

EN FAIT

1. Monsieur à G _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1958, a fait un apprentissage de mécanicien dans un garage et a obtenu un CFC, puis il a appris le métier de paysagiste dans l'entreprise de son père, sans terminer ce second apprentissage. Il a travaillé comme mécanicien sur avion chez X _____ durant trois ans, puis à nouveau dans l'entreprise de son père. En 1980 ou 1986, il a créé sa propre entreprise de paysagiste.
2. L'assuré a déposé le 2 février 1998 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), en raison d'une insuffisance rénale et d'une hernie discale, précisant que son incapacité de travail allait en s'aggravant.
3. Selon le rapport du 17 avril 1998 du Prof. L _____ du service de néphrologie des HUG, l'assuré a besoin d'une hémodialyse chronique. Sa capacité de travail, qui peut être améliorée par une seconde transplantation rénale, est de 50 % depuis le 29 janvier 1998. Ce médecin annexe un rapport d'hospitalisation du 19 janvier 1998 établi par le service de néphrologie des HUG, dont il ressort que l'assuré souffre d'une insuffisance rénale terminale sur oligoméganéphronie, d'un status après 1^{ère} allogreffe de rein de cadavre en fosse iliaque droite et néphrectomie droite le 26 juillet 1996, une néphropathie chronique du transplanté de grade III, d'une hypertension artérielle secondaire et d'une allergie à l'aspirine.
4. Dans le cadre de l'instruction du dossier par l'OAI, l'assuré a produit ses comptes concernant les exercices de 1994 à 1998. Pour l'année 1998, le chiffre d'affaires s'est élevé à 97'188 fr. 25 et les charges à 117'382 fr. 90, soit une perte de 20'194 fr. 65. Pour l'année 1997, le chiffre d'affaires s'est élevé à 148'113 fr. 05 et les charges à 165'993 fr. 40, soit une perte de 17'880 fr. 35. Pour l'année 1996, le chiffre d'affaires s'est élevé à 193'319 fr. 45 et les charges à 175'331 fr. 30, soit un bénéfice de 17'988 fr. 15. Pour l'année 1995, le chiffre d'affaires s'est élevé à 166'870 fr. et les charges à 160'459 fr. 30, soit un bénéfice de 6'410 fr. 70. Pour l'année 1994 (période du 01.08.1994 au 31.12.1994), le chiffre d'affaires s'est élevé à 102'553 fr. et les charges à 84'580 fr. 20, soit un bénéfice de 17'972 fr. 80. Les comptes pour l'année 1999 n'ont pas été produits.
5. Par pli du 12 mars 1999 adressé à la Caisse de compensation, l'OAI a sollicité le calcul de la rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %, pour maladie de longue durée, naissance du droit le 29 août 1996, versement dès le 1^{er} février 1997 (demande tardive), en précisant sur le courrier "expliquer que nous voulons tenir compte de l'évolution de l'état de santé depuis 1998".
6. Selon le rapport d'hospitalisation du 10 juin 1999 établi par le Prof. L _____, les diagnostics sont : insuffisance rénale terminale sur oligoméganéphronie,

première dialyse le 10 juillet 1995, status post-première greffe rénale en juillet 1996, rejets chroniques dès le 6 novembre 1997, reprise des dialyses dès janvier 1998, status post-transplantectomie du greffon le 30 avril 1998, deuxième greffe rénale avec rein de donneur vivant le 27 mai 1999, hypertension artérielle et allergie à l'aspirine. Les suites chirurgicales de la greffe sont sans complications. Le patient souffre de douleurs en fosse iliaque gauche, mais une complication opératoire est exclue par des examens complémentaires. Le médecin atteste d'une incapacité de travail à 100 % dès le 26 mai 1999 jusqu'à une date à préciser et relève que l'état de santé s'améliore.

7. Le 30 juillet 1999, l'assuré a eu un entretien avec le service de réadaptation de l'OAI, en vue d'éclaircir la situation professionnelle et économique avant et après l'atteinte à la santé. Il ressort du rapport subséquent, rédigé à la main, qu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré travaillait pour des particuliers, parfois pour des architectes. Il aménageait des alentours et bordures de villas, plantait des fleurs et arbustes, entretenait et élaguait des plantations. Il employait un ouvrier et travaillait lui-même environ 10 heures par jour, parfois le samedi. Il établissait ses factures et devis, le soir, à son domicile. Dès juillet 1995, l'assuré a subi trois séances de dialyse par semaine aux HUG. Son rendement était de 50 % jusqu'au 26 juillet 1996 où il a bénéficié d'une première greffe de rein. Il a repris le travail à temps complet en octobre 1996. Le 6 novembre 1996, à la suite d'un coup violent reçu à l'endroit de la greffe, il a développé un important hématome qui a provoqué le rejet du greffon. La reprise des dialyses le 21 janvier 1998 a eu pour conséquence une nouvelle diminution de rendement à 50 %. Le 30 avril 1998, il a subi une nouvelle transplantation du greffon avec incapacité totale jusqu'à fin juillet 1998 puis reprise à 50 %. Le 27 mai 1999, il a subi une deuxième greffe de rein. Il est toujours en incapacité de travail, à la date de l'entretien, mais entend reprendre son activité à 50 % début septembre 1999. Pendant toutes les périodes de maladie, l'assuré avait toujours un employé. Durant les périodes à 50 %, l'assuré exécutait les mêmes tâches qu'avant l'atteinte, seul le rendement était diminué.
8. Par décision du 11 février 2000, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'une rente complémentaire pour enfant, sur la base d'un degré d'invalidité de 60 % dès le 29 août 1996 et 100 % dès le 1^{er} février 1997. Le début du versement de la rente est fixé au 1^{er} avril 2007 (demande tardive). Une révision de la rente était prévue d'ici au 31 octobre 2000.
9. L'OAI a entrepris une procédure de révision de la rente en juin 2004. Dans le questionnaire idoine, l'assuré a attesté que son état de santé est identique et qu'il est toujours incapable de travailler à 100 %.
10. Selon un rapport médical du 26 juillet 2004 signé par le Dr M_____, spécialisé en néphrologie auprès des HUG, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont : névralgie inguinale d'origine traumatique peropératoire et

cervicalgies depuis 1999. Les diagnostics sans répercussion sont: status après transplantation rénale de 1999, et status après ablation de 3 ½ parathyroïdes le 6 novembre 2002. L'incapacité de travail est de 100 % depuis mai 1999 et l'état de santé est stationnaire.

11. Par pli du 30 août 2004, l'OAI a interpellé l'assuré en faisant valoir qu'il aurait conservé une activité lucrative au vu des extraits de compte AVS. L'assuré répond, le 20 septembre 2004, qu'il a mis son entreprise en gérance en août 2000 et n'a plus aucun intérêt dans l'activité de son successeur depuis lors. Il produit à cette occasion sa comptabilité pour les années 1999 et 2000. Pour l'année 1999, le chiffre d'affaires s'est élevé à 125'164 fr. 80 et les charges à 114'556 fr. 80, soit un bénéfice de 10'607 fr. 95. Pour l'année 2000, le chiffre d'affaire s'est élevé à 64'955 fr. 35 et les charges à 88'933 fr. 80, soit une perte de 23'978 fr. 45.
12. Dans un rapport du 14 novembre 2005, le Dr M_____ relève que l'assuré souffre de douleurs inguinales d'origine traumatique, peropératoire et de cervicalgies, avec effet sur la capacité de travail, depuis 1999, et d'un status après première et deuxième transplantations rénales les 26 juillet 1996 et 27 mai 1999, sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité est de 100 % en tant que paysagiste, depuis 1999. Le patient continue à se plaindre de douleurs cervicales et du pli inguinal à gauche, nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques.

Sont joints à ce rapport :

- un courrier du 7 mai 2004 du Prof. N_____, spécialisé en néphrologie auprès des HUG, précisant que l'assuré est fortement handicapé par d'importantes douleurs inguinales gauches avec irradiations vers le pubis et la base de la verge, particulièrement aiguës en post-opératoire immédiat. L'assuré s'est habitué à ces douleurs et elles ne l'empêchent pas de profiter de l'excellente fonction de son greffon, mais cela reste un gros problème nécessitant la prise d'antalgiques fréquemment ;
- un courrier du Prof. N_____ du 10 mars 2003, qui rappelle l'excellente évolution sur le plan rénal et métabolique, mais le handicap est dû à des douleurs articulaires diffuses, qui ne trouvent pas d'explications malgré l'examen de la Dresse O_____, rhumatologue, ainsi que des douleurs au niveau de la cicatrice, dues à une névralgie inguinale d'origine traumatique peropératoire ;
- le rapport du 11 novembre 2002 du Dr P_____, département de chirurgie des HUG, concernant l'hospitalisation de l'assuré du 5 au 8 novembre 2002, pour un hyperparathyroïdisme secondaire associé à une hypercalciurie importante, faisant courir le risque d'une lithiase rénale, sur greffon rénal. Il est procédé à une ablation de 3 ½ parathyroïdes.

13. Selon le rapport médical intermédiaire du 7 mai 2007 du Dr M_____, l'état de santé est stationnaire. Aux névralgies inguinales d'origine traumatique s'est ajouté un état anxio-dépressif latent, suivi par la Dresse Q_____, psychiatre aux HUG. La capacité de travail est nulle depuis 1999 en tant que jardinier. Aucune autre activité n'a été envisagée. La reprise d'une activité est actuellement impossible en raison des douleurs invalidantes.

14. Selon le rapport du 3 août 2007 de la Dresse Q_____, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont des cervicalgies et lombalgies, avec irradiations à l'hémicorps gauche, un épisode dépressif modéré depuis 2005, un deuil non résolu. Les diagnostics sans répercussion sont un trouble érectile depuis 2000. L'incapacité de travail est de 100 % depuis 2001, l'état de santé s'aggrave. Le médecin a vu l'assuré à deux reprises, les 26 juin et 24 juillet 2007. La deuxième greffe de 1999 est faite avec le rein de sa sœur, mais sans évaluation psychiatrique alors que l'assuré n'était pas prêt à recevoir de sa sœur, ressentant de l'ambivalence et de la domination. Il souffre depuis lors de douleurs chroniques invalidantes. Suite au décès de son père en février 2005 et à des conflits familiaux qui nuisent à la résolution du deuil, un état dépressif s'installe. Les plaintes subjectives sont asthénie, tristesse, perte d'intérêt et de plaisir, trouble du sommeil, anxiété, perte d'estime de soi, tendance au repli. Objectivement, le médecin constate un aspect triste et tendu, des signes neurovégétatifs d'anxiété, de la tension musculaire, sudation, ralentissement, trouble de la concentration. Une approche psychodynamique et un traitement antidépresseur sont mis en place.

15. Selon l'avis médical du Service médical régional de l'AI (SMR) du 5 décembre 2007, le dossier est très lacunaire, ne commence qu'en avril 2004 et ne permet pas de savoir pour quel motif la rente a été octroyée, de sorte qu'il est difficile de se prononcer dans le cadre d'une révision. Actuellement, la fonction rénale est normale, mais de nombreux autres problèmes médicaux sont apparus, soit un épisode dépressif moyen, un deuil non résolu, des névralgies ilio-inguinales et ilio-hypogastriques gauches postopératoires, des cervicalgies d'origine indéterminée, une fatigabilité musculaire importante et une hyperparathyroïdie secondaire.

Sur ce, un examen bidisciplinaire est décidé le 21 août 2008.

16. Le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 octobre 2008 du SMR est signé par la Dresse R_____, ancienne médecin-chef adjointe en physiatrie (médecine physique et réadaptation) et spécialisée en médecine générale, et le Dr S_____, psychiatre. Le rapport contient une anamnèse assez détaillée, décrit le status général, ostéo-articulaire et psychiatrique, et analyse le dossier radiologique. Les médecins posent comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif avec dysbalances musculaires et insuffisance posturale (M51.3). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de

travail sont : cervico-scapulalgie gauche dans le cadre d'un léger trouble statique, status post-double greffe rénale pour insuffisance rénale en 1996 et 1999, hypertension artérielle secondaire traitée, hyperparathyroïdie opérée, névralgies inguinales gauches peropératoires, status post-ménisectomie droit en 2004, opération du pied droit en 2002, status post-fracture du bras droit et de différentes côtes en 1991, status post-hépatite A en 2002, dysthymie (F34.1). S'agissant de l'appréciation du cas, l'assuré présente des douleurs cervico-scapulaires et lombaires gauches difficiles à expliquer entièrement par des données objectives, le dossier radiologique permettant d'exclure une discopathie avancée et une hernie discale compressive. Les médecins retiennent de discrets troubles statiques, un canal lombaire étroit congénital, ainsi qu'un début de déconditionnement physique, l'inactivité et l'obésité marquée jouant un rôle négatif. Il faut donc prendre en compte le fait que l'assuré ne travaille plus depuis dix ans et qu'il a besoin d'une aide à se réadapter au rythme de travail et à se reconditionner. Objectivement, il n'y a aucune raison ostéo-articulaire justifiant une incapacité de travail continue. L'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure actuelle, ni de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, etc. En l'absence de diminution importante de l'intérêt et du plaisir (l'assuré entreprenant des voyages et rencontrant ses amis), en l'absence de diminution de la concentration ou de l'attention (l'assuré lit le quotidien pendant environ une heure tous les jours), en l'absence d'idées de culpabilité ou de dévalorisation (il affirme sa position envers sa mère et sa sœur, malgré des regrets quant à la dégradation de leurs relations), en l'absence d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir (il se projette positivement dans l'avenir en espérant améliorer ses problèmes relationnels avec son épouse et aimerait commencer un travail dans le bénévolat), en l'absence d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires et de diminution de l'appétit, les médecins ne retiennent pas de diagnostic d'un épisode dépressif actuellement. L'assuré indique lui-même un épisode d'une durée d'une année environ. Sur le plan ostéo-articulaire, les limitations sont la position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, ainsi que des mouvements extrêmes de la tête, le port de charges limitées à quinze kilos occasionnellement. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, mis à part le besoin de l'assuré d'une réinsertion progressive, idéalement dans une activité mettant en valeur ses compétences professionnelles. Les médecins rappellent que l'assuré bénéficie d'une rente à 50 % depuis le 29 août 1996 et à 100 % depuis le 1^{er} avril 1997. Après la deuxième greffe rénale en mai 1999, l'évolution est favorable et une reprise professionnelle théoriquement possible. Les plaintes douloureuses ostéo-articulaires ne correspondent pas à une atteinte objective handicapante et ne justifient pas d'incapacité de travail de longue durée. Vu la bonne évolution de la greffe rénale avec absence d'insuffisance rénale significative, le peu de lésions objectives ostéo-articulaires ne justifie plus une rente, même pas partielle. Un reconditionnement global bien accompagné pour retrouver le chemin du monde du travail devrait

permettre à cet assuré de travailler à 100 % d'ici six à douze mois. Le rapport conclut par une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, après reconditionnement, dès le 1^{er} juin 2006.

17. Selon l'avis du SMR du 27 octobre 2008, le rapport précité est probant, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions.

Suite à un entretien entre l'assuré et l'OAI le 6 avril 2009, un stage est envisagé durant le mois d'août 2009. L'assuré sollicite le 29 mai 2009 des renseignements sur la teneur de l'activité proposée, afin qu'il puisse demander un préavis à son médecin traitant. L'OAI répond le 1^{er} juin 2009 que le stage d'observation respectera les limitations fonctionnelles retenues par l'examen médical effectué par le SMR, lequel permet d'admettre que les lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif avec dysbalance musculaire et insuffisance posturale avaient une répercussion sur la capacité de travail mais permettaient l'exercice d'une activité adaptée à 100 %.

Par pli du 23 juin 2009, l'assuré précise que le SMR n'a pas tenu compte de toutes les douleurs chroniques subies, en particulier celles persistantes dans le bas-ventre, liées aux différentes interventions et greffes, un suivi psychiatrique étant nécessaire pour affronter la situation de douleurs persistantes depuis neuf ans déjà. Il s'est plaint, le 20 août 2009, d'avoir réservé son mois d'août pour un stage, au détriment des vacances familiales, stage qui a été annulé à défaut d'envoi de la convocation par l'OAI.

18. Le début des stages a été fixé au 12 octobre 2009, mais le Dr T_____, spécialiste en urologie, a attesté, le 22 septembre 2009, que son patient ne pouvait pas effectuer de travaux physiques durant les mois d'octobre et novembre 2009. L'assuré a précisé qu'il avait subi une intervention chirurgicale en raison des douleurs post-opératoires de la greffe rénale.
19. Selon le rapport du centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) du 16 décembre 2009, les capacités de l'assuré sont compatibles avec des activités légères (montage et réparation de petits équipements, travaux légers à l'établi, vente d'accessoires auto-moto), permettant une certaine mobilité sur la place de travail. Le stage effectué du 19 octobre au 15 novembre 2009 a mis en évidence une fatigabilité et un manque de résistance compatibles, selon le médecin conseil, avec les suites difficiles des greffes, du traitement lourd et des douleurs multiples évoquées par l'assuré. Compte tenu du déconditionnement constaté durant le stage, la capacité de travail actuelle est de l'ordre de 50 %, une période plus longue d'adaptation et de réentraînement permettrait à la fois de déterminer la capacité de travail sur le long terme et de vérifier également les capacités d'adaptation en qualité d'employé et non de patron d'entreprise, comme il l'a été. L'assuré dit être d'accord avec les résultats de l'observation et avec l'analyse qui en

est faite. Il a constaté ne pas avoir la capacité de travailler à 100 % et souhaite avoir une rente à 50 % et choisir seul ce qu'il veut faire.

20. Selon l'avis médical du 12 février 2010 de la Dresse U_____ du SMR, le réentraînement prévu n'a pas été mis en place, l'assuré n'étant pas preneur. Sur la base du rapport médical détaillé du SMR, la Dresse U_____ relève qu'habituellement, après une greffe rénale, la majorité, voire la totalité des patients retrouve sa capacité de travail antérieure dans toute activité. Ce n'est donc que pour des raisons qui sont apparues plus tard, à savoir des lombalgies, que l'assuré n'a qu'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de paysagiste indépendant. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière dès le 1^{er} juin 2006, et le SMR ne peut pas suivre les conclusions du rapport du COPAI du 16 décembre 2009, la capacité de travail limitée à 50 % est certainement liée au déconditionnement de l'assuré, qui n'a pas travaillé depuis plus de dix ans.
21. Selon le rapport de réadaptation professionnelle final du 30 juin 2010, l'assuré est en mesure de travailler à 100 %, sans que des mesures professionnelles ne soient justifiées, ni souhaitées par lui. En tenant compte de la pleine exigibilité dans une activité adaptée et légère, le degré d'invalidité est au maximum de 34,6 %. Le calcul du taux d'invalidité est fondé, s'agissant du revenu avec invalidité, sur l'ESS 2008, TA1, homme, total, niveau 4, 41,7 heures de travail, réévalué à 2009, soit 61'388 fr. et un revenu sans invalidité fondé sur le domaine d'activité 10 (paysagiste), niveau 2, au vu de l'activité indépendante exercée, soit pour 41,7 heures, réactualisé à 2009, 79'845 fr.
22. Par projet de décision du 9 juillet 2010, l'OAI envisage de supprimer la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Le projet est fondé sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, qui conclut à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2009, et à l'avis du médecin-conseil du SMR qui conclut à cette capacité de travail entière dès le 1^{er} juin 2006.
23. Par pli du 8 septembre 2010, l'assuré a contesté, par l'intermédiaire de son avocat, le projet de décision, faisant valoir que les importantes douleurs abdominales n'ont pas été prises en considération, que les circonstances sont demeurées inchangées entre l'octroi de la rente et la révision entreprise, de sorte que la suppression n'est pas justifiée, la nouvelle appréciation du cas étant irrecevable.
24. Par décision du 30 septembre 2010, l'OAI a confirmé son projet et supprimé la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré. La décision reprend la motivation du projet et ne répond pas aux objections de l'assuré.
25. Par acte du 4 novembre 2010, l'assuré forme recours contre la décision. Il conclut, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, à l'audition des Drs

N_____ et M_____ et à une expertise judiciaire, et principalement à l'annulation de la décision et à la confirmation de la rente entière d'invalidité, avec suite de dépens. Il fait valoir que les importantes douleurs subies à partir de la greffe de rein de 1999 n'ont jamais disparu et qu'elles sont corroborées par les rapports médicaux des Drs M_____ et N_____, faisant état d'une névralgie inguinale d'origine traumatique peropératoire entraînant d'importantes douleurs. Le recourant souffre également de douleurs cervicales, attestées par le Dr M_____. Ses médecins traitants attestent que ces diverses douleurs nécessitent la prise quotidienne d'antalgiques. Le recourant affirme que l'OAI a pris en considération l'évolution de son état de santé entre le dépôt de sa demande en 1998 et la décision, y compris les améliorations survenues suite à la deuxième greffe rénale, en lui octroyant une rente entière. Ainsi, les douleurs invalidantes subies par le recourant ont été prises en considération dans l'octroi, de sorte que les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées. Il conteste également les conclusions du rapport bidisciplinaire du SMR, qui se contente de constater des douleurs mais admet une pleine capacité de travail, à défaut d'objectivation de ces douleurs. Il en découle que la conclusion d'une capacité de travail à 50 % dans l'activité de paysagiste est en totale contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues, dès lors qu'un paysagiste peut difficilement élaguer un arbre, assis sur une chaise, n'utilisant que sporadiquement un sécateur de moins de quinze kilos et s'interdisant toute rotation-flexion du tronc, ainsi que toute position en porte-à-faux. Le recourant relève que le rapport d'observation n'a pas été pris en compte par l'Office AI dans sa décision, en particulier le faible rendement, compatible avec les suites de ses greffes, ainsi qu'une faible adaptabilité. Par ailleurs, le recourant conteste les revenus avec et sans invalidité pris en compte par l'OAI et estime qu'un abattement de 25 % se justifie. Le recourant ajoute que ce sont bien les douleurs invalidantes consécutives à son opération qui ont justifié l'octroi d'une rente AI entière dès 1997 et que ces douleurs n'ont toujours pas disparu. De plus, en 2000, lors de la décision initiale, les douleurs ressenties par le recourant n'avaient pas non plus été objectivées. Dès lors que ces douleurs sont unanimement constatées et reconnues, même par le SMR, la rente doit être maintenue. En résumé, la situation n'a pas changé et les circonstances ayant justifié l'octroi de la rente d'invalidité en 2000 sont demeurées les mêmes, ce qui justifie d'annuler la décision de suppression. Si par impossible le Tribunal considérait qu'une modification notable de la situation était survenue, la suppression de la rente n'en serait pas mieux justifiée.

26. Par pli du 23 novembre 2010, l'OAI conclut au refus du rétablissement de l'effet suspensif, eu égard aux faibles chances de succès du recours. L'intimé ajoute, sur le fond, qu'une greffe du rein couronnée de succès permet à première vue d'améliorer notablement l'état de santé d'une personne et ce ne sont pas les douleurs ostéo-articulaires, non objectivables, qui motivaient le versement d'une rente précédemment. Ces douleurs n'empêchaient pas l'exercice d'une activité sédentaire

et adaptée. Si tel avait été le cas, la suppression de la rente serait alors justifiée par le biais d'une reconsidération, la décision initiale étant manifestement erronée dans la mesure où l'instruction du dossier a été largement lacunaire et sommaire et dans la mesure où l'OAI n'a à aucun moment procédé à une enquête pour indépendant. Enfin, il n'y a pas de trace au dossier d'indications sur la méthode employée pour évaluer le degré d'invalidité ni d'ailleurs de moindre calcul du degré d'invalidité. Ainsi, ce dernier, mentionné dans le prononcé du 11 octobre 1999, est uniquement médico-théorique et partant contraire à la loi.

27. Cet avis est transmis le 25 novembre 2010 au recourant, avec un délai au 7 décembre 2010 pour consulter les pièces et se déterminer, la cause étant gardée à juger sur effet suspensif au 8 décembre 2010. A la demande expresse du conseil du recourant, le délai est prolongé au 20 décembre 2010.
28. Par pli du 20 décembre 2010, l'assuré fait valoir qu'il ne dispose d'aucun autre revenu que sa rente d'invalidité, et du soutien de son épouse dont il est séparé de sorte que l'exécution immédiate de la décision le plongerait dans une situation précaire.
29. Par arrêt incident du 23 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice depuis le 1^{er} janvier 2011) a restitué l'effet suspensif au recours, en ce sens que l'assuré a droit au versement d'une demi-rente d'invalidité depuis le jour de la suppression de la rente entière (ATAS/1331/2010).
30. Le 27 janvier 2011, le recourant produit une écriture et un bordereau de pièces complémentaires. Il s'agit d'une part d'une attestation du Dr N_____ du 17 janvier 2011, dont il ressort que la fonction du greffon rénal est satisfaisante pratiquement 12 ans après la transplantation, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie sont bien contrôlées par un traitement médicamenteux adéquat. Le médecin relève que sont apparues, en post-opératoire, des douleurs inguinales gauches irradiant vers le pubis et la base de la verge dont l'origine est post-traumatique. Ces douleurs vont persister et ne répondront ni aux antalgiques, ni aux infiltrations. Le recourant nécessite la prise chronique de dérivés morphiniques, toutefois sans réelle amélioration de la symptomatologie. Ces douleurs sont associées à des troubles érectiles ayant perturbé sa relation de couple et ont mené à une dépression réactionnelle. Elles empêchent le maintien en position assise et ont mené à un échec de reprise du travail. Des nuqualgies et des lombalgies chroniques non déficitaires empêchent également le maintien de positions prolongées assises et debout, de même que le port de charge de plus de 15 kg.

Le recourant produit d'autre part un rapport du Dr V_____, spécialisé en médecine interne, dont il ressort qu'il souffre de douleurs de l'aine gauche,

permanentes, lancinantes, et ne lui permettant pas de rester en position non mobile, soit assis, soit debout sur place, soit en flexion, de façon prolongée. Cette douleur a résisté à la plupart des médicaments. Les douleurs lombaires sont importantes et ont progressé depuis environ deux ans. Ce médecin considère que médicalement, il est exigible de proposer au recourant un travail à 40 % dans une activité adaptée.

Pour le surplus, le recourant prend position sur le courrier de l'intimé du 7 décembre 2010. Sous l'angle de la révision, il considère qu'au moment de lui octroyer une rente, l'intimé avait pris en compte tant l'évolution de l'état de santé du recourant, à savoir l'amélioration survenue suite à la seconde greffe rénale (sur le plan de la fonction rénale) que les douleurs invalidantes dont il souffrait. Son état de santé actuel est au minimum identique à celui qui prévalait lors de la prise de décision d'octroi d'une rente, si ce n'est péjoré. S'agissant de la reconsidération, le recourant considère qu'il n'y a pas d'irrégularité manifeste. D'une part, l'intimé n'apporte aucune preuve du caractère manifestement erroné de sa décision. D'autre part, une erreur qui concerne essentiellement l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé relève de l'appréciation et ne peut, partant, justifier une reconsidération d'une décision, à moins qu'elle ne repose sur une constatation déficiente des faits, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

31. Par acte du 31 janvier 2011, l'intimé saisit le Tribunal fédéral d'un recours contre l'arrêt incident du 23 décembre 2010 du Tribunal cantonal des assurances sociales.
32. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 1^{er} février 2011. Le recourant confirme avoir dit lors du stage qu'il pouvait travailler à 50 %, pour autant qu'il puisse fractionner le travail en plage de deux heures maximum. Au-delà, les douleurs ressenties sont insupportables et s'il force pour travailler plus longtemps, il en subit les conséquences durant plusieurs jours. Actuellement, il prend du TRAMAL et de la morphine. Il y a des périodes où il peut se passer de toute médication pendant une semaine. Les médicaments ont des effets sur sa concentration. L'opération qui a eu lieu en 2009 n'a pas amélioré la situation au niveau des douleurs et de l'impotence sexuelle. Le recourant déclare ne plus être suivi par un psychiatre et ne prend pas de médicament pour une affection psychiatrique.

L'intimé déclare qu'il n'y a aucune autre pièce, pas même une note au dossier outre les pièces déjà produites, qui motiverait la décision d'octroi de février 2000. L'OAI n'aurait jamais dû octroyer une rente entière illimitée dans le temps en février 2000, car il n'avait pas le recul nécessaire après l'opération de mai 1999, qui prévoyait une incapacité de travail d'une durée à déterminer. L'OAI aurait dû attendre six mois après l'opération pour connaître l'évolution de l'état de santé. Si l'OAI estime aujourd'hui qu'il y a une amélioration de l'état de santé depuis la décision de février 2000, c'est en raison du fait que celle-ci est fondée sur l'état de santé prévalant jusqu'à l'opération de mai 1999. Le SMR a mentionné les douleurs inguinales, mais

dès lors qu'elles ne reposent sur aucun substrat organique, elles n'ont pas été prises en compte comme étant invalidantes. S'agissant des douleurs lombaires, elles ont été prises en compte par le SMR. Il n'était pas possible, pour le surplus, de constater lors de l'ouverture de la procédure de révision, en 2004 avant d'avoir terminé toute l'instruction, que la décision de février 2000 était manifestement erronée.

Pour le surplus, le conseil du recourant relève une contradiction dans l'écriture de l'OAI du 23 novembre 2010 qui estime que les douleurs ostéoarticulaires ne sont pas objectivables. Selon l'intimé, cette phrase fait référence aux douleurs inguinales surtout.

À l'issue de l'audience, la Cour a ordonné l'audition du Dr N_____.

33. Lors de l'audience d'enquêtes du 1^{er} mars 2011, le Dr. N_____ a relevé que lors de la greffe de 1999, il était le médecin adjoint du Prof. L_____ et a donc connu l'assuré. La greffe a été un succès, en ce sens que l'insuffisance rénale qui exigeait une dialyse a été traitée par ce greffon. La fonction rénale est donc rétablie. Selon les notes du Prof. L_____, les douleurs inguinales sont apparues immédiatement après la greffe de 1999. Il faut pratiquer une grosse incision pour la greffe, ce qui touche beaucoup de terminaisons nerveuses. Ces douleurs inguinales sont rares après une greffe, mais sont connues comme étant une conséquence possible. Le témoin a vu le patient aux soins intensifs, avec le Prof. L_____, juste après l'opération et il était évident que la douleur était intense au niveau de l'incision. Il n'a pas vérifié si l'intensité de la douleur a été mesurée sur une échelle de 1 à 10 par les infirmiers à l'époque. La douleur postopératoire va en principe en diminuant, puis disparaît. Tel n'a pas été le cas chez l'assuré. La persistance de la douleur est inhabituelle, mais elle a été objectivée par plusieurs médecins dans le cas de l'assuré. Des séances de physiothérapie ont été tentées, en vain. Le recourant a été réadressé aux chirurgiens (Dr OBERHOLZER, sous la supervision du Prof. W_____), qui ont tenté une infiltration, en décembre 1999, mais sans succès. En juin 2000, le Prof. W_____ a examiné et exclu l'hypothèse d'une hernie cicatricielle. La consultation rhumatologique de décembre 2000 a constaté des troubles ostéo-articulaires, qui n'expliquaient toutefois pas la douleur abdominale. Le Dr A_____, chirurgien et urologue, a également vu le patient en juillet 2001 et relevé les douleurs inguinales gauches, associées à des difficultés érectiles. Le patient a été vu par des neurologues en mars 2002 et en 2003, qui ont également constaté les douleurs, désignées par névralgies postopératoires. Durant toute cette période, plusieurs traitements médicamenteux ont été tentés, agissant soit sur les nerfs, soit à base de dérivés d'opiacés, mais sans succès, les plaintes du patient restant constantes. Désarçonné par la situation, le témoin a adressé son patient au Dr B_____, anesthésiste, en 2004, qui n'a malheureusement pas trouvé de traitement efficace contre la douleur. Le patient a encore été adressé à la Consultation multidisciplinaire de la douleur des HUG en 2008. Mis à part une adaptation du traitement médicamenteux, pour lequel le médecin est limité en

raison de la greffe, rien n'a pu limiter les douleurs du patient. Il est certain que la persistance de la douleur et les dégâts collatéraux, en particulier lorsqu'ils sont liés à l'érection, peuvent avoir une influence sur la douleur. Toutefois, celle-ci est objectivement existante, et ce depuis l'opération de 1999. Le patient a été opéré par le Dr T_____, en août 2009 (cure d'hydrocèle), mais l'intervention n'a pas non plus amélioré le tableau douloureux. Selon les médicaments administrés, les effets secondaires affectent la mémoire, la concentration et l'état de vigilance (dérivés d'opiacés), avec des effets de fatigue (médicaments agissant sur les nerfs). Les effets secondaires des médicaments visant le maintien de la greffe sont multiples : il y a notamment de la fatigue, mais pas dans tous les cas, et l'exacerbation de la douleur neurologique dans d'autres cas. La douleur est incapacitante en tant que telle. S'agissant d'une douleur neurologique, elle est constante et n'est pas véritablement influencée par la position. Le but d'une greffe est de « remettre sur pied » le patient. Dans ce cas-ci, bien que la fonction rénale soit rétablie, le but de la greffe n'a pas été atteint, car le patient n'a pas recouvré une capacité de travail totale. Les patients qui subissent une greffe ne sont pas brusquement malades, puis instantanément guéris par la greffe. Il s'agit de personnes handicapées depuis longtemps par une insuffisance rénale, de sorte que leur capacité de récupération est abaissée et que, malgré la greffe, les séquelles de la maladie subsistent. Il n'y a pas le 100 % des personnes greffées qui parvient à retrouver une capacité de travail complète. Le cas de l'assuré est encore compliqué du fait qu'il s'agissait d'une deuxième greffe, la première de 1996 n'ayant tenu que deux ans, avec reprise d'une dialyse en 1998. Cette évolution implique une fatigue plus importante et une difficulté de récupération. Ce type de douleur peut donc être totalement invalidant selon le Dr N_____. Bien qu'il puisse être difficile d'admettre que ce type de douleur implique une incapacité totale de travail, il faut tenir compte de l'ensemble de la situation décrite. Dans certains cas, la situation est claire et permet de retenir précisément une capacité partielle ou totale. Dans les cas de ce type, c'est plus difficile. Il ajoute enfin que le Dr M_____ (pièces 22 et 25 recourant) était l'adjoint du Prof. L_____, spécialement chargé du suivi des greffe et confirme les diagnostics et l'incapacité de travail totale mentionnée dans ces deux pièces. Ses collègues et lui ont tenté tout ce qui est en leur pouvoir et en l'état, il n'a rien d'autre à proposer à l'assuré pour améliorer ses douleurs.

Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue le même jour, les parties n'ont pas sollicité d'autres mesures d'instruction ni délai pour s'exprimer par écrit, de sorte que la cause a été gardée à juger. La représentante de l'OAI a ajouté que le témoignage du Dr N_____ n'apporte rien de nouveau, les douleurs n'étant pas contestées.

34. Par arrêt du 12 mai 2011, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'OAI et annulé l'arrêt incident du Tribunal cantonal des assurances sociales du 23 décembre 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. En l'espèce, la décision litigieuse du 30 septembre 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008, de sorte que, d'un point de vue matériel, la suppression de la rente (dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision) doit être examinée au regard de ces dispositions, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). Toutefois, l'examen des conditions d'octroi de la rente lors de la décision initiale de 2000 doivent être examinées à la lumière des dispositions en vigueur à l'époque.

3. La recevabilité du recours a déjà été admise par arrêt incident du 23 décembre 2010.
4. Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ou d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA sont réalisées.
5. Il s'agit donc, en premier lieu, d'examiner s'il y a un motif de révision comme le soutient l'intimé.

-
6. a) A teneur de l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Il convient de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA 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).

b) Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108, consid. 5 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

c) 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 (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5). En revanche, 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 372, consid. 2b et ATF 112 V 390, consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevison in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

7. a) En l'espèce, au mois de juin 1999, le Prof. L. _____ relevait que l'état de santé du recourant s'améliorait et que les suites chirurgicales de la greffe étaient

sans complication, hormis les douleurs inguinales apparues immédiatement après la greffe et déjà évoquées dans le rapport d'hospitalisation du 10 juin 1999, lequel relevait alors que le patient souffrait de douleurs en fosse iliaque gauche. Par ailleurs, le Dr N_____ a confirmé, lors de son audition par la Cour, que l'état de santé du recourant depuis la dernière greffe du mois de mai 1999, soit antérieurement à la décision initiale, ne s'est pas amélioré. Il découle de ce qui précède que les constatations médicales des Drs L_____ et N_____ ne font état d'aucune amélioration de l'état de santé du recourant postérieurement au prononcé de la décision du 11 février 2000, étant précisé que l'incapacité de travail attestée par les médecins-traitants ne se rapporte pas à la greffe elle-même mais bien plutôt aux suites de l'intervention qui ont causé au recourant une névralgie inguinale.

Aussi, lors du prononcé de la décision du 11 février 2000, soit plus de 7 mois après l'intervention, l'intimé avait déjà connaissance des douleurs post-opératoires. Que le diagnostic de névralgie inguinale gauche ait été posé postérieurement à cette décision n'y change rien.

Partant, si on compare la situation au moment du prononcé de la décision initiale et après, à la lumière des constatations des médecins-traitants, tous spécialisés en néphrologie, il n'y a pas eu de modification notable de l'état de santé.

b) Il y a donc lieu d'examiner si le rapport d'examen du SMR du 10 octobre 2010 est probant malgré les avis contraires des spécialistes. A la lecture du rapport, on constate que le SMR n'explique ni comment ni pourquoi l'état de santé du recourant se serait amélioré depuis la décision initiale. Il procède bien plutôt à une nouvelle appréciation, en exposant que les douleurs ostéo-articulaires (alors qu'il s'agit surtout de névralgies inguinales) ne sont ni incapacitantes ni objectivables, se limitant ainsi à donner un nouvel avis sur la situation.

De plus, les conclusions du rapport sont contradictoires. En effet, les médecins du SMR relèvent qu'après la seconde greffe, l'évolution est favorable et une reprise professionnelle théoriquement possible (p. 11 du rapport). Or, ils concluent à une capacité de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, dès le 1^{er} juin 2006 (postérieurement au début de la révision), date qui semble correspondre à la fin de l'épisode dépressif entre août 2005 et juin 2006. Ainsi, ils considèrent que l'assuré pouvait théoriquement travailler après la seconde greffe, mais retiennent que l'assuré a recouvré sa capacité seulement 7 ans après l'opération.

En d'autres termes, ces médecins n'expliquent pas pourquoi la capacité de travail ne se serait pas déjà améliorée avant 2006, alors même qu'ils estiment que les suites de la greffe sont bonnes et qu'ils omettent de retenir comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail les névralgies inguinales.

c) Par conséquent, il est manifeste que l'intimé a procédé à une nouvelle appréciation du cas, ce qui n'est pas autorisé par le biais d'une révision, l'expertise du SMR ne mettant par ailleurs pas en avant une amélioration de l'état de santé du recourant, ou même un changement important de la capacité de gain du recourant, depuis le prononcé de la décision initiale, et n'ayant de plus pas la valeur probante des avis des médecins ayant suivi l'assuré à ce sujet, spécialisés dans le domaine et qui donnent un avis éclairé et motivé.

A l'instar de ce que fait valoir le recourant, il n'y avait donc pas matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA.

8. Il convient encore d'examiner si l'intimé pouvait reconsidérer sa décision.
9. a) Depuis l'entrée en vigueur de la LPGA, la reconsidération d'une décision est prévue à l'article 53 al. 2 de cette loi : «l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passée en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable». À noter que l'introduction de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence rendue en matière de reconsidération sous l'ancien droit, le législateur n'ayant fait que codifier la pratique jurisprudentielle (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.2; voir notamment KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343, consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5).

b) Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368, consid. 2 et les arrêts cités; voir aussi ATF 112 V 371, consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479, consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe

justifier une reconsidération (ATF 117 V 17, consid. 2c ; ATF 115 V 314, consid. 4a/cc).

c) Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifelloos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399, consid. 2b/bb et les références citées). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383, consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C_215/2007, consid. 3.2).

10. Dans sa teneur en vigueur en 2000, la LAI prévoyait que pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 aLAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité qui ne peut pas, en principe, être ensuite arrondi (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 104 V 136, consid. 2a et 2b; cf. aussi ATF 114 V 313, consid. 3a et ATF 127

V 129). Sont déterminants les rapports existant au moment du début du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174).

11. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les rapports du Dr L. _____ du 17 avril 1998 (incapacité de 50 % dès le 29 janvier 1998) et du 14 juin 1999 (incapacité totale dès le 26 mai 1999) lors du prononcé de la décision initiale. Toutefois, il ne ressort pas du dossier que l'intimé ait, d'une part, examiné si une autre activité était exigible et, d'autre part, procédé à une comparaison des revenus.

b) Au vu du dossier, la Cour de céans constate, en premier lieu, que les dates des divers taux d'invalidité retenus dans la décision initiale (60 % dès le 29 août 1996 et 100 % dès le 1^{er} avril 1997) sont sans relation compréhensible avec les périodes d'incapacité de travail. En effet, il ressort de l'entretien que le recourant a eu au mois de juillet 1999 avec le service de réadaptation, les périodes d'incapacité suivantes:

- de juillet 1995 à juillet 1996, sa capacité était de 50 % (dialyses);
- de juillet 1996 à octobre 1996, sa capacité était nulle (première greffe);
- de octobre 1996 à janvier 1998, sa capacité semble avoir été entière, hormis quelques périodes;
- de janvier 1998 à avril 1998 sa capacité était de 50 % (reprise des dialyses);
- d'avril 1998 à juillet 1998, sa capacité était nulle;
- de juillet 1998 à mai 1999, sa capacité était de 50 %;
- dès mai 1999, sa capacité est nulle (nouvelle greffe).

Aussi, il apparaît que l'intimé, à l'époque, a non seulement fondé les différentes périodes d'incapacité sur les seuls dires du recourant, sans s'appuyer sur des avis médicaux et/ou sur une enquête, mais a également retenu une invalidité totale dès avril 1997, alors même que l'assuré a déclaré avoir travaillé à temps complet entre octobre 1996 et janvier 1998.

En second lieu, ces périodes d'incapacité sont sans rapport avec la perte de gain de l'assuré dont le calcul demeure incompréhensible. Il suffit de se référer au rapport de réadaptation du 30 juillet 2009 pour constater que les données qui y sont mentionnées sont parfois erronées. En effet, pour l'année 1996, l'intimé a retenu un salaire de 47'977 fr., alors que ce montant semble correspondre au poste "achats de marchandises" selon le compte de pertes et profits pour l'exercice 1996. Qui plus est, cette-année là, le recourant a réalisé un bénéfice de 17'988 fr., alors même que

sa capacité semblait fortement restreinte. Enfin, on ignore quels étaient les revenus du recourant, en particulier si ceux-ci étaient compris dans le poste "salaires" du compte de pertes et profits, ou si son salaire correspondait aux bénéfices de son entreprise, ou encore à l'addition des deux.

Enfin, il ne ressort pas du dossier que l'intimé ait examiné s'il pouvait être exigé de l'assuré qu'il exerce une activité adaptée à ses atteintes à la santé.

c) Par conséquent, il est manifeste que l'intimé n'a pas procédé aux étapes indispensables lors de la détermination de l'invalidité, car il n'a pas examiné s'il pouvait être exigé de l'assuré qu'il exerce une activité adaptée, il n'a procédé à aucune comparaison des revenus, ni même appliqué une méthode de comparaison des revenus, ce en violation des dispositions légales en vigueur à l'époque. Cette irrégularité est manifeste. Contrairement à ce qu'allègue le recourant dans son écriture du 27 janvier 2011 (point 44), il ne s'agit pas d'une simple appréciation de la situation à l'époque, l'évaluation des revenus et l'application d'une méthode étant des règles de droit (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 6). C'est seulement si l'intimé avait établi et retenu que l'état de santé de l'assuré empêchait complètement toute activité professionnelle que l'octroi de la rente entière était alors justifié sans autre examen, ce qui excluait une reconsidération, car il s'agirait alors effectivement d'une nouvelle appréciation, prohibée.

Par conséquent, il y a lieu d'admettre que les conditions d'une reconsidération sont réalisées.

12. Il convient encore de déterminer s'il est possible d'établir le taux d'invalidité du recourant au moment où la décision du 11 février 2000 a été rendue.
13. a) 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 126 V 360, consid. 5b ; ATF 125 V 195, consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324, consid. 3.2 et 3.3). 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 322, consid. 5a).
- b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une

importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158, consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

c) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

d) 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).

e) L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351, consid. 3a ; ATF 122 V 160, consid. 1c et les références).

f) 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 LPG), 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 convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351, consid. 3).

g) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a ; ATF 122 V 160, consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

14. a) En l'espèce, le Dr N_____, médecin spécialiste qui suit le recourant, considère que la capacité de travail est nulle dans toute activité, en raison des névralgies inguinales. Lors du prononcé de la décision de 2000, le médecin spécialiste d'alors, le Dr L_____, ne s'était jamais déterminé sur les limitations fonctionnelles du recourant ni sur le taux d'exigibilité dans une activité adaptée. Dans son rapport du 7 mai 2007, le Dr M_____ a confirmé l'incapacité dans toute activité et relevé que les limitations fonctionnelles sont des douleurs chroniques du membre inférieur gauche et du rachis et une irradiation dans le pénis. Certes, le témoignage du Dr N_____ est convaincant s'agissant de l'objectivation des plaintes du patient concernant les douleurs inguinales, des difficultés à soulager cette douleur malgré des traitements lourds et les

conséquences de celles-ci sur la capacité de travail de l'assuré, sans compter les autres effets de la greffe (fatigue notamment). La Cour constate toutefois que ces médecins ne motivent pas suffisamment les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer une activité adaptée, à temps partiel, cas échéant avec diminution de rendement, qui serait supportable malgré les douleurs dues à la névralgie, dès lors qu'ils se limitent à dire qu'aucune activité n'est envisageable. Seul le Dr V _____ considère que l'assuré pourrait travailler dans une activité adaptée à 50 %, avis qui correspond d'ailleurs aux constatations du COPAI du 16 décembre 2009 et à celui de l'assuré lui-même.

Sur cette base, il n'est pas possible d'établir avec une certitude suffisante la capacité de travail résiduelle, préalable nécessaire à la comparaison des revenus.

b) S'agissant du rapport d'expertise du SMR, il ne permet pas non plus de trancher la question de l'exigibilité de la capacité de travail au moment de la décision litigieuse. En effet, les médecins du SMR ont retenu que le recourant conservait une capacité de travail exigible dès le 1^{er} juin 2006. Comme la Cour de céans l'a déjà relevé, on ignore toutefois comment les médecins du SMR sont parvenus à cette conclusion. De plus, cela signifierait qu'avant juin 2006, aucune capacité de travail ne serait exigible, soit déjà au moment du prononcé de la décision, rejoignant ainsi l'avis des médecins-traitants s'agissant de l'incapacité totale de travail dans l'activité de paysagiste, du moins jusqu'en 2006.

En outre, les médecins du SMR considèrent que les plaintes douloureuses ostéo-articulaires ne correspondent pas à une atteinte objective invalidante et ne justifient pas d'incapacité de longue durée. Or, les névralgies inguinales sont des atteintes du système nerveux, et non ostéo-articulaires. Aussi, sur la base d'un constat et d'un examen médical erroné, on ne saurait conférer à cet avis une valeur probante, ce d'autant moins que les douleurs inguinales constituent l'atteinte principale à la santé.

Enfin, contrairement à ce qu'affirment les médecins du SMR, les douleurs inguinales, si elles sont rares, sont toutefois connues comme étant une conséquence possible d'une greffe du rein, comme l'a relevé le Dr N _____. De plus, cette atteinte a été objectivée par plusieurs médecins. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce constat qui a été émis par un spécialiste en la matière, ce qui n'est pas le cas des médecins du SMR. En effet, l'expertise bi-disciplinaire du SMR a été effectuée par une interniste, spécialisée en physiatrie, et par un psychiatre. Or, au vu des atteintes présentées par le recourant (névralgies inguinales suite à une greffe du rein, lombalgies et cervicalgies, troubles psychiques), il aurait été nécessaire que celui-ci soit examiné par des spécialistes de ces atteintes, soit en tout cas un néphrologue, un neurologue et un rhumatologue. A l'exception de l'examen psychiatrique, tel n'a pas été le cas.

c) Au vu de ce qui précède, les divers avis médicaux susmentionnés permettent de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne disposait en tout cas pas d'une pleine capacité de travail dans son activité ou dans une activité adaptée, ni lors de la décision du 11 février 2000, ni lors de celle du 30 septembre 2010. C'est pour ce motif que le maintien du versement d'une demi-rente avait été accordé par arrêt incident. Toutefois, ces mêmes avis médicaux ne permettent pas d'établir quelle était précisément la capacité de travail du recourant avant et après la seconde greffe, dans son activité habituelle, ni d'établir s'il pouvait être raisonnablement exigé de lui qu'il exerce une activité adaptée à ses atteintes, et dans ce cas laquelle, permettant de procéder à une comparaison des revenus conforme à la loi et, ainsi, d'établir un degré d'invalidité. Il est manifeste que le dossier doit être complété par une instruction, en particulier une expertise médicale, ainsi qu'un examen par le service de la réadaptation de l'activité cas échéant exigible.

15. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).
16. En l'espèce, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, dès lors que l'OAI n'a pas correctement établi les faits. Au vu de la spécificité des atteintes présentées par le recourant, l'intimé devra mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire neutre, soit néphrologique, neurologique, rhumatologique et cas échéant psychiatrique. Outre les questions usuelles, les experts devront en particulier se déterminer sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée en se plaçant au moment du prononcé de la décision initiale de février 2000, étant toutefois précisé que l'état de santé de l'assuré ne s'étant pas notablement modifié en particulier sur le plan des douleurs inguinales, de sorte qu'au vu du temps écoulé depuis cette dernière et en raison du fait que l'assuré n'a plus travaillé depuis lors, il apparaît utile que cette capacité de travail soit évaluée par les experts, en tenant compte de l'avis pertinent du Dr N_____ et par un suivi de quelques jours, cas échéant dans le cadre d'ateliers en clinique et non seulement par des examens ponctuels. Une fois le rapport rendu, l'intimé devra procéder à une comparaison des revenus selon les

méthodes valables à l'époque, cas échéant déterminer quelle activité est adaptée si les experts estiment que celle de l'assuré ne l'est pas, et rendre ainsi une nouvelle décision conforme au droit.

17. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision querellée annulée.
18. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 30 septembre 2010.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé à une indemnité de procédure de 2'500 fr. en faveur du recourant.
6. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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