

GE_GERICHTE A/3353/2009 vom 18. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3353_2009

FR: GE_GERICHTE A/3353/2009 du 18 août 2010

IT: GE_GERICHTE A/3353/2009 del 18 agosto 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.08.2010
A/3353/2009

A/3353/2009 ATAS/837/2010 du 18.08.2010 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3353/2009
ATAS/837/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 4 du 18 août 2010 En la cause Monsieur R_____, domicilié c/o M.
R_____, à BELLEVUE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Giovanni CURCIO recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU
CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
R_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1959, de nationalité portugaise, vit
en Suisse depuis 1984. Il a exercé diverses activités dans l'hôtellerie pendant deux ans, puis
a travaillé comme aide-jardinier et horticulteur jusqu'en 1990. Après quoi, l'assuré a
travaillé dans le bâtiment. En raison de problèmes dorsaux, l'assuré a déposé une demande
de prestations de l'assurance-invalidité en date du 28 juin 1993. Dans un rapport du 9 juillet
1993, le Dr A_____ a diagnostiqué un syndrome vertébral lombaire sur hernie discale
L5-S1 paramédiane gauche, en présence de troubles statiques et dégénératifs relativement
importants pour l'âge du patient, une gastrite chronique connue, une polyinsertionite et une
tendance dépressive. L'incapacité de travail était de 100% dès le 4 mars 1993 comme
aide-maçon et l'état de santé allait en s'aggravant. Des mesures professionnelles étaient
indiquées, dans une activité plus légère, sans levers ou ports de charge. Mandaté par
l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI), le Dr B_____ a expertisé
l'assuré. Dans son rapport du 25 novembre 1993, l'expert a conclu qu'en raison des
lombalgies en relation avec des troubles statiques de la colonne vertébrale avec plusieurs
discopathies lombaires et la suspicion d'une petite hernie en L5-S1, l'assuré ne pouvait plus
travailler dans le bâtiment. L'expert estimait, au vu du jeune âge de l'assuré, qu'il serait
souhaitable d'essayer de le reclasser dans une autre profession n'exigeant pas le
soulèvement des charges, ni un travail penché en avant et pouvant se pratiquer dans une
posture variée, tantôt assise, tantôt debout. Au vu d'absences de troubles neurologiques,
l'invalidité globale ne dépassait pas 50%. L'OAI a confié au Centre d'intégration
professionnelle (ci-après: le COPAI) un mandat d'observation professionnelle. Dans son
rapport du 12 octobre 1994, le COPAI a conclu qu'en raison de limitations physiques trop
importantes, l'assuré ne pouvait pas envisager de retravailler dans le circuit économique
normal, ce que les deux rapports joints en annexe démontraient clairement. Le Dr
C_____, spécialiste FMH et médecin interne, mentionnait dans son rapport du 9
septembre 1994 que l'assuré souffrait d'un syndrome algique et fonctionnel lombaire sur
hernie discale L5-S1 et troubles dégénératifs étagés qui l'empêchaient, malgré toute sa
bonne volonté, d'adopter des positions durables compatibles avec une activité manuelle. Il
n'y avait aucune chance que la situation évolue favorablement par le biais d'un traitement

médical complémentaire. Une formation dans une activité non manuelle complexe n'était pas envisageable en raison des insuffisances intellectuelles évidentes et la seule proposition réaliste était une activité en milieu protégé, pour tenir compte de l'attitude très positive de l'assuré. Le 1^{er} décembre 1994, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision aux termes duquel un degré d'invalidité de 50% lui était reconnu dès le 4 mars 1994. L'assuré a été entendu le 11 janvier 1995 par l'OAI et un procès-verbal d'audition a été rédigé, concluant qu'au vu des éléments évoqués lors de l'entretien il semblait important de reconsidérer le projet de décision. Par décision du 1^{er} juillet 1996, l'OAI a reconnu l'assuré invalide à 100% et lui a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1994, assortie de rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants. Le 10 janvier 2002, l'OAI a adressé à l'assuré un questionnaire pour la révision de la rente. L'assuré a indiqué que son état de santé ne s'était pas modifié et qu'il était suivi par le Dr A_____. Le Dr A_____ a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 20 mars 2002. Outre les diagnostics relatifs au syndrome vertébral lombaire, il a diagnostiqué une arthrose fémoro-patellaire évolutive avec gonarthrose gauche depuis 1998, et l'apparition d'une fibromyalgie. L'incapacité de travail était toujours de 100% depuis le 4 mars 1993. Aucune activité physique n'était possible, ni d'activité intellectuelle au vu du manque de scolarisation du patient. Par communication du 15 avril 2002, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Le 27 septembre 2005, une nouvelle procédure de révision a été initiée par l'OAI. Répondant au questionnaire pour la révision de la rente, l'assuré a indiqué en date du 5 octobre 2005 que son état de santé était toujours le même. Dans son rapport du 27 octobre 2005, le Dr A_____ a relevé que l'état de santé de son patient était toujours le même, qu'il n'y avait aucun changement depuis 1993 et que le pronostic était défavorable. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes et aucune activité n'était possible. Dans un avis du 6 octobre 2006, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a soutenu que l'expertise médicale conduite à l'époque de l'octroi de la rente concluait à une invalidité globale de 50%, de sorte que l'assuré avait une capacité de travail exigible de 50% au moins dans une activité adaptée. Il y aurait certainement lieu à une reconsidération sur le plan médical, auquel cas il conviendrait d'ordonner au préalable une expertise. L'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) de Sion, pour expertise. L'assuré a séjourné à la CRR du 19 janvier 2009 au 21 janvier 2009 ; il a fait l'objet d'un examen clinique par l'expert principal et d'un examen bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique, ainsi que d'une évaluation en ateliers professionnels. Dans leur rapport du 29 janvier 2009, les experts ont diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur lésions statiques de bascule gauche et de scoliose sinsitroconvexe et d'ostéochondrose étagée avec discopathies lombaires basses. Les gastralgies sur hernie hiatale par glissement étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'examineur a relevé de nombreuses discordances. Sur le plan rhumatologique, le Dr D_____ a constaté lors de l'examen physique que l'assuré ne développait que quelques manifestations du comportement douloureux. Il n'y avait pas de signe radiculaire déficitaire et la mobilité rachidienne n'était pratiquement pas limitée. Les radiographies ont confirmé l'existence de troubles dégénératifs et statiques banals. L'incapacité de travail dans une activité lourde d'aide-maçon était totale, mais l'on pouvait sans autre exiger de l'assuré qu'il exerce une activité à plein temps dans un emploi adapté, avec les restrictions en terme de port de charges et de position. Sur le plan psychiatrique, la Dresse E_____, cheffe de clinique,

spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, l'assuré n'ayant jamais présenté de trouble psychique manifeste au cours de son existence. Dans la discussion du cas, elle a cependant relevé que certains éléments suggéraient un fonctionnement intellectuel à la limite inférieure de la norme, caractérisé par des difficultés d'apprentissage et un discret ralentissement psychomoteur. La psychiatre a indiqué que chez cet assuré entré précocement dans le monde du travail et disposant d'un bagage scolaire restreint et de peu de ressources adaptatives, pénalisé par un éloignement de la vie active de longue durée, les perspectives de réhabilitation paraissaient extrêmement limitées, même s'il semblait faire preuve de bonne volonté à l'évocation de cette possibilité. Elle a conclu que l'absence de modification notable de l'état de l'assuré depuis l'obtention de la rente et la cristallisation du statut d'invalidé devraient contribuer au maintien du statu quo. L'évaluation en ateliers professionnels a permis de voir que l'assuré appliquait sans difficulté les consignes reçues et s'adaptait aux programmes d'activités simples qui lui étaient proposés. Le rendement était globalement plus faible que la moyenne et médiocre dans certaines activités, ce qui rendait théoriquement l'assuré inemployable sur le marché du travail. En conclusion, les experts ont considéré que dans les activités habituelles d'aide-maçon et de nettoyeur, une incapacité de travail complète était médicalement justifiée, en raison de la pathologie lombaire. Dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de dix kilogrammes et sans travaux lourds, une capacité de travail entière était médicalement exigible. Les experts ont relevé qu'il s'agissait d'une appréciation purement médico-théorique et qu'en 1993 déjà, un stage COPAI s'était soldé par un échec. Après seize ans d'inactivité complète, le déconditionnement physique et psychique était certainement tel qu'il allait compromettre toute tentative de réinsertion professionnelle. Dans un avis du 18 février 2009, le SMR a relevé que l'appréciation médico-théorique confirmait que, dans une activité adaptée, une capacité de travail entière était médicalement exigible. Le SMR a rendu l'OAI attentif à la remarque figurant à la page 9 du rapport d'expertise de la CRR du 29 janvier 2009 concernant l'évaluation de l'atelier professionnel, selon laquelle l'employabilité sujette à caution de l'assuré devrait en principe être accompagnée d'un reconditionnement progressif, tout en rappelant la remarque de la psychiatre concernant le fonctionnement intellectuel. Le 3 mars 2009, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision réduisant la rente à une demi-rente d'invalidité, que l'assuré a contesté, par l'intermédiaire de son conseil. Il a produit un rapport du Dr F _____, spécialiste FMH en médecine générale, aux termes duquel la pathologie lombaire s'était plutôt aggravée au fil du temps et d'autres pathologies étaient venues s'ajouter (angor, dyslipidémie, hypertension artérielle). Il a diagnostiqué un angor stable sur coronopathie (pathologie invalidante) avec fibrillation auriculaire cardioversée. Il a précisé que l'angor, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie étaient actuellement sous contrôle par simple traitement médicamenteux. L'état de santé de l'assuré était totalement incompatible avec son activité antérieure et le Dr F _____ ne voyait pas quelle activité il pourrait encore exercer au vu de ses actuelles capacités physiques et intellectuelles. Le SMR s'est prononcé dans un avis du 8 mai 2009, relevant que les problèmes cardiovasculaires constituaient un fait nouveau. Toutefois, il s'agissait apparemment d'un angor stable qui, par définition ne pouvait pas être considéré comme invalidant puisque venant dans des circonstances régulières et répondant au traitement. L'angor stable n'était pas une contre-indication à une activité physique telle que définie dans son précédent avis. Il convenait cependant d'ajouter une limitation fonctionnelle, à savoir l'absence d'exposition au froid, la capacité de travail dans une activité adaptée restant

toutefois identique. Par décision du 28 juillet 2009, l'OAI a réduit, par voie de reconsidération, la rente entière d'invalidité revenant à l'assuré à une demi-rente à compter du 1^{er} septembre 2009 et retiré l'effet suspensif. Par acte du 14 septembre 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif. Sur le fond, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au maintien de la rente entière d'invalidité, tout en se réservant la possibilité de compléter son recours. Subsidièrement, il a sollicité la mise en œuvre de mesures d'instruction ainsi que la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. Dans sa réponse du 30 septembre 2009, l'OAI s'est opposé au rétablissement de l'effet suspensif, réservant ses conclusions sur le fond. Par arrêt incident du 21 octobre 2009, entré en force, le Tribunal de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif. Le 8 décembre 2009, le recourant a déposé ses conclusions sur le fond. Il rappelle qu'il n'exerce plus aucune activité professionnelle depuis presque dix-sept ans, période largement suffisante pour briser ou fortement entamer sa bonne volonté. Il relève aussi que selon le Dr G _____, aucune réinsertion professionnelle n'est envisageable et sa capacité de travail au poste occupé d'aide-maçon n'est plus exigible, de même qu'aucune autre activité professionnelle. En outre, le Dr E _____, psychiatre, a indiqué dans son rapport d'expertise psychiatrique du 27 janvier 2009 qu'il a un fonctionnement intellectuel inférieur à la norme et des ressources adaptatives insuffisantes, en dépit de sa bonne volonté manifestée. En 1994 déjà, un stage COPAI s'est soldé par un échec. En outre, selon le Dr F _____, actuel médecin traitant, le pronostic est mauvais. Le recourant soutient qu'en raison de son état de santé déficient et des importantes limitations fonctionnelles en découlant, de son âge déjà mûr, de son manque de formation professionnelle de par son bagage scolaire restreint, de même que de sa faible capacité d'abstraction et d'un discret ralentissement psychomoteur, il n'est plus en mesure d'exploiter économiquement sur le marché général du travail son éventuelle capacité de gain résiduelle. Les possibilités de travail et perspectives de gain sont hautement irréalistes. La décision attaquée serait dépourvue de tout fondement, dès lors que son degré d'invalidité est toujours de 100 %. Il conclut à titre principal à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière au-delà du 1^{er} septembre 2009. Subsidièrement, il sollicite son audition, celle du Dr F _____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Dans sa réponse du 12 janvier 2010, l'OAI relève que la première décision était manifestement erronée, en ce sens que seule une demi-rente aurait dû être octroyée et non une rente entière, au regard de la situation de fait et de droit au moment qui prévalait à l'époque. Selon l'OAI, les données médicales ont été insuffisamment considérées. Pour le surplus, le recourant fait état d'éléments dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre, tels que le manque de formation professionnelle, les difficultés d'ordre linguistique ou l'âge. L'OAI explique avoir sollicité son service de réadaptation professionnelle pour qu'il donne son avis sur la situation du recourant. Il en résulte que des mesures professionnelles ne sont plus envisageables et que selon la comparaison des revenus, la perte économique est estimée à 59 %. L'OAI conclut par conséquent au rejet du recours. Le Tribunal a procédé à la comparution personnelle des parties en date du 3 mars 2010. Le recourant a déclaré qu'il contestait les conclusions de l'expertise, non pas quant aux diagnostics posés par les médecins de la CRR, mais plutôt quant à l'appréciation de la capacité de travail. Il a expliqué qu'il était sous traitement pour l'hypertension, la dyslipidémie et l'angor. Il a produit un rapport de son médecin traitant, le Dr F _____, confirmant qu'il était totalement incapable de travailler dans l'activité professionnelle antérieure et dans toute autre activité. Il a expliqué qu'au Portugal, il avait

suivi la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de treize ans, qu'il n'avait pas fait un apprentissage de maçon mais qu'il avait travaillé comme aide-maçon. Durant sa scolarité, il aidait ses parents à la campagne. Le mandataire du recourant a contesté le principe de la reconsidération, dans la mesure où dans la décision initiale l'assuré était reconnu invalide à 100 %. Il a allégué une aggravation de l'état de santé depuis l'époque de la première décision, attestée par le Dr F_____. Il a ainsi sollicité l'audition du Dr F_____ et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Dans ses observations complémentaires du 22 mars 2010, le recourant persiste dans ses conclusions, aux termes desquelles il n'y a pas lieu à reconsidération dès lors que la première décision n'était pas manifestement erronée. Il allègue qu'aujourd'hui il n'est plus en mesure d'exploiter économiquement sur le marché général du travail son éventuelle capacité de gain résiduelle. Il fait observer une erreur dans le calcul du gain annuel réalisé en 1992 (44'498 frs. au lieu de 44'489 frs.). Enfin, il conteste encore l'abattement de 10 % du revenu d'invalide retenu par l'intimé au seul regard des limitations fonctionnelles, faisant fi des autres facteurs du cas concret (âge, nationalité, années de service, etc.), et notamment du fait qu'il est resté seize ans en inactivité complète. Ces écritures ont été communiquées à l'intimé. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce. Interjeté dans le délai légal et en la forme prescrite, le recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA). Le litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à remplacer la rente entière du recourant par une demi-rente, par voie de reconsidération. Le principe général du droit des assurances sociales selon lequel l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable, a été consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA. 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, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Par ailleurs, 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). 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 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 remplies (arrêts 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée. Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ». En l'espèce, l'intimé prétend que la décision du 1^{er} juillet 1996 était manifestement erronée, en ce sens que seule une demi-rente aurait dû être octroyée et non une rente entière, au regard de la situation de fait et de droit au moment qui prévalait à l'époque. Selon l'OAI en effet, les données médicales avaient été insuffisamment considérées. Pour sa part, le recourant conteste le principe de la reconsidération, dans la mesure où la décision initiale qui le reconnaissait invalide à 100 % n'était pas manifestement erronée. En 1993, le Dr A_____, médecin-traitant du recourant, avait retenu une incapacité de travail de 100% dès le 4 mars 1993, alors que le Dr B_____, expert mandaté par l'OAI, avait retenu que l'invalidité globale ne dépassait pas 50%. En 1994, le COPAI, auquel l'OAI avait confié un mandat d'observation professionnelle, avait pour sa part conclu qu'en raison de limitations physiques trop importantes, l'assuré ne pouvait pas envisager de retravailler dans le circuit économique normal, ce que démontraient d'ailleurs clairement un rapport médical du Dr C_____ et un rapport des maîtres du COPAI. Au vu de l'existence de divergences entre médecins et organes d'observation professionnelle, il convient d'examiner si l'intimé a alloué au recourant une rente entière d'invalidité de façon manifestement erronée. Les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces

appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2). En l'occurrence, dans son projet de décision du 1^{er} décembre 1994, l'OAI retenait que le degré d'invalidité du recourant était de 50% dès le 4 mars 1994. Suite à l'audition du recourant, l'OAI l'a finalement reconnu, par décision du 1^{er} juillet 1996, invalide à 100% et lui a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1994. Rien n'indique dans le dossier qu'à l'époque, l'intimé n'a pas confronté les différentes appréciations (médicales et observation professionnelle), bien au contraire. Dans un premier temps, l'intimé a suivi les conclusions de son expert, le Dr B _____, en retenant un degré d'invalidité de 50%. Il a toutefois décidé, finalement, de s'en écarter et de se fonder sur les autres avis (médicaux et d'appréciation professionnelle) concordants. Les Drs A _____ et C _____ avaient en effet retenu, à l'instar des maîtres du COPAI, une incapacité totale de travail. Sur la base de ces appréciations, le Tribunal considère que l'évaluation de l'invalidité à 100% faite par l'intimé à l'époque n'apparaît pas comme manifestement erronée. De surcroît, lors de la révision de 2002, l'intimé a confirmé sur la base d'un rapport médical du Dr A _____ qu'il n'y avait pas eu de changement dans l'état de santé du recourant et qu'il était toujours invalide à 100%. Etant donné que le rapport des experts du 29 janvier 2009 ne représente qu'une nouvelle appréciation de la situation médicale qui ne s'est pas améliorée (cf. ATFA non publié du 1^{er} mars 2004, I 4/03, consid. 5), force est de constater que les conditions d'une reconsidération ne sont pas réalisées. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'100 frs. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 frs. et 1'000 frs. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 frs. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision de l'OAI du 28 juillet 2009. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 3'100 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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