retenu que les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ étaient fondées et bien étayées, elles devaient être suivies à partir de 2008. Pour la période antérieure à 2008, l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr L\_\_\_\_\_ rejoignait celle du CEMed, de sorte que celle-ci restait valable. Il a relevé qu'il ne suffisait pas de présenter de nouvelles atteintes à la santé pour que l'aggravation de l'état de santé justifiait une augmentation du taux d'invalidité. En présence de différentes atteintes à la santé, la simple addition des degrés d'incapacité de travail n'était pas admissible, le taux de cette dernière devant être déterminé sur une appréciation médicale de l'ensemble des handicaps présents.
34. Dans sa réplique du 9 juillet 2014, le recourant a considéré que les réponses des experts du CEMed indiquant que le degré d'incapacité de travail depuis lors avait été de 100% du 8 décembre 1987 au 10 juillet 1988, 50% dès le 11 juillet 1988 jusqu'en 2001, puis de 100% jusqu'à « actuellement » induisaient en erreur par confrontation avec le reste de l'expertise. En outre, l'intimé faisait fi de tous les rapports médicaux établis depuis 2002 par les Drs F\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, qui renaient tous une invalidité de 50% du point de vue orthopédique et de 50% pour l'insuffisance rénale. Il sollicitait l'audition de ces médecins à l'exception du Dr C\_\_\_\_\_ qui était décédé. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.

35. Sur demande de la chambre de céans du 31 octobre 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé dans un rapport du 4 novembre 2014 que la maladie rénale du recourant avait été diagnostiquée en 2001 et que celui-ci signalait à cette époque une toux accompagnée d'une dyspnée après quelques marches d'escalier. Cette dyspnée très souvent mentionnée par le recourant lors des consultations pouvait être rattachée à la maladie rénale perdurant depuis 2001. Même après la transplantation de 2007, le recourant se sentait limité à l'effort par une difficulté respiratoire. Par conséquent, cette dyspnée pouvait être considérée comme somatique.
36. Dans son écriture du 27 novembre 2014, le recourant a relevé que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ ne faisait que conforter ses conclusions. En outre, en confirmant que la dyspnée était de nature somatique, il excluait tant une cause psychique à ladite dyspnée que toute hypothèse de troubles psychiques en lien avec l'aggravation de son état de santé.
37. Dans sa duplique du 10 décembre 2014, l'intimé en se référant à l'avis du SMR du 27 novembre 2014 joint à son écriture, a confirmé ses conclusions précédentes.

Dans son avis médical du 27 novembre 2014, la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin du SMR, a observé que, selon le recourant, la somme des deux incapacités de travail découlant des atteintes néphrologiques et orthopédiques totalisait 110%. Ce calcul était erroné sur le plan médical car, dans un tel cas, il appartenait au médecin de déterminer les répercussions des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé et après évaluation de la capacité de travail exigible. En outre, les médecins n'avaient pas à se prononcer sur l'invalidité mais sur une capacité de travail exigible. La dyspnée d'effort ne s'était pas aggravée et n'avait pas d'étiologie claire, étant précisé qu'aucune investigation spécifique n'avait été entreprise pour en déterminer l'origine. Le déconditionnement retenu par la Dresse I\_\_\_\_\_ dans son expertise pouvait expliquer une dyspnée d'effort.

38. Le 16 décembre 2014, la chambre de céans a demandé à la Polyclinique médicale universitaire (ci-après : PMU) si elle pouvait se charger d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie, néphrologie et éventuellement pneumologie) et, cas échéant, quels étaient les noms des spécialistes mandatés.
39. Le 7 janvier 2015, la doctoresse N\_\_\_\_\_, médecin responsable du centre d'expertises médicales de la PMU, a répondu qu'elle était en mesure d'accepter le mandat. La doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, serait chargée du dossier et examinerait le recourant lors d'un premier examen. Le consilium orthopédique serait réalisé par le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, et le consilium de néphrologie par les médecins du service de néphrologie du CHUV. A son avis, un examen rhumatologique s'aurait également indispensable et serait confié au docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. En cours d'expertise, elle évaluerait si un consilium de pneumologie

---

devait être effectué qui serait alors confié aux médecins du service de pneumologie du CHUV.

40. Le 9 janvier 2015, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée aux Drs O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Elle leur a également communiqué les questions qu'elle envisageait de poser aux experts.
41. Les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation à l'encontre des experts, le recourant par courrier et téléphone du 22 janvier 2015 et l'intimé par pli reçu le 28 janvier 2015. Selon l'intimé, les expertises du CEMed ainsi que du Dr L\_\_\_\_\_ avaient pleine valeur probante et le recourant n'avait apporté aucun élément médical objectif justifiant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.
42. Par ordonnance du 28 janvier 2015, la chambre de céans a ordonné une expertise orthopédique, néphrologique et rhumatologique qu'elle a confiée aux Drs O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Elle a notamment demandé aux experts de procéder à une évaluation globale de la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, en indiquant depuis quelle date une telle activité était exigible. Elle a invité les experts à procéder à une appréciation consensuelle du cas, notamment de la capacité de travail résiduelle et de son évolution du 9 août 1990 au jour de l'examen. Elle a relevé que l'instruction médicale sur laquelle se fondait la décision litigieuse était incomplète, l'expertise du 26 novembre 2010 ayant été confiée à un spécialiste en médecine interne ainsi qu'à un spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, alors que le recourant souffrait déjà à l'époque de troubles orthopédiques au membre inférieur gauche et d'une grave maladie rénale, sans même parler de la rhizarthrose apparue en 2010 et décompensée en 2012. En outre, elle ne comparait pas les situations médicales déterminantes, à savoir celle existant à la date de l'examen par les experts médicaux avec celle existant lors de la décision initiale de rente.
43. Le recourant a été examiné le 7 avril 2015 par la Dresse O\_\_\_\_\_, le 22 avril 2015 par le Dr Q\_\_\_\_\_, le 7 mai 2015 par le docteur R\_\_\_\_\_, néphrologue au centre de transplantation du CHUV, et le 29 mai 2015 par le Dr P\_\_\_\_\_.

Dans leur rapport d'expertise du 30 juin 2015, les Drs N\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une arthrose tibio-astragaliennne gauche avec fracture du pilon tibial en 1987, une gonarthrose gauche, une rhizarthrose bilatérale, une insuffisance rénale chronique de stade III après transplantation rénale en octobre 2007 et un status après insuffisance rénale terminale sur maladie de Goodpasture en 2001. Le recourant se plaignait d'une dyspnée depuis 2001, stable dans le temps et sans pathologie organique objectivée. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle retenue en lien avec ce symptôme. En 1990, l'atteinte à la santé consistait en séquelles orthopédiques de l'accident touchant la cheville gauche et le genou gauche. L'état de santé du recourant s'était aggravé en février 2001 avec

---

l'apparition d'une insuffisance rénale rapidement progressive en lien avec une pathologie auto-immune. Depuis novembre 2012, le recourant présentait, en plus, une rhizarthrose bilatérale et une aggravation de la gonarthrose pour laquelle était préconisée la mise en place d'une prothèse totale ainsi qu'une arthrose de la cheville à traiter dans un deuxième temps. Les limitations fonctionnelles en lien avec les séquelles orthopédiques depuis 1990 imposaient un travail essentiellement en position assise, sans marche en terrain irrégulier, sans montée à l'échelle ou sur un échafaudage, sans franchissement d'escalier et sans port de poids excédant dix kilos. Depuis 2001, la pathologie rénale pouvait être à l'origine d'une fatigabilité et de difficultés de concentration. Depuis novembre 2012, les limitations fonctionnelles en lien avec la rhizarthrose bilatérale consistaient en l'absence de travaux de force avec les deux mains et de mouvements fins ou de précision avec les pouces-index. La capacité de travail dans l'activité habituelle était estimée à 50% de 1990 à 2001, puis nulle dès 2001 à la suite de l'apparition de l'atteinte rénale. Dans une activité adaptée, la capacité de travail globale (atteinte rénale et atteinte orthopédique) était estimée à 100% de 1990 à 2001 avec une baisse de rendement de 20%, puis à 50% jusqu'en 2012 et nulle depuis novembre 2012. Ils n'avaient pas divergence avec l'évaluation du Dr D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2001, sauf s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle de mécanicien qui ne pouvait pas être exercée de façon sédentaire assise. Ils ne considéraient pas les conclusions d'avril 2002 des Drs E\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ comme pertinentes dès lors que ces médecins se prononçaient sur un taux d'invalidité, et non sur une capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. En outre, ils sortaient de leur domaine de compétence en évaluant le retentissement fonctionnel de l'atteinte rénale. Quant à l'évaluation faite par la Dresse I\_\_\_\_\_, le 29 janvier 2009, elle prenait en compte des limitations fonctionnelles psychiques (état anxieux avec manifestations somatiques) sortant de son domaine d'expertise. L'évaluation faite le 28 juin 2010 par les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ne leur semblait pas tenir suffisamment compte du cumul des pathologies. Ils n'avaient pas de divergences avec les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_, ni avec les évaluations du SMR de septembre 2004, juin 2006, février 2009, janvier et septembre 2011, septembre 2012, ainsi que novembre 2014.

44. Le 2 juillet 2015, la chambre de céans a communiqué le rapport d'expertise aux parties.
45. Dans son écriture du 3 août 2015, le recourant a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 30 juin 2015 en raison de ses contradictions. Il a observé que les experts ont retenu une incapacité de travail de 50% pour l'atteinte rénale et de 50% pour l'atteinte orthopédique tout en concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès 2001 et à une capacité de travail globale de 50% dans une activité adaptée jusqu'en 2012. Il a reproché aux experts d'avoir répondu « sans objet » aux questions concernant son incapacité de travail et son rendement, alors qu'il s'agissait des questions fondant toute la problématique litigieuse, et de ne pas

avoir donné de réponses circonstanciées à ces questions. Il a relevé que le rapport d'expertise n'avait pas été signé par les Drs R\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ mais par contre par des experts qu'il n'avait pas rencontrés. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.

46. Dans son écriture du 5 août 2015, l'intimé a relevé que les experts ont confirmé la présence d'une aggravation à partir de novembre 2012. Il a maintenu ses conclusions précédentes.
47. Le 10 août 2015, la chambre de céans a transmis à chaque partie l'écriture de son adverse partie et a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. La chambre de céans a déjà admis a déjà examiné la question de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance d'expertise du 28 janvier 2015 de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.
2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 4 avril 2014, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI (4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions, révision 6a), entrées en vigueur les 1<sup>er</sup> janvier 2004, 1<sup>er</sup> janvier 2008 et 1<sup>er</sup> janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le litige porte exclusivement sur le moment à partir duquel prend effet la modification par voie de révision du droit du recourant à une rente entière d'invalidité.
4. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 propre 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 130 V 343 consid. 3.5). 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 1<sup>er</sup> janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait

---

obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003),

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI jusqu'au 31 décembre 2008 puis 28a al. 1 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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 des assurances 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

7. 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. 88<sup>bis</sup> 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. 88<sup>bis</sup> 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. En l'espèce, lors de la décision initiale d'octroi de rente du 9 août 1990, les organes de l'assurance-invalidité ont reconnu au recourant le droit à une demi-rente d'invalidité sur la base de sa situation professionnelle concrète, à savoir une activité exercée à 50% dès le 5 janvier 1990 auprès de son employeur, ce qui constituait sa capacité de travail résiduelle (rapport de l'office régional AI à la commission AI du 14 mai 1990).

Considérant que le taux de capacité de travail de 50% pourrait être augmenté au cas où la santé du recourant viendrait à s'améliorer, les organes de l'assurance-invalidité ont initié une procédure de révision de rente, le 16 avril 1992. Dans le

---

cadre de cette procédure, pour évaluer l'état de santé du recourant, ils ont uniquement recueilli le questionnaire pour la révision de rente rempli par le recourant et un rapport du médecin traitant. Par conséquent, la communication du 25 mai 1992 informant le recourant du maintien de son droit à la rente ne repose pas sur un examen matériel du droit à la rente, faute d'une appréciation des preuves et d'une nouvelle évaluation de l'invalidité. Puis, le 19 juillet 1996, l'intimé a introduit une deuxième procédure de révision en recueillant les mêmes documents que lors de la procédure précédente, respectivement sans procéder à un examen matériel du droit à la rente, avant de communiquer au recourant, le 16 juin 1997, qu'il maintenait son droit à la rente. Le 23 mars 2001, l'intimé a initié une troisième procédure de révision. Le recourant ayant indiqué dans le questionnaire pour la révision de la rente qu'il était sans activité lucrative, l'intimé a requis une expertise du Dr D\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2001, celui-ci a considéré que le recourant pouvait accomplir son activité de mécanicien moyennant des aménagements et a conclu à une capacité de travail d'environ 80% dans une activité adaptée. Informé de l'apparition d'une atteinte rénale en mars 2002, l'intimé a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr F\_\_\_\_\_, puis a informé le recourant, par décision du 17 novembre 2004, du maintien de son droit à la demi-rente que celui a contesté en invoquant une augmentation de son invalidité. A la suite des recours que le recourant a formés contre la décision sur opposition du 30 juin 2006 et la décision du 21 septembre 2009 qui refusaient de réviser sa rente, celles-ci ne sont jamais entrées en force.

Par conséquent, pour déterminer depuis quand le degré d'invalidité s'est modifié notablement au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision initiale de rente du 9 août 1990, entrée en force, avec les circonstances fondant la décision litigieuse du 4 avril 2014.

9. L'octroi initial de la rente repose principalement sur le dossier de la SUVA et tient compte des séquelles de l'accident du 8 décembre 1987, à savoir une fracture ouverte du pilon tibial gauche, une entorse grave du genou gauche et une fracture de la cheville gauche. A l'époque, il n'y a eu aucune évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée car le recourant avait repris son emploi à 50%. Par conséquent, le degré d'invalidité a été fixé en fonction du taux d'activité que le recourant était en mesure d'accomplir sans ressentir des douleurs incapacitantes en position assise prolongée dans son emploi de mécanicien de maintenance.

La décision d'augmentation de rente du 4 avril 2014 retenant une capacité de travail nulle dans toute activité dès novembre 2012 se base sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ du 26 août 2013 dont l'intimé a admis les conclusions. Dans ledit rapport, le Dr L\_\_\_\_\_ conclut à une capacité résiduelle de travail nulle dès novembre 2012, à savoir dès rédaction du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ qui est daté du 21 novembre 2012. Or, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ pose le diagnostic complémentaire de rhizarthrose bilatérale sur la base des radiographies du 7 février 2012. Par conséquent, le Dr L\_\_\_\_\_ a fait remonter par erreur l'aggravation à

---

novembre 2012 alors qu'elle est objectivée depuis février 2012 et que le Dr F\_\_\_\_\_ l'a déjà mentionnée dans son rapport du 13 juillet 2012.

Le recourant soutient qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès 2002 en raison de l'incapacité de travail de 50% qui lui a été reconnue dans une activité adaptée en lien avec l'insuffisance rénale apparue en 2002, qui doit être cumulée avec l'invalidité fixée à 50% dès 1988 pour les séquelles orthopédiques. Le droit à une rente entière d'invalidité auquel il conclut repose sur des troubles bien distincts, à savoir d'une part les séquelles orthopédiques de l'accident de la circulation et, d'autre part, l'insuffisance rénale traitée dès septembre 2001, soit une problématique qui implique une évaluation globale du taux d'invalidité tenant compte des interactions entre les diverses limitations et atteintes à la santé. Or, les rapports d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2001, de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2008, des Drs J\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2010 ne reposent sur aucune évaluation globale de la capacité de travail du recourant tenant compte de toutes les atteintes à la santé et de leur évolution depuis l'octroi de la rente, raison pour laquelle la chambre de céans a dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Par conséquent, pour déterminer depuis quand la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité, il convient de se baser sur l'expertise judiciaire qui est la seule à procéder à une telle évaluation globale - pour autant qu'elle ait pleine valeur probante -, ce que le recourant conteste.

10. a) Dans le rapport d'expertise de la PMU du 30 juin 2015, les Drs N\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ reprennent les mêmes diagnostics que ceux qui ont déjà été posés précédemment. Ils concluent à une capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle de 50% de 1990 à 2001, puis nulle dès 2001 à la suite de l'apparition de l'atteinte rénale (ndr traitement par le Dr F\_\_\_\_\_ débutant le 12 septembre 2001). Dans une activité adaptée, ils concluent à une capacité de travail globale (atteinte rénale et orthopédique) de 100% avec une baisse de rendement de 20% de 1990 à 2001, de 50% jusqu'en octobre 2012 et nulle dès novembre 2012. Ils estiment qu'il est préférable de procéder à une évaluation globale des différentes atteintes à la santé plutôt que d'évaluer la capacité de travail en fonction de chaque diagnostic posé, au vu de la majoration progressive de la fonction rénale de 2001 à 2006, puis de son amélioration considérable avec les dialyses et la greffe, ainsi que de l'apparition en 2008 d'une arthrose post-traumatique, jugée sévère en 2012. Les limitations fonctionnelles en lien avec les séquelles orthopédiques consistent en un travail essentiellement en position assise, sans marche en terrain irrégulier, sans montée à l'échelle ou sur un échafaudage, sans franchissement d'escaliers et sans port de poids excédant dix kilos. Les limitations fonctionnelles en rapport avec la pathologie rénale sont depuis 2001 une fatigabilité et des difficultés de concentration. Les limitations fonctionnelles dues à la rhizarthrose bilatérale consistent depuis novembre 2012 en une absence de travaux de force avec les mains et de mouvements fins ou de précision avec les pouces-index.

En définitive, le rapport d'expertise contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les plaintes du recourant, des observations cliniques ainsi que, pour finir, une discussion générale du cas sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis 1990 jusqu'au jour de l'examen, sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que sur les limitations fonctionnelles.

b) Les experts ne motivent pas spécifiquement leurs conclusions relatives aux taux de l'incapacité de travail et de la capacité résiduelle de travail qu'ils ont fixés. En revanche, ils décrivent l'évolution de celles-ci. En outre, leur appréciation se base sur des examens minutieux et complets (examen clinique, consilium rhumatologique, consilium orthopédique et consilium néphrologique), de sorte qu'elle a été émise en pleine connaissance de cause. En effet, l'un des objectifs de toute expertise pluridisciplinaire est précisément d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 3.1 et I 506/02 du 26 mai 2003 consid. 2.2).

Les limitations fonctionnelles qu'ils retiennent sur le plan orthopédique n'ont aucune incidence sur la capacité de travail dans l'exercice d'une activité légère. Toutefois, ils admettent une diminution de rendement de 20% sans motiver leurs conclusions mais vraisemblablement pour les mêmes motifs que le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> novembre 2001, à savoir pour permettre au recourant de changer de position afin de se dégourdir les jambes et pour trouver une position appropriée. Par conséquent, leurs conclusions quant à l'existence d'une capacité résiduelle de travail entière de 1990 à 2001 avec une diminution de rendement de 20% sont crédibles. Quant aux limitations fonctionnelles auxquelles ils concluent sur le plan néphrologique depuis 2001, elles ont trait à la fatigabilité et aux difficultés de concentration. Elles rendent également plausibles leurs conclusions quant à une capacité de travail de 50% depuis 2001 dans une activité adaptée. En effet, dans un travail exercé à ce taux, on peut admettre que la diminution de rendement de 20% en raison de limitations fonctionnelles sous forme de changements de positions se recoupe avec les limitations concernant la fatigabilité et les difficultés de concentration et, partant, est englobée dans l'incapacité de travail de 50%. Enfin, dès novembre 2012, ils admettent que l'addition des diverses limitations fonctionnelles ne permet plus l'exercice d'une quelconque activité professionnelle en reprenant les conclusions erronées du Dr L\_\_\_\_\_ sur le début de cette aggravation. En définitive, hormis le point susmentionné, les réponses des experts à la question concernant le degré de l'incapacité de travail et de la capacité de travail résiduelle (en pour cent) apparaissent comme la quintessence logique - et crédible en l'occurrence - du rapport d'expertise, notamment de sa partie consacrée à la discussion (cf. Alfred BÜHLER, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, PJA 1999 p. 573; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.4). En outre, les experts expliquent pourquoi ils se distancient des conclusions de certains

experts qui se sont prononcés jusqu'ici. S'agissant du rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2001, ils contestent l'existence d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de mécanicien qui ne peut pas être exercée de façon sédentaire assise et ils ne l'ont retenue qu'à concurrence de 50%. S'agissant du rapport d'expertise des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2010, ils considèrent que ces médecins n'ont pas suffisamment tenu compte du cumul des pathologies en concluant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Enfin, ils se distancient des conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 17 novembre 2008) quant à l'absence d'exigibilité d'une capacité de travail résiduelle au motif qu'elles prennent en compte des limitations fonctionnelles sortant du domaine de compétence de cet expert.

Le recourant relève que les experts répondent par un « sans objet » aux questions n<sup>os</sup> 10 et 11 de l'ordonnance d'expertise, alors que le recours a précisément pour objet la question du début de l'incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

La question n<sup>o</sup> 10 demande aux experts d'évaluer l'exigibilité dans une activité adaptée, « depuis quand et dans quel domaine d'activité ». La question n<sup>o</sup> 11 leur demande de préciser s'il y a une diminution de rendement et de le chiffrer. Or, les experts ont effectivement répondu « sans objet » à ces questions en raison de leurs réponses aux questions précédentes. Manifestement, ils ont considéré que l'incapacité de travail totale dans toute activité qu'ils retiennent depuis novembre 2012 et leur évaluation de l'exigibilité de 1990 à 2012 à la question n<sup>o</sup> 8 ne nécessitaient plus de répondre aux questions n<sup>os</sup> 10 et 11. Pour sa part, la chambre de céans ne discerne pas en quoi en répondant « sans objet » à ces questions, les experts auraient failli à leur mandat d'expertise puisque précisément, ils répondent dans le cadre de la question n<sup>o</sup> 8 que la capacité de travail résiduelle est nulle depuis novembre 2012.

En définitive, les réponses apportées par les experts aux questions posées par la chambre de céans sont complètes et convaincantes, sous la réserve déjà mentionnée.

c) S'agissant des autres rapports d'expertise, les explications des experts ne remettent pas en cause la valeur probante générale de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ mais uniquement le degré de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, de sorte qu'en dehors de ce point, les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ ont valeur probante. Quant au rapport d'expertise des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, il n'a pas de valeur probante au vu de la spécialité des experts (médecine interne et psychiatrie) alors que le recourant souffre de troubles rénaux et orthopédiques, respectivement rhumatologiques. S'agissant de l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_, il n'est pas nécessaire d'examiner sa valeur probante dès lors que ses conclusions quant à la capacité de travail résiduelle théorique du recourant sur la base de l'examen physique (de l'ordre de 40% au lieu de 50%) ne sont que peu différentes de celles des experts de la PMU, sans tenir compte des plaintes subjectives du recourant qu'elle prend en considération dans son appréciation de l'exigibilité, qui n'ont pas

d'incidence sur celle-ci (diminution de rendement physique), respectivement sont de nature psychique et qui, partant, sortent de son domaine de compétence.

Quant aux rapports des Drs E\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ établis en avril 2002 puis postérieurement, sur lesquels le recourant fonde sa contestation, ils ne sauraient pas davantage jeter un doute sur les conclusions des experts de la PMU. En effet, ces médecins fixent un taux d'invalidité médicale, soit une notion inconnue du droit des assurances sociales qui prend en compte les effets de l'incapacité de travail sur la capacité de gain de l'assuré dans une activité exigible. Or, l'invalidité est une notion économique et non médicale, si bien que ne sont pas déterminants les critères médico-théoriques, mais bien plutôt les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 270 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 477/06 du 8 août 2007 consid. 5.1). Pour les mêmes raisons, et par appréciation anticipée des preuves (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d), il n'y a pas lieu de faire droit à la demande d'audition de ces médecins formulée par le recourant, pas plus que du Dr F\_\_\_\_\_ dès lors que son évaluation néphrologique est entièrement confirmée par les experts de la PMU.

Par conséquent, il n'existe aucune opinion contraire pertinente apte à mettre sérieusement en doute les conclusions des experts de la PMU.

d) Le recourant allègue que le rapport d'expertise de la PMU n'a pas de valeur probante en raison des contradictions qu'il contient. Il perçoit de telles contradictions dans le fait que le spécialiste en orthopédie conclut à une capacité de travail résiduelle de 50% de mai 2008 à octobre 2012 alors que le spécialiste en néphrologie retient une capacité de travail résiduelle de 50% depuis 2001. Il en déduit qu'au vu de ces conclusions, les experts ne pouvaient pas retenir une capacité de travail résiduelle globale de seulement 50% jusqu'en 2012.

Contrairement à ce que soutient le recourant, dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par l'assuré et leurs interférences possibles, l'appréciation générale du cas et les conclusions de l'expertise ne procèdent pas de la simple juxtaposition de rapports médicaux. Aussi, le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de l'addition ou de la moyenne de différents taux d'incapacité de travail (en l'occurrence liés aux atteintes orthopédique et rénale), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.1 et I 313/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3). Le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 16/05 du 13 mars 2006 consid. 5.2). Par conséquent, il n'existe aucune contradiction entre, d'une part, les rapports des spécialistes en néphrologie et en orthopédie, et d'autre part, les conclusions globales des experts quant à la capacité de travail résiduelle du recourant.

e) Celui-ci relève en dernier lieu que l'expertise est signée par des médecins qui ne l'ont pas examiné et non par les spécialistes en néphrologie et en orthopédie qui l'ont examiné.

D'après la convocation de la PMU du 19 février 2015, le recourant a été examiné par la Dresse O\_\_\_\_\_, le Dr Q\_\_\_\_\_, le Dr R\_\_\_\_\_ et le Dr P\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise a été signé par les Drs Q\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, soit par les spécialistes en médecine interne et en rhumatologie qui ont examiné le recourant. Il a également été signé par la Dresse N\_\_\_\_\_ en tant que médecin responsable du centre d'expertises médicales de la PMU qui, à ce titre, est chargée d'examiner la cohérence de l'expertise. Les Drs P\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ n'ont pas signé le rapport d'expertise, car ils ne sont intervenus qu'en tant que médecins consultants, ce qui est la règle lorsque des consiliums sont requis dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire. Il est vrai qu'en revanche le Dr Q\_\_\_\_\_ l'a signé, vraisemblablement parce qu'il est également spécialiste en médecine interne.

Toutefois, la valeur probante d'une expertise ne saurait être remise en doute du simple fait qu'elle n'a pas été cosignée par tous les médecins ayant participé à son établissement ou - ce qui n'a rien d'inhabituel - que son contenu est, d'un point de vue formel, présenté dans des rapports séparés au lieu d'un seul. Ce qui importe, c'est que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_874/2011 du 17 juillet 2012 consid. 4.2). En l'occurrence, il n'existe aucun indice permettant de penser que les conclusions de l'expertise du PMU ne seraient pas le fruit d'un consensus entre tous les médecins ayant participé à l'expertise.

En définitive, les conclusions des experts de la PMU procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. Leur rapport ne contient en outre pas de contradictions, ni de défauts manifestes, de sorte qu'il a entière valeur probante.

Par conséquent, la chambre de céans fait sienne les conclusions des experts sous la réserve déjà mentionnée, à savoir que le recourant présente une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50% de 1990 à 2001, puis nulle dès février 2001 et une capacité résiduelle de travail de 80% de 1990 à janvier 2001, de 50% de février 2001 à janvier 2012, puis nulle dès février 2012.

11. Force est de constater que les conditions prévues par l'art. 17 LPGA pour une révision de la rente d'invalidité sont réalisées en tout cas depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012 en application de l'art. 88a RAI, le recourant ne disposant plus d'une quelconque capacité résiduelle de travail depuis le mois de février 2012.

Toutefois, au vu de l'incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle à partir de février 2001, il convient d'examiner dans quelle mesure ces circonstances ne lui donnent pas déjà droit dès 2001 à une rente entière d'invalidité - pour autant que le degré d'invalidité établi après application de la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité soit d'au moins 66 2/3% (cf. art. 28 al. 1 aLAI

---

en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003) -, respectivement à un trois-quarts de rente s'il est d'au moins 60% (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004).

Pour procéder au calcul du degré d'invalidité dès l'aggravation de février 2001, il y a lieu de comparer le revenu sans invalidité avec le revenu d'invalidité (cf. art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI) après prise en compte éventuelle d'un abattement sur le revenu statistique d'invalidité (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) afin de déterminer précisément le degré d'invalidité du recourant, ce que l'intimé n'a jamais fait.

Etant donné que la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour procéder à ce calcul, notamment l'horaire de travail hebdomadaire du recourant, il y a lieu de renvoyer le dossier à cet effet à l'intimé.

12. Il convient enfin de déterminer si les frais de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'intimé.

a) Dans un arrêt publié in ATF 139 V 496 consid. 4.3 ss, le Tribunal fédéral a rappelé que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) pouvaient le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative, qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité.

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer, dans son principe, aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4; voir également ATF 139 V 225 consid. 4), lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en

considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) En l'espèce, après que par arrêt du 28 mars 2007, le TCAS a renvoyé la cause à l'intimé pour une instruction médicale concernant l'affection rénale, celui-ci a mis en œuvre une expertise néphrologique auprès de la Dresse I\_\_\_\_\_, le 17 novembre 2008, à laquelle il a dénié une valeur probante, puis a toutefois rendu une nouvelle décision le 21 septembre 2009 qui a à nouveau été annulée par le TCAS. Celui-ci lui a renvoyé la cause pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer l'incidence de l'atteinte rénale sur la capacité de travail du recourant. Cependant, l'intimé a confié un mandat d'expertise le 18 juin 2010 au Dr J\_\_\_\_\_, soit un spécialiste en médecine interne qui n'est pas néphrologue, et au Dr K\_\_\_\_\_ qui est psychiatre. A la suite de l'apparition d'une rhizarthrose bilatérale en février 2012, l'intimé a également mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès du Dr L\_\_\_\_\_ qui est rhumatologue.

Etant donné que l'intimé n'a jamais procédé à une expertise permettant une évaluation globale de la capacité résiduelle de travail du recourant en fonction de ses diverses atteintes à la santé et de leur évolution depuis le début du droit à la rente jusqu'à l'examen médical des experts (cf. ATF 125 V 369 consid. 2), la chambre de céans a dû ordonner une expertise judiciaire afin de disposer des éléments médicaux nécessaires permettant de connaître l'évolution de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail depuis la décision initiale de rente jusqu'à la décision dont est recours. Par conséquent, il existe un lien de causalité entre les défauts de l'instruction administrative et la mise en œuvre de l'expertise judiciaire. Aussi, la chambre de céans considère qu'il se justifie de mettre à la charge de l'intimé les frais de l'expertise judiciaire à hauteur de CHF 13'000.-.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 4 avril 2014 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée 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 matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 4 avril 2014 au sens des considérants.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2012.
4. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire concernant la période antérieure à cette date au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à prendre en charge l'intégralité des frais de l'expertise judiciaire, soit CHF 13'000.-
6. Condamne l'intimé à verser au recourant un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.
7. Met un émolument de CHF 1'000.-. à la charge de l'intimé.
8. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le