

GE_GERICHTE ATAS/1110/2010 vom 2. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1110_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1110/2010 du 2 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1110/2010 del 2 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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.

A/4105/2009 - 8/17 -

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la procédure de révision instaurée par l'OAI est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'OAI de réviser sa décision du 1er novembre 1995 octroyant au recourant une rente d'invalidité entière. Il s'agit donc de comparer la situation présidant en novembre 1995 et celle existant en octobre 2009, lors de la réduction de la dite rente. En effet, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, il ressort du dossier transmis que la rente initialement octroyée en 1992 a été supprimée en 1993 (cf. pièces 11 et 12, chargé intimé). La décision de novembre 1995 a été rendue suite à une nouvelle demande formulée par les

médecins traitants du recourant (cf. pièces 13, 15 et 18, pièce annexée au courrier chargé OAI). Il s'agit par conséquent bien de comparer la situation président en novembre 1995 à celle existant en octobre 2009.

E. 5

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

A/4105/2009 - 9/17 - b) Selon 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. 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié. 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). 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 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidé, la modification de la capacité

d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes; ne constituent en revanche

A/4105/2009 - 10/17 - pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, ch. 5005 et ss). De même, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision procédurale ni de reconsidération. c) Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) 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 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

A/4105/2009 - 11/17 - 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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). d) En ce qui concerne la preuve, 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, 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 7

avril 1995 par le Dr M_____, dont il ressort que le diagnostic posé était celui de diabète de type I compliqué d'une insuffisance rénale terminale, d'une rétinopathie sévère et d'une neuropathie autonome. Le patient était traité par dialyse péritonéale chronique ambulatoire à domicile, sur machine, et était en attente pour une greffe rein et pancréas. Le traitement impliquait en outre la prise de 8 médicaments différents. b) Lors de la procédure de révision de rente initiée en 2008, l'intimé a disposé des documents suivants: – Dans un rapport du 22 janvier 2009, la Dresse L_____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressivo-anxieux. S'y ajoutaient encore un diabète insulino-dépendant et un status post greffe du rein. A teneur de l'annexe, le recourant prenait 13 médicaments. – Selon le rapport du 6 février 2009 du Dr M_____, les diagnostics de diabète de type I avec rétinopathie et néphropathie (avec répercussion sur la capacité de travail) et de status post-lymphome prolifératif post-transplantation (sans répercussion sur la capacité de travail) pouvaient être posés – Dans un rapport du 2 mars 2009, la Dresse N_____ a diagnostiqué un diabète de type I ayant bénéficié d'une greffe de rein et d'îlots de Langerhans en 1998. c) Ainsi, en mars 2009, lorsque la décision litigieuse a été rendue, l'état de santé du recourant semblait plutôt s'être aggravé. En effet, en 1995, les diagnostics posés étaient ceux de diabète de type I compliqué d'une insuffisance rénale terminale, d'une rétinopathie sévère et d'une neuropathie autonome. En 2009, les diagnostics d'état

dépressivo-anxieux, de néphropathie, de status post-lymphome s'y étaient ajoutés. L'état de santé du recourant ne s'est donc pas amélioré entre 1995 et mars 2009. Toutefois, l'intimé ne disposait d'aucune donnée médicale récente lorsqu'il a rendu la décision attaquée en octobre 2009. Cela étant, dans ses écritures par-devant l'intimé, le recourant n'a jamais invoqué une aggravation de son état de santé entre mars et octobre 2009 de sorte qu'il doit être considéré que celui-ci était resté stable. Ainsi, l'intimé ne pouvait retenir une amélioration de l'état de santé du recourant pour justifier la révision.

E. 8

Dans un deuxième temps, il sied de déterminer si la capacité de gain du recourant s'est améliorée.

A/4105/2009 - 13/17 - a) Lors de la décision initiale, en 1995, le recourant était incapable de travailler. Cela est notamment corroboré par l'extrait du compte individuel dont il ressort qu'aucun revenu n'a été déclaré en 1995. b) En 2009, l'OAI disposait des documents suivants s'agissant de la capacité de travail : – Selon l'extrait du compte individuel de l'assuré daté du 12 janvier 2009, les salaires annuels suivants avaient été déclarés depuis 1994 : 100'078 fr. en 1994, 16'753 fr. en 1996, 42'792 fr. en 2001, 47'632 fr. en 2003, 48'848 fr. en 2004, 59'728 fr. en 2004, 52'656 fr. en 2005, 52'936 en 2006 et 64'386 fr. en 2007. – A teneur des décomptes de salaires des mois de janvier, février mars et mai 2009, le recourant réalisait un revenu brut de 4'180 fr., 5'492 fr., 5'072 fr. respectivement 1'386 fr. – Dans un rapport du 22 janvier 2009, la Dresse L_____ a indiqué que, du point de vue psychique, l'assuré était capable de travailler à 50% si le travail était effectué à domicile, avec une diminution de rendement de 50%. Si l'activité était exercée en milieu professionnel, la diminution de rendement s'élevait à 100%. – Selon le rapport du 6 février 2009 du Dr M_____, l'assuré était surtout handicapé par une mauvaise vision de sorte qu'il lui était impossible de poursuivre son activité de sertisseur. Cela étant, il lui était possible de travailler une heure par jour à son domicile dans une activité adaptée aux nombreuses limitations valables depuis 1998. – Dans un rapport du 2 mars 2009, la Dresse N_____ a indiqué qu'il n'existait aucune limitation physique en rapport avec le diabète de sorte que la capacité de travail était entière. c) Ainsi, lors de la décision du 11 novembre 1995, le recourant était totalement incapable de travailler, ce qui est confirmé par l'absence de revenu déclaré. Il est en outre évident que la capacité de gain du recourant s'est améliorée entre 2001 et le premier trimestre de l'année 2009. Au début de l'année 2009, les médecins traitants ont considéré que la capacité de travail du recourant oscillait entre 100% (rapport de la Dresse N_____, qui ne s'est toutefois prononcée que sur la capacité de travail en lien avec le diabète) et 13 % (rapport du Dr M_____ du 6 février 2009, qui parle d'une heure par jour, soit 5 heures par semaine). Quant au recourant, il a admis travailler à raison de 9 heures par semaine, ce qui correspond à un taux d'activité de 22,5%.

A/4105/2009 - 14/17 - Enfin, concrètement, si l'on retient que le recourant a perçu un salaire mensuel moyen de 4'914 fr. 65 les trois premiers mois de l'année 2009 ([4'180 fr. + 5'492 fr. + 5'072 fr.] / 3), il peut être considéré qu'il a travaillé, en moyenne, 24 heures par semaine ([4'914 fr. 65 / 46 fr. 75] / 4.33, le montant de 46 fr. 75 correspondant au taux horaire en 2009, voir ci-après), ce qui équivaut à un taux d'activité de 60%. S'agissant du taux horaire applicable en 2009, il s'obtient de la manière suivante : en prenant en considération le salaire annoncé par l'employeur en 1995, soit 6'922 fr. par mois, pour 40 heures hebdomadaires, le taux horaire était alors de 40 fr. (6'922 fr. / 4.33 / 40 heures). Indexé selon l'indice des salaires nominaux, il se serait élevé à 46 fr. 75 en 2009. A noter

que ces estimations se fondent sur de simples calculs mathématiques et ne correspondent pas forcément au taux horaire réel appliqué, qui aurait dû être déterminé par l'intimé au cours de la procédure de révision. Toutefois, toutes les pièces produites sont datées du premier trimestre de l'année 2009 et les estimations précitées ne concernent par conséquent que le début de l'année 2009. Or, la décision litigieuse a été rendue près de six mois après et des modifications sont intervenues entretemps, avec la réduction voire l'arrêt de l'activité lucrative. La comparaison des revenus devant être effectuée en tenant compte de la situation existant au jour de la décision initiale et de celle présidant au jour de la décision querellée, l'intimé aurait non seulement dû se fonder sur les salaires perçus en 2008 mais également sur ceux touchés postérieurement au 31 mars 2009. Il n'est ainsi pas possible de déterminer le revenu d'invalidé du recourant en octobre 2009, lorsque la décision querellée a été rendue, dès lors que ces chiffres font défaut. Enfin, en cas de résiliation du contrat de travail, l'intimé aurait encore dû déterminer si une activité adaptée était raisonnablement exigible du recourant compte tenu des nombreuses limitations retenues par les médecins, qu'il n'a du reste jamais remises en question.

E. 9

Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : 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 la 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

A/4105/2009 - 15/17 - 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). En l'espèce, compte tenu de la constatation sommaire des faits, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, afin de déterminer le salaire perçu en 2008 et au-delà du 31 mars 2009, les raisons de la réduction voire de l'arrêt de l'activité lucrative, en sollicitant les informations nécessaires auprès de l'employeur du recourant. Une fois cette instruction complémentaire effectuée, l'intimé devra encore, le cas échéant, déterminer le type d'activité adaptée qui pourrait être exigée du recourant. En effet, même si le recourant a perçu un revenu pendant près de 10 ans - sans en informer le service compétent - tout en étant au bénéfice d'une rente d'invalidité entière, l'intimé ne peut réduire ses prestations pour le futur sans avoir au préalable déterminé si les conditions pour ce faire sont réunies au jour de la décision en question. Or, en l'état, le Tribunal de céans considère que lesdites conditions n'ont pas été investiguées à satisfaction de droit.

E. 10

Dans ses observations du 15 décembre 2009, l'intimé invoque également les principes de la reconsidération pour justifier la réduction de la rente. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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 125 V 383 consid. 3 p. 389 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 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, 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 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 remplies (arrêts

A/4105/2009 - 16/17 - 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). b) Dans le cas d'espèce, contrairement à ce qu'affirme l'intimé, la décision du 1er novembre 1995 n'a pas été rendue dans le cadre d'une procédure de révision. Il s'agissait au contraire d'une nouvelle demande, le recourant n'étant plus au bénéfice d'une rente d'invalidité dès lors que l'intimé l'avait supprimée avec effet au 31 mars 1993. Or, il ressort de l'extrait du compte individuel de l'assuré que celui-ci n'a déclaré aucun revenu en 1995. Ainsi, lors de la décision du 1er novembre 1995, le recourant n'exerçait vraisemblablement aucune activité lucrative depuis le début de l'année de sorte que la décision n'était pas erronée. Partant, aucun motif de reconsidération de la décision du 1er novembre 1995 n'est réalisé.

E. 11

Eu égard à ce qui précède, le recours du 3 mai 2010 sera admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il statue dans le sens des présents considérants. Vu l'issue du litige, le Tribunal de céans n'ordonnera pas de comparution personnelle des parties.

E. 12

La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/4105/2009 - 17/17 -