RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1806/2021 **ATAS/704/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 août 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COLOGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Céline MOULLET	recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1971, est titulaire d'une formation universitaire en mathématiques. Il a essentiellement travaillé durant sa carrière pour plusieurs établissements bancaires en qualité de trader en matières premières. En dernier lieu, soit d'août 2014 au 30 juin 2017, il a officié en tant que directeur général et directeur des investissements de la société B_____ Sàrl qu'il avait lui-même créée. À ce titre, il touchait un salaire annuel brut de CHF 150'000.-.

b. L'assuré a vendu ses parts de la société et mis un terme à son activité au sein de celle-ci pour le 30 juin 2017, en raison de problèmes de santé qu'il considérait incompatibles avec l'exercice d'une activité comportant de tels enjeux financiers et nécessitant une disponibilité permanente, sept jours par semaine.

c. L'assuré est en effet atteint d'une insuffisance rénale héréditaire se manifestant sous la forme d'une polykystose, traitée depuis 2013 par hémodialyse. En 2015 et 2016, il a subi une ablation des deux reins, ainsi qu'une greffe rénale à droite en 2016.

B. **a.** En date du 5 juin 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en indiquant être totalement incapable de travailler depuis le 30 décembre 2018.

b. Par rapports des 30 juillet et 30 août 2019, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué à l'OAI que son patient souffrait des atteintes à la santé suivantes : cholécystite lithiasique chronique non opérée, crampes musculaires des quatre membres sur déficit en magnésium, dorso-lombalgies, anémie, apnées du sommeil, insuffisance rénale chronique (IRC), état anxio-dépressif, diabète de type II sévère, goutte, hypertension artérielle (HTA) traitée, kystes hépatiques congénitaux et impuissance. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 30 décembre 2018 et le pronostic était mauvais car l'espérance de vie du rein greffé ne s'élevait qu'à dix ans, moyennant dialyse au cours des sept années initiales.

Par rapport du 19 décembre 2019, le Dr C_____ a complété et actualisé son appréciation, précisant que son patient souffrait d'une asthénie sévère sur hypercalcémie, d'une décompensation diabétique, d'anxiété et d'un état de stress psychologique. Il devait en outre subir une opération des glandes parathyroïdiennes en janvier 2020. Sa capacité de travail demeurait nulle dans toute activité.

c. Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 19 septembre 2019, le docteur D_____, spécialiste en néphrologie, a indiqué que la fonction rénale de l'assuré était satisfaisante, mais qu'il souffrait des effets secondaires des

immunosuppresseurs, lesquels entraînaient une asthénie, du diabète, des troubles du transit, des crampes et des tremblements. Etaient énumérés au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un diabète stabilisé au moment de l'établissement du rapport, des troubles du transit persistants et une hyperparathyroidie tertiaire avec troubles musculosquelettiques (crampes, tremblements). A titre de limitations fonctionnelles, le spécialiste faisait état d'une diminution de la capacité de concentration, de crampes et de tremblements. Depuis le 30 décembre 2018, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Elle n'était pas évaluée pour ce qui était d'une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans le cadre du questionnaire médical intermédiaire retourné à l'OAI le 7 décembre 2019, le néphrologue a confirmé les diagnostics et les limitations fonctionnelles évoqués dans son précédent rapport. Concernant la capacité de son patient à exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, il a indiqué qu'il « faudrait envisager une reconversion, car le patient pens[ait] ne plus être « attractif » dans sa profession ».

d. Dans un rapport du 20 février 2020 à l'attention de l'OAI, la doctoresse E_____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie a indiqué que le diabète de l'assuré, diagnostiqué en été 2019, était bien contrôlé et n'entraînait aucune limitation particulière.

e. Le 20 mai 2020, sur la base des pièces figurant au dossier, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle du 30 décembre 2018 au 6 décembre 2019, du fait des effets secondaires polymorphes résultant des traitements immunosuppresseurs administrés suite à la greffe rénale. En revanche, dans la mesure où, depuis le 7 décembre 2019, l'assuré disposait, selon l'avis de son néphrologue, d'un potentiel de réadaptation dans une activité plus simple, le SMR sollicitait des renseignements complémentaires.

f. Dans un rapport du 31 juillet 2020, la doctoresse F_____, spécialiste en chirurgie thoracique et endocrinienne auprès des HUG, a confirmé l'existence d'une hyperparathyroïdie tertiaire présente depuis 2016, traitée chirurgicalement le 15 juillet 2020 et précisé que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, en dehors d'une période d'incapacité totale durant les 10 jours ayant suivi la chirurgie.

g. Le 24 août 2020, l'OAI a reçu un rapport non daté de la doctoresse G_____, spécialiste en néphrologie en charge désormais du suivi de l'assuré. La néphrologue indiquait qu'il n'y avait, du point de vue de sa spécialité, aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle. Son patient était en mesure de reprendre son activité habituelle ou tout autre activité adaptée, initialement au taux de 50%.

h. Le 25 septembre 2020, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie viscérale, a établi un rapport à l'attention de l'OAI faisant état de douleurs en fosse iliaque et en hypochondre droite de forte intensité depuis le 15 juin 2020, faisant craindre une migration lithiasique traitée chirurgicalement le 18 juin 2020, avec une évolution post-opératoire favorable. Le chirurgien retenait un risque de récidive de cholangite comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et renvoyait l'OAI au médecin traitant pour l'évaluation de ladite capacité.

i. Le 27 octobre 2020, le SMR a constaté que les divers spécialistes ne retenaient aucune limitation fonctionnelle en lien avec les atteintes somatiques. Une ordonnance pénale au dossier révélant que l'assuré était astreint à une obligation de suivi psychiatrique à quinzaine, une prise de renseignements auprès du psychiatre traitant était préconisée.

j. Par courrier du 9 décembre 2020, la doctoresse I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué suivre l'assuré à raison de deux fois par semaine depuis le 23 avril 2020, conformément à l'ordonnance pénale susmentionnée. Le diagnostic était celui de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2). Selon ce médecin, l'assuré était mentalement capable d'effectuer son activité habituelle, sans limitations fonctionnelles du point de vue psychique. Ses seules limitations étaient liées à son état physique. Aucun traitement psychotrope n'avait été prescrit. La psychiatre a encore mentionné une hospitalisation brève de son patient à la clinique de la Métairie en mai 2020.

k. Le 4 février 2021, le SMR a émis un rapport au terme duquel il a confirmé une totale incapacité de travail du 30 décembre 2018 au 6 décembre 2019. Il a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité dans toute activité dès le 7 décembre 2019, les spécialistes consultés ne retenant aucune atteinte à la santé durablement incapacitante au-delà de cette date.

l. Le 12 février 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, l'incapacité de travail ayant duré moins d'une année.

m. Par courriel du 16 février 2021, l'assuré a contesté ce projet de décision, arguant avoir été très malade en 2019 et 2020 et devoir encore se soumettre à une nouvelle chirurgie durant les semaines à venir. Il soutenait être totalement incapable de travailler.

n. En date du 24 février 2021, l'assuré a sollicité une copie de l'intégralité de son dossier, ainsi qu'une prolongation de 30 jours du délai octroyé afin de compléter sa détermination relativement au projet de décision du 12 février 2021.

o. Par courriel du 25 février 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré un délai jusqu'au 19 avril 2021 pour compléter ses déterminations.

p. Par pli recommandé du 19 avril 2021, reçu par l'OAI le 21 avril 2021, l'assuré a complété son opposition par l'intermédiaire de son avocate nouvellement constituée.

Il a reproché en substance au SMR de n'avoir pas suffisamment pris en compte et encore moins investigué les diverses réserves émises par les différents médecins consultés concernant l'évolution de sa capacité de travail et les différentes limitations fonctionnelles rencontrées. Selon lui, le SMR s'était prononcé sur la base d'une analyse incomplète des éléments au dossier et avait substitué a des constats médicaux probants sa propre appréciation, en méconnaissance d'aspects importants de l'état de santé de l'assuré, notamment sur les plans néphrologique et psychique. Une expertise psychiatrique et néphrologique était sollicitée.

q. Par décision du 20 avril 2021, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

C. **a.** Le 21 mai 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2019, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

Selon lui, la décision est d'ores et déjà viciée du fait qu'elle viole son droit d'être entendu, dans la mesure où elle a été rendue avant réception de ses observations du 19 avril 2021, transmises pourtant par pli recommandé dans les limites du délai complémentaire octroyé par l'intimé. Qui plus est, la décision litigieuse ne lui a pas été adressée à son domicile élu. S'agissant du fond, l'assuré réitère pour l'essentiel les griefs soulevés dans ses observations du 19 avril 2021 à l'encontre du projet de décision.

Le recourant produit notamment un rapport médical du Dr C_____ du 19 mai 2021, indiquant que l'état de santé de son patient s'est détérioré davantage que ce qu'il avait initialement anticipé lors de la rédaction de ses rapports dans le courant de l'année 2019. L'ablation des glandes parathyroïdiennes n'a pas été complète, de sorte que la calcémie n'a finalement pas été stabilisée. Au contraire, l'hypercalcémie s'est même aggravée suite à la prise orale de vitamines D3, préconisée par le médecin traitant afin de diminuer le risque d'un cas grave de COVID-19 dans l'hypothèse d'une contamination éventuelle. Vu l'augmentation dangereuse de la calcémie, la supplémentation en vitamines a finalement été interrompue. En outre, la maladie des reins, qui a également des conséquences sur le foie et le pancréas, a pour conséquence, plusieurs fois par année, des douleurs abdominales résultant de l'éclatement des kystes et invalidantes dans tous les métiers. L'assuré a notamment dû être hospitalisé en urgence en 2020 du fait d'une septicémie occasionnée par l'infection d'un kyste au niveau du foie. Enfin, le traitement immunosuppresseur a engendré un cancer cutané du cuir chevelu diagnostiqué à la fin de l'été 2020. En résumé, le Dr C_____ considère que l'activité de trader est définitivement impossible. Une reconversion est envisageable, vu le haut niveau de qualification de son patient, mais une perspective d'embauche semble moins réaliste, au vu des absences régulières

prévisibles pour cause de maladie. En conclusion, le médecin s'étonne que son patient ne reçoive pas « une reconnaissance AI d'au moins 70% ».

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 juin 2021, a conclu au rejet du recours.

L'intimé conteste toute violation du droit d'être entendu du recourant en soulignant que, depuis le 1er janvier 2021, le délai d'opposition n'est plus prolongeable, du fait d'une modification législative. Quoi qu'il en soit, même s'il y avait eu violation, celle-ci aurait été sans conséquence, car pouvant être réparée dans le cadre de la procédure de recours.

La notification de la décision était parfaitement régulière dans la mesure où la procuration faisant état de l'élection de domicile lui est parvenue que postérieurement à l'envoi de la décision entreprise.

Enfin, pour ce qui est de l'évaluation de l'invalidité, le SMR soutient que le rapport du Dr C_____ du 19 mai 2021 et son annexe n'apportent aucun élément médical objectif susceptible de l'amener à revoir sa position : le médecin ne relate aucune symptomatologie clinique en relation avec l'hypercalcémie, étant rappelé qu'une hypercalcémie modérée n'entraine ni symptomatologie, ni limitations fonctionnelles. Quant à la septicémie, une fois l'épisode infectieux traité, elle n'a plus entraîné de limitations fonctionnelles durables. Il n'est pas allégué que le cancer du cuir chevelu serait à l'origine de limitations fonctionnelles ; la plupart du temps, il s'agit de lésions localisées traitées par ablation simple, sans traitement supplémentaire. Enfin, s'il est admis que les kystes abdominaux que présente l'assuré peuvent éclater et occasionner des douleurs, la fréquence de ces évènements n'a pas été précisée.

c. Dans sa réplique du 28 juillet 2021, l'assuré a déploré le manque d'investigations sur le plan psychiatrique et notamment sur les circonstances de son séjour à la clinique de la Métairie en 2020.

Il produit un rapport médical du Dr C_____ du 22 juillet 2021. Le médecin traitant y précise que la rupture des kystes abdominaux intervient trois fois par mois, de façon suffisamment importante pour obliger son patient à demeurer couché durant 24 heures. En sus de ces ruptures, son patient souffre de douleurs abdominales intenses, pendant une à deux heures, trois fois par semaine. À la même fréquence, il présente des épisodes de diarrhées avec ténesmes. Au vu notamment de ces éléments, le Dr C_____ retient le diagnostic de diverticulite chronique. Pour le surplus, il insiste sur le fait que l'interruption de la prise de compléments de vitamine D3, en raison de son effet négatif sur la calcémie, a engendré une fatigue élevée et chronique. Enfin, concernant l'aspect psychiatrique, il émet l'opinion que le rapport du 9 décembre 2021 a été établi de manière excessivement bienveillante par la Dresse I_____ afin d'aider au mieux son patient dans le cadre de sa procédure pénale.

d. Dans sa duplique du 17 août 2021, l'intimé a persisté dans ses conclusions en s'appuyant sur un avis du SMR estimant que le certificat du Dr C_____ du 28 juillet 2021, dans la mesure où il ne se basait que sur l'anamnèse du recourant et où son analyse n'était étayée par aucun examen complémentaire objectif (échographie hépatique ou appréciation émanant d'une consultation spécialisée), n'était pas de nature à modifier sa position.

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.

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité.

6. Dans un moyen de nature formelle, qu'il convient d'examiner en premier lieu dès lors que son admission pourrait conduire à l'annulation de la décision attaquée sans examen du litige sur le fond (ATF 124 V 90 consid. 2), le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu. Il fait grief à l'intimé d'avoir rendu la décision litigieuse avant même d'avoir examiné ses arguments, le contraignant ainsi à recourir auprès de la Cour de céans. Il rappelle que son courrier

d’opposition du 12 mai 2021 a été envoyé le jour même, soit dans le délai octroyé par l’intimé.

6.1.1 À teneur de l’art. 42 LPGA, les parties ont le droit d’être entendues.

Aux termes de l’art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d’une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l’intéressé.

6.1.2 En vertu de l'art. 57a LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (al. 1). Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (al. 3).

Selon la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ch. 6021), dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2021, ce délai de 30 jours ne peut être prolongé. Les objections doivent être soulevées dans ce délai. Dans des cas fondés, un délai supplémentaire unique peut être accordé à l’assuré pour qu’il motive ou corrige ses objections.

Par ailleurs, aux termes de l'art. 74 RAI, une fois l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2).

6.1.3 L'autorité commet ainsi une violation du droit de l'assuré à être entendu, lorsqu'elle statue avant l'échéance du délai imparti à l'assuré pour qu'il se détermine sur le projet de décision, en écartant ainsi des moyens déposés en temps utile (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 5 et I 459/02 du 29 octobre 2002 consid. 4 ; Michel VALTÉRIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n°8 ad art. 57a LAI).

6.1.4 La violation du droit d’être entendu – pour autant qu’elle ne soit pas d’une gravité particulière – est cependant réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s’exprimer devant une autorité de recours jouissant d’un plein pouvoir d’examen. Au demeurant, la réparation d’un vice éventuel ne doit avoir lieu qu’à titre exceptionnel (ATF 124 V 180 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

Il faut renoncer à renvoyer l'affaire à l'administration pour qu'elle accorde le droit d'être entendu, dans le sens d'une guérison du vice, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, si et dans la mesure où le renvoi constituerait un simple exercice de procédure et conduirait donc à des retards inutiles qui ne seraient pas compatibles avec l'intérêt (assimilé à l'audition) de la partie concernée

à ce que la cause soit tranchée en sa faveur (ATF 132 V 387 consid 5.1 ; ATF 116 V 187 consid. 3d).

6.1.5 En l'espèce, par courriel du 24 février 2021, le recourant a contesté le projet de décision du 12 février 2021 et sollicité la prolongation du délai pour faire valoir ses observations, requête que l'intimé a accueillie favorablement puisqu'il a accordé une prolongation de délai au 19 avril 2021. Ainsi, le courrier recommandé du 19 avril 2021, par lequel le recourant a complété sa contestation, a bien été envoyé en temps utile. Dès lors, en notifiant sa décision le 20 avril 2021, soit avant réception des observations précitées, l'intimé a bel et bien violé le droit d'être entendu de l'intéressé.

Le fait que l'art. 57a al. 3 LAI, dans sa teneur depuis le 1er janvier 2021, ne permette plus l'octroi d'une telle prolongation est en l'espèce sans pertinence, dans la mesure où l'intimé l'avait expressément accordée et que le recourant – qui n'était pas encore représenté par un avocat à cette période – s'est fondé sur cette garantie étant rappelé que la bonne foi de l'administré doit être protégée (cf. notamment ATF 131 II 627, consid. 6.1).

6.1.6 Reste à examiner si cette violation peut être réparée dans le cadre de la présente procédure de recours.

À cet égard, il sied d'abord de constater que la Cour de céans dispose d'un pouvoir d'examen identique à celui de l'intimé, tant en fait qu'en droit.

De plus, les observations non prises en compte par l'intimé n'étaient accompagnées d'aucune pièce. Elles soulevaient pour l'essentiel divers griefs à l'encontre de l'appréciation de la situation médicale par le SMR, griefs qui ont tous été repris, ipso facto, dans l'écriture de recours. Amené à se déterminer à leur égard dans le cadre de son mémoire réponse, l'intimé les a sommairement écartées, estimant que le SMR avait déjà tenu compte de l'ensemble des documents médicaux au dossier dans son avis du 4 février 2021.

Force est de constater que, dans ces circonstances, l'annulation de la décision entreprise et le renvoi à l'intimé constituerait un simple exercice de procédure et conduirait à des retards inutiles, faute de pouvoir vraisemblablement faire changer l'intimé de position. Conformément à la jurisprudence, il convient dès lors de considérer que le vice a ainsi été réparé. Il revient donc à la Cour de céans d'examiner, avec un plein pouvoir de cognition, les griefs soulevés tant dans le cadre de l'opposition que du recours.

6.2 Dans un second grief de nature formel, le recourant relève que la décision litigieuse n'a pas été adressée à son domicile élu.

6.2.1 En vertu de l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite (al. 2).

Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). La violation, par l'assureur social, de l'art. 37 al. 3 LPGA n'a pas pour effet de rendre sa communication nulle et non avenue. En revanche, l'assuré peut de bonne foi admettre que son représentant a également reçu l'envoi de l'assureur, de sorte qu'il ne peut subir aucun préjudice lorsque celui-ci avait pour effet de faire courir un délai. Ainsi, la notification d'une décision à l'assuré directement, et non à son représentant, empêche l'écoulement du délai de recours, seule la notification au représentant étant déterminante à cet égard (arrêts du Tribunal fédéral 9C_18/2016 du 7 octobre 2016 consid. 5.3.1 et 9C_741/2012 du 12 décembre 2012 consid. 2; ATAS/269/2021 du 29 mars 2021 consid. 4; Anne-Sylvie DUPONT, in Commentaire romand, LPGA, n. 27 ad art. 37 LPGA).

6.2.2 En l'occurrence, le recours ayant été déposé dans les 30 jours ayant suivi la notification de la décision directement au recourant, la violation de l'élection de domicile est sans conséquence du point de vue juridique.

7. 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 1er janvier 2008).

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).

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs (art. 29ter RAI).

9. 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).

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.

9.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.6).

9.2 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 LPGA) 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).

9.3 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).

10. 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).

11. 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 œuvre 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 œuvre 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).

12. Il convient à présent d'examiner le droit du recourant à une rente. Est litigieux le fait de savoir si le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable, et s'il était encore invalide, au terme de cette année, à 40% au minimum.

12.1 Les parties et l'ensemble des médecins s'accordent sur la date de début de l'incapacité de travail, soit le 30 décembre 2018 et sur le fait que dite incapacité était initialement totale, dans toute activité. Il y a en revanche divergence quant au

taux d'invalidité du recourant un an plus tard, soit le 30 décembre 2019. L'intéressé soutient qu'il était encore dans la totale incapacité d'exercer la moindre activité, alors que l'intimé estime qu'il était apte à exercer à plein temps son activité habituelle, sans perte de rendement, et ce, depuis le 7 décembre 2019.

12.2 L'intimé fonde sa position sur l'appréciation du SMR du 4 février 2021, concluant à une capacité de travail entière dans toute activité dès le 7 décembre 2019, les spécialistes consultés ne retenant aucune atteinte à la santé durablement incapacitante au-delà de cette date.

Cependant, l'analyse du SMR est lacunaire : le 7 décembre 2019 correspond à la date du rapport du Dr D_____ dans lequel ce dernier préconisait une reconversion de son patient. On ne saurait en déduire, comme l'a fait le SMR, qu'au jour de la rédaction dudit rapport, l'intéressé était apte à exercer son activité de trader à plein temps et à plein rendement, d'autant moins que cela va à l'encontre du reste du rapport du néphrologue et des autres éléments médicaux au dossier.

En effet, dans son rapport, le Dr D_____ qualifie la capacité de travail de son patient de nulle dans l'activité habituelle, au vu des différentes limitations fonctionnelles découlant du traitement immunosuppresseur encore en cours, soit une asthénie, une diminution de la capacité de concentration, des crampes et des tremblements. Le médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Sous l'angle strictement néphrologique, ce n'est que le 24 août 2020 que la Dresse G_____ a indiqué qu'il n'y avait plus ni diagnostic invalidant, ni limitation fonctionnelle. Son rapport n'est d'ailleurs pas exempt de contradictions à cet égard, puisque le médecin précise que son patient n'est en mesure de reprendre une activité qu'à un taux initialement réduit de 50%.

Quand bien même les rapports établis par ces deux spécialistes ne sont pas suffisamment détaillés et étayés pour tirer des conclusions définitives quant à la capacité de travail du recourant et son évolution, ils ne peuvent en tout cas pas être interprétés comme la démonstration d'une pleine et entière capacité de travail dans toute activité dès le 7 décembre 2019.

L'appréciation du SMR pose également problème sous l'angle psychiatrique. En effet, si la psychiatre traitante atteste, le 9 décembre 2020, que le trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive dont souffre le recourant n'a pas d'incidence sur sa capacité de travail au jour de l'établissement du rapport, elle ne se prononce pas sur ladite capacité avant cette date et ce, alors même que l'état de son patient a pourtant nécessité une brève hospitalisation à la clinique de la Métairie en mai 2020 et que le médecin précise qu'il s'est amélioré significativement entre le 23 avril 2020 (date du début du suivi) et décembre 2020. Ces éléments donnent à penser que l'état de santé psychique de l'intéressé était moins favorable en début d'année 2020 et peut-être même auparavant, le

généraliste traitant ayant par ailleurs fait mention d'un état anxio-dépressif dans son rapport du 30 juin 2019, puis d'anxiété et de stress psychologique dans son rapport du 19 décembre 2020.

Dans ces conditions, on ne saurait conclure qu'en date du 7 décembre 2019 l'état psychique du recourant n'avait aucun impact sur sa capacité de travail. L'intimé se devait d'investiguer plus en avant cette question, notamment en sollicitant des informations complémentaires s'agissant des causes de l'hospitalisation du recourant.

Sur le plan endocrinien, le SMR retient là encore l'absence d'atteinte incapacitante dès le 7 décembre 2019. Or, la Dresse J_____, dans son rapport du 31 juillet 2020, si elle atteste effectivement de la disparition de toute limitation fonctionnelle suite au traitement chirurgical du 15 juillet 2020 et après une période de récupération post-opératoire de 10 jours, ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant avant cette période. Rien, au dossier, ne permettant de se prononcer sur la capacité de travail du recourant sur le plan endocrinien avant le 25 juillet 2020 (terme du temps de convalescence prescrit), le SMR aurait également dû investiguer cette question.

12.3 Pour les raisons énoncées supra, la pleine capacité de travail reconnue au recourant par le SMR à compter du 7 décembre 2019 apparaît douteuse.

Elle l'est d'autant plus que le généraliste traitant conclut de manière continue à une totale incapacité de travail dans toute activité depuis décembre 2018 et fait même état d'une aggravation de l'état de santé de son patient entre 2019 et 2021 (cf. ses rapports des 30 juillet, 30 août, 19 décembre 2019, 19 mai et 22 juillet 2021). Ainsi, il a notamment indiqué les 19 mai et 22 juillet 2021 que la santé de son patient avait été « plus impactée » que ce qu'il avait escompté en 2019 : l'assuré souffrait régulièrement de douleurs abdominales importantes résultant de l'éclatement de ses kystes, à raison de trois crises mensuelles le forçant à rester alité durant 24 heures; s'y ajouteraient des douleurs supplémentaires à raison de trois fois par semaine, durant deux heures, avec crises de diarrhée, ainsi qu'une fatigabilité accrue et chronique du fait d'une carence en vitamine D3 ne pouvant être compensée par une supplémentation du fait de l'hypercalcémie persistante, malgré l'intervention sur les glandes parathyroïdiennes.

La Cour de céans considère, au vu de tous ces éléments, qu'il subsiste un doute sérieux sur le recouvrement d'une pleine capacité de travail par le recourant dans son activité habituelle à compter du 7 décembre 2019 déjà. Les rapports du médecin traitant et des spécialistes consultés par l'intéressé ne suffisant pas à trancher cette question de manière satisfaisante, des mesures d'instruction supplémentaires se justifient, par exemple sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire en néphrologie, endocrinologie et psychiatrie afin de déterminer quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant depuis le 7 décembre 2018.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision sur du 20 avril 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

13.1 Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'une mandataire, une indemnité de CHF 2'500.- 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]).

13.2 Vu le sort du litige, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 20 avril 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité pour ses dépens de CHF 2'500.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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