

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Perdrix et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Odile Brélaz Braillard,
avocate à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. Art. 4 et 28 LAI; 17 et 53 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. C._____, né en 1947, titulaire d'une patente d'établissement sans alcool et d'un certificat de capacité de cafetier-restaurateur obtenu en [...], a exercé plusieurs activités professionnelles. Entre mars et août 1991, il a notamment exploité le café-restaurant l'[...] à [...], tout en donnant en gérance, durant cette période, un motel-restaurant et un salon de coiffure, entreprises qui se sont avérées insolvables. De l'automne 1991 au mois de janvier 1994, il a cherché en vain un emploi et n'a pas pu bénéficié d'indemnités de chômage, vu son ancien statut d'indépendant. Il a par la suite travaillé en qualité de cuisinier et serveur auprès de la discothèque le [...] à [...], soit du 10 février 1994 au 19 mai 1994, date à laquelle il a présenté une incapacité totale de travail.

Le prénommé a formulé le 14 juillet 1995 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente en raison d'une atteinte aux deux poignets (maladie de Kienböck). Dans un rapport médical du 20 juillet 1995, le Prof. Y._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de status après remplacement prothétique du semi-lunaire droit pour nécrose post-traumatique, status après remplacement prothétique du semi-lunaire gauche pour maladie de Kienböck, de status après ablation de la prothèse de Swanson à droite, de status après ablation de l'os pyramidal droit et de status après remplacement prothétique du trapèze par une prothèse de type Swanson. Il a précisé que l'exercice du métier de restaurateur entraînant une importante surcharge au niveau des deux poignets, il serait nécessaire d'envisager un reclassement professionnel. Dans un rapport médical du 18 décembre 1995, le Prof. Y._____ a estimé que toutes les activités ne nécessitant pas le port de charges, ni de manipulations importantes étaient adaptées à l'invalidité de son patient.

Par prononcé du 13 février 1996, l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a constaté que l'intéressé présentait une incapacité de longue durée et un degré d'invalidité de 100 % dès le 19 mai 1995. L'OAI a en outre précisé que la révision de la rente était en cours. Par décision du 19 mars 1996, l'OAI a dès lors octroyé à l'assuré une rente ordinaire simple d'invalidité avec effet au 1^{er} mai 1995. S. _____ lui a également versé une rente au titre de 2^{ème} pilier.

Dans le cadre de la procédure de révision mis en œuvre le 1^{er} mars 1996, l'OAI, division de réadaptation professionnelle, a constaté que l'intéressé assumait difficilement son nouveau statut social, se montrant peu ouvert à envisager l'exercice d'un emploi salarié. A cet effet, il a informé l'assuré qu'il n'était pas en mesure de l'aider dans la recherche d'un emploi en qualité d'indépendant (rapport du 29 août 1996). Dans un rapport médical intermédiaire du 4 décembre 1996, le Prof. Y. _____ a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans une activité adaptée. Dans un rapport du 26 juin 1997 faisant suite à un stage d'observation en matière de réadaptation professionnelle, le COPAI a indiqué que C. _____ n'était guère motivé à reprendre une activité. Après 8 jours de présence, il n'avait pas souhaité poursuivre cette mesure prévue pour une période de 3 semaines. L'assuré vivait en effet 8 mois par année aux N. _____ où il s'occupait de surveiller des habitations appartenant à des Suisses pendant l'absence de leurs propriétaires.

Dans un rapport médical du 16 juin 2000, le Prof. Y. _____ a confirmé que toutes les activités ne nécessitant pas le port de charges, ni de manipulations importantes étaient adaptées à l'invalidité. Par avis médical du 8 mars 2002, le Dr T. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que des travaux impliquant les poignets et les mains de manière fine étaient possibles sans restriction significative, soit des travaux de bureau (même travail sur clavier d'ordinateur, dessin assisté par ordinateur etc.), des travaux de mécanique fine, ou même certains travaux sollicitant les mains en force modérée mais en contenant le poignet avec une attelle. Dans un rapport d'examen du 8 mars 2002, le Dr I. _____ a estimé qu'au vu des

éléments médicaux en sa possession (rapports médicaux du Prof. Y. _____ des 4 décembre 1996 et 6 juin 2000), il se ralliait à l'opinion du Dr T. _____.

B. a) En date du 14 mai 2002, l'OAI a adressé à C. _____ un projet d'acceptation de rente, les conditions donnant droit à la rente AI ayant été examinées. L'OAI a ainsi retenu qu'il ressortait de nouveaux renseignements en sa possession que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé était estimée à 50 %. S'agissant du taux d'invalidité, se référant à un certain nombre de descriptions de poste (DPT) versées au dossier, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu de 24'408 fr. et que, en comparaison du salaire sans invalidité de 53'170 fr., la perte économique était de 54 %. La rente entière d'invalidité devait par conséquent être réduite à une demi-rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

C. _____ a contesté le projet de décision précité, en indiquant notamment avoir subi le 21 septembre 2001 une synovectomie du genou droit par voie arthroscopique, sous forme d'une excision d'une volumineuse souris articulaire. Il a ainsi annexé le protocole opératoire du 21 décembre 2001 relatif à l'arthroscopie précitée, ainsi qu'un certificat médical du Prof. Y. _____ du 4 juillet 2002, qui répondait de la manière suivante à la question de savoir quel type d'activité était adaptée dans le cas de l'assuré :

"Pratiquement toute activité manuelle est à exclure, car une activité manuelle lourde n'entre pas en considération pour des raisons algiques, une activité manuelle légère qui impliquerait des mouvements répétitifs ne pourrait qu'aggraver l'arthrose présente aux deux poignets. Ces remarques s'appliquent évidemment à toutes les activités proposées par l'Office de l'Assurance Invalidité. Nous précisons que nous n'avons pas revu le patient depuis le 6 février 2001 et que lors de ce contrôle, il avait déjà été envisagé une arthrodèse du poignet gauche. Il est fortement à craindre que si on contraint M. C. _____ à une activité même légère, en Suisse, une décompensation se fasse et qu'une intervention chirurgicale devienne nécessaire aux

deux poignets. Dans ce nouveau contexte, il serait impossible de trouver une activité adaptée".

Compte tenu de ces éléments, le SMR a, par avis médical du 15 août 2002, requis un examen orthopédique de l'assuré. Dans un rapport du 26 novembre 2002, le Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de séquelles d'une maladie de Kienböck aux deux poignets, de status après excision de l'os semi-lunaire à droite, de status après mise en place d'une prothèse siliconée de l'os pyramidal du poignet droit, de troubles dégénératifs radio-carpiens avancés ddc, de status après menisectomie externe du genou droit, de status après fracture du plateau tibial externe du genou droit, de status après excision d'un corps libre intra-articulaire au genou droit et de gonarthrose fémoro-tibiale externe droite, stade II. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr K._____ s'est déterminé comme suit :

"Il existe certaines activités adaptées qui peuvent être accomplies avec un rendement significatif. Elles doivent privilégier la position assise. De courts déplacements au sein d'une entreprise sont possibles. La conduite, même d'un véhicule léger, devrait toutefois être limitée. Le maniement d'objets légers est possible. Ainsi, l'activité de surveillant de parking ou d'employé sur une chaîne de montage avec maniement d'objets légers sont réalisables avec une capacité de l'ordre de 80 %. Le pourcentage résiduel doit être réservé à des pauses, soit régulières, soit une pause prolongée à midi. L'emballage d'objets légers est aussi possible. Toutefois, elle demande des mouvements plus importants des poignets, avec le risque de péjoration du syndrome douloureux. La capacité dans une telle activité, ne devrait pas dépasser le 66 ⅔ %. Une activité en micro-technique est aussi possible, toutefois avec un rendement là aussi limité (50 %), en raison des mouvements répétés avec les poignets, que cette activité peut exiger".

Par avis médical du 23 décembre 2002, le Dr I._____ du SMR a constaté que les séquelles orthopédiques des deux poignets, relativement importantes, étaient déjà connues. La pathologie au niveau du genou droit consécutive à une fracture du plateau tibial en 1991, avec des séquelles dégénératives et une intervention en septembre 2001, entraînait des limitations dans les déplacements et la position debout prolongée. Il fallait dès lors ajouter aux limitations fonctionnelles déjà

décrites dans le rapport SMR du 8 mars 2002 : pas d'activité sur un terrain inégal, ni en position exclusivement debout; pas de ports de charges, ni de maniement d'objets lourds. En outre, l'activité de machiniste, de chauffeur-livreur, de restaurateur ou d'épicier n'était plus exigible. Dans une activité tenant compte des limitations précitées, le Dr I._____ a conclu que l'exigibilité était de 50 % au moins, voire de 80 % si elle ne comportait aucun maniement d'objets lourds ni de mouvements répétitifs des poignets.

b) En date du 4 mai 2004, l'OAI a adressé à C._____ une décision de suppression de rente. L'intimé a ainsi indiqué que lors de la révision du dossier, il s'était avéré que l'intéressé présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé. S'agissant du taux d'invalidité, se référant à trois DPT versées au dossier, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu de 42'533 fr. et que, en comparaison du salaire sans invalidité de 53'542 fr., la perte économique était de 20.56 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente. La division de réadaptation professionnelle restait à sa disposition pour l'aider à mettre en valeur la capacité de travail reconnue. L'assuré n'a cependant pas souhaité entrer en matière pour des mesures professionnelles, préférant poursuivre son travail aux N._____. La rente entière d'invalidité devait par conséquent être supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, soit le 1^{er} juillet 2004.

L'assuré a formé opposition contre la décision précitée et a transmis une prise de position du 3 juin 2004 du Prof. Y._____ consécutive au rapport d'expertise du Dr K._____. Au vu de l'importance des limitations fonctionnelles (difficultés à la mobilité des poignets, difficultés au niveau de la préhension et dans l'impossibilité de tenir des objets et problème au niveau du genou droit), l'OAI a estimé qu'il se justifiait de définir quelles activités étaient adaptées aux problèmes de santé de l'assuré, de vérifier son rendement et ses compétences pratiques, au travers d'un stage d'évaluation. C._____ a finalement suivi une observation professionnelle complète auprès du COPAI à [...] du 20

mars au 13 avril 2006. Dans un rapport de synthèse du 8 mai 2006, le COPAI a souligné le très bon comportement de l'assuré durant le stage. Dans un rapport du 18 avril 2006 faisant suite à un examen clinique de l'assuré en date du 13 mars 2006, la Dresse Z. _____, médecin-conseil au COPAI, a conclu que toute activité industrielle impliquant, ne serait-ce que modérément, l'usage des mains ne pouvait être exigée. Seules des activités de contrôle ou de surveillance où l'usage des mains était restreint, pouvaient être envisagées à 50 %. La Dresse Z. _____ estimait cependant que le choix de telles activités était particulièrement réduit sur le marché et pratiquement inaccessible à l'assuré en raison de son âge et de sa tenue à l'écart du circuit économique depuis plus de dix ans.

Dans l'intervalle, C. _____ a perdu son emploi aux N. _____ et a sollicité l'aide des services sociaux.

Dans un rapport médical du 20 septembre 2006, le Dr R. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de séquelles d'une fracture du plateau tibial externe du genou droit avec évolution arthrosique (1991), de séquelles d'une luxation antéro-inférieure de l'épaule gauche (1976) avec actuellement une arthrose gléno-humérale débutante et de maladie de Kienböck bilatérale opérée ddc (1978 et 1985). Il a attesté une incapacité de travail à 50 % en qualité de restaurateur depuis 2000/2001 au moins, son appréciation ne portant cependant que pour les lésions relevant de l'épaule et du genou droit. Il a au demeurant indiqué qu'à l'avenir des interventions chirurgicales tant au niveau du genou que de l'épaule pouvaient s'avérer nécessaires.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une deuxième expertise médicale. Dans un rapport du 12 janvier 2007, se basant notamment sur un bilan radiologique standard complémentaire pratiqué le 16 janvier 2007 (poignets face profil, épaule droite face et lamy, genoux en schuss), le Dr K. _____ a conclu que :

"Globalement, l'état du patient se dégrade très lentement. Une exigibilité a été étayée, retenant une

capacité de travail maximale de $\frac{2}{3}$ dans une activité adaptée à la situation objective de ce patient. Le port d'orthèse du ou des poignet(s) pourrait s'avérer utile dans l'accomplissement de certains gestes professionnels. Le patient n'a certainement pas besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Une arthrodèse du poignet droit sera peut-être accomplie prochainement. Toutefois, ce geste ne devrait pas modifier de manière substantielle la capacité de travail résiduelle. Il en sera de même pour une arthrodèse du poignet gauche, voire une chirurgie agressive sur le genou droit (prothèse)".

Le Dr K. _____ a en outre précisé qu'il n'avait plus retenu une capacité de travail à 80 %, mais à $66 \frac{2}{3}$ % en raison de la problématique de l'épaule droite inexistante lors du premier examen (réponses du 3 mars 2007 aux questions complémentaires au rapport médical).

Dans un rapport médical du 7 mai 2007, le Dr R. _____ a confirmé les diagnostics retenus dans son précédent rapport médical. Il a en outre ajouté que depuis le traitement en 1991, l'assuré avait présenté des épisodes de rechute au genou droit, la dernière datant du 30 octobre 2006 nécessitant une toilette arthroscopique le 1^{er} décembre 2006. Ce geste avait permis la régression des douleurs avec une récupération d'une mobilité correcte mais incomplète. Ces conclusions antérieures restaient cependant d'actualité.

Dans un rapport médical du 7 juin 2007, le Prof. Y. _____ a posé les diagnostics de status après interventions itératives aux deux poignets et de status après panarthrodèse du poignet droit le 21 mars 2007. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis l'intervention, mais a estimé que des mesures professionnelles étaient indiquées. Son pronostic était favorable s'agissant de la consolidation de l'arthrodèse. Par contre, il restait une difficulté certaine de la colonne du pouce de même qu'au poignet gauche où il existait une importante arthrose trapézo-métacarpienne et la présence d'une prothèse du semi-lunaire avec des altérations dégénératives également pratiquement dans toutes articulations carpiennes mais en particulier scapho-trapézienne et scapho-grand os. Cette situation devait être assimilée à un SLAC-WRIST.

Par avis médical du 19 septembre 2007, le Dr L. _____ SMR a considéré qu'il y avait lieu de retenir une capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée jusqu'en mars 2006, puis à 66 $\frac{2}{3}$ % depuis avril 2006 (période correspondant à une consultation auprès du Dr R. _____ relative à une aggravation au niveau des épaules).

c) Par décision sur opposition du 7 janvier 2008, l'intimé a procédé à une reconsidération du cas de l'assuré, la décision initiale de rente du 19 mars 1996 étant basée sur une instruction manifestement insuffisante. En effet, l'aspect médical de cette décision reposait sur le seul rapport du Prof. Y. _____ du 18 décembre 1995, lequel ne s'était pas clairement déterminé sur la capacité de travail résiduelle de son patient dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En outre, avant de rendre la décision précitée, l'intimé n'avait pas requis de la part de ce praticien qu'il se détermine expressément à ce sujet. Or, dans son rapport intermédiaire du 4 décembre 1996, le Prof. Y. _____ estimait que l'assuré pourrait exercer une activité professionnelle adaptée à 50 %. Au vu de l'ensemble des éléments médicaux et des rapports d'évaluation du COPAI, l'intimé a considéré que l'assuré conservait une capacité de travail de 80 % dans une activité entièrement adaptée à ses limitations fonctionnelles jusqu'en mars 2006. A partir d'avril 2006, et pour tenir compte de nouvelles atteintes aux épaules, la capacité de travail devait être ramenée à 66 $\frac{2}{3}$ %. L'intimé a ensuite procédé à l'évaluation du degré d'invalidité. Procédant à une comparaison des revenus pour l'année 2002, en prenant en compte un revenu sans invalidité de 57'008 fr. 07 et un revenu avec invalidité de 41'045 fr. 81, il a retenu un préjudice économique de 28 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Procédant ensuite à une comparaison des revenus pour l'année 2006 (année de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, sous forme d'une atteinte aux deux épaules), en prenant en compte un revenu sans invalidité de 58'524 fr. 80 et un revenu avec invalidité de 35'290 fr. 45, il a retenu un préjudice économique de 40 %, taux suffisant pour permettre l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2007.

C. a) Par acte son mandataire du 7 février 2008, C. _____ recourt contre cette décision, en concluant préalablement à la suspension de la procédure jusqu'au dépôt du rapport d'expertise du Dr G. _____, principalement à l'annulation de la décision attaquée, à la reprise du versement d'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2004 et au versement d'intérêts moratoires à 5 % l'an dès le 1^{er} juillet 2004 d'invalidité, sous suite de frais et dépens. Le recourant soutient en substance que l'intimé n'avait aucun motif pour réviser ou reconsidérer la décision initiale. Le recourant allègue ainsi que la reconsidération de la décision précitée serait contraire au principe de la bonne foi. S'agissant de la capacité de travail, le recourant met en doute la valeur probante des rapports d'expertises du Dr K. _____, car ce dernier a commis des fautes grossières en établissant son diagnostic, qui, au regard des radiographies et à la lecture de l'intégralité du dossier médical sont inacceptables, cet expert n'ayant pas pris le temps nécessaire à l'examen attentif du dossier. Le recourant est dès lors d'avis que sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée est de 50 %, comme tenu des avis des médecins traitants et du Dr Z. _____ de l'ORIPH. Il soutient en outre qu'il y a lieu de retenir un salaire sans invalidité de 82'553 fr. 25 et un salaire avec invalidité de 21'523 fr. 50. La comparaison des revenus permet ainsi de retenir un préjudice économique de 61'029 fr. 75, ce qui correspond à un taux de 73 % donnant droit à une rente entière. Il demande enfin le versement d'intérêts moratoires conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA, soit dès le 1^{er} juillet 2004, date à laquelle la rente a été supprimée.

b) Dans sa réponse du 13 mars 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours

c) Dans sa réplique du 7 mai 2008, le recourant a transmis un rapport d'expertise du 9 avril 2008 du Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique, qui a considéré que la capacité de travail de l'assuré n'était pas supérieure à 30 %, y compris dans une activité adaptée, ce qui permettait de retenir un taux d'invalidité de 84 % d'après les calculs opérés par le recourant. L'assuré a en outre estimé que le dossier existant ne contenait pas le dossier initial complet,

en ce sens que seules les pièces sous forme papier encore à disposition de l'OAI en 2006 avaient pu être scannées. Il n'était dès lors pas exclu que les pièces relatant les raisons ayant conduit à l'allocation d'une rente entière aient été égarées.

d) Dans sa duplique du 29 mai 2008, l'intimé a transmis un avis médical du 21 mai 2008 du SMR, qui a considéré que si les experts K._____ et G._____ avaient abouti aux mêmes constatations médicales, le Dr G._____ n'avait pas étayé par une énumération les limitations fonctionnelles et avait pris en considération des facteurs dont l'AI ne devait pas tenir compte (âge, facteurs sociaux, marché du travail).

e) Par lettre du 24 juin 2008, le recourant a mis en doute l'objectivité du Dr K._____, ce dernier ne travaillant pratiquement plus que sur mandat des assureurs. Par ailleurs, c'était le seul praticien à considérer qu'il était susceptible de travailler à 100 %, contrairement aux autres éminents spécialistes de la main.

f) En date du 12 septembre 2008, la Cour de céans a invité le Dr K._____ à se déterminer par rapport au rapport d'expertise du Dr G._____.

g) En date du 7 octobre 2008, le Dr K._____ a confirmé l'exigibilité énoncée dans son rapport d'expertise du 12 janvier 2007.

h) Tant le recourant que l'intimé se sont déterminés respectivement en date des 6 et 10 novembre 2008 quant à la prise de position du Dr K._____.

i) Le recourant a également transmis un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 7 novembre 2008, ainsi qu'un courrier du Dr R._____ du 30 avril 2009.

j) En date du 2 juin 2009, l'intimé a adressé un avis médical du SMR du 27 mai 2009.

k) A la demande de la Cour de céans du 24 juin 2009, la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a remis les comptes individuels AVS de l'assuré, S. _____ ayant, quant à elle, transmis le dossier relatif aux indemnités journalières maladie de l'intéressé.

l) Par courrier du 10 novembre 2009, le recourant a transmis des certificats de travail relatifs à deux emplois exercés en Australie entre 1967 et 1970.

m) En date du 9 décembre 2009, l'intimé s'est déterminé quant au revenu sans invalidité avancé par le recourant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

2. a) La LPGA a entraîné de nombreuses modifications légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 82 al. 1 1^{re} phrase LPGA, les dispositions matérielles de cette loi ne sont pas applicables aux prestations en cours avant son entrée en vigueur, que le Tribunal fédéral des assurances a défini comme des prestations fixées par décision entrée en force au 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 445 consid. 1). En l'occurrence, le recourant était au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} mai 1995, octroyée par décision du 16 mars 1996, de sorte que l'art. 41 LAI relatif à la révision de la rente, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA, est en principe applicable. Ceci est toutefois sans importance, dans la mesure où l'ancien art. 41 LAI correspond à l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Eu égard à la date à laquelle a été rendue la décision litigieuse (7 janvier 2008) et dans la mesure où le litige porte sur la suppression, puis la réduction de la rente entière d'invalidité de la recourante dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de son prononcé, il faut prendre en considération les modifications de la LAI entraînées par la nouvelle du 21 mars 2003 (4^e révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (dispositions transitoires y relatives, litt.c), ainsi que la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont également applicables au présent litige. La législation applicable en cas de changement de règles de droit, reste en effet celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445, TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2).

b) Cela étant, le Tribunal fédéral a jugé que les principes développés par la jurisprudence en matière d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision, ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit

la version de la loi sous laquelle ils ont été posés (ATF 130 V 343 consid. 2, 3.6 ; TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2).

3. Le litige porte sur la suppression, puis sur l'augmentation par voie de reconsidération, du droit du recourant à une rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 4 mai 2004.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait l'octroi changent notablement. Si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. En effet, selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée 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 (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). Ce principe est consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA, aux termes duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 349 s. 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 (TFA I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5, I 632/04 du 23 février 2005 consid. 1.2).

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. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références; DTA 2002 n° 27 consid. 1a p. 181). Cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation (par exemple l'invalidité selon l'art. 28 LAI), dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). 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 ou 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 (par exemple TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 4.1, 9C_221/2008 du 14 janvier 2009 consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid.2).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste

après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 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; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

5. a) En l'espèce, force est de constater que l'intimé n'allègue pas qu'il y aurait eu amélioration de l'état de santé du recourant. Le litige porte ainsi sur le droit de l'intimé de reconsidérer la décision du 19 mars 1996, au motif qu'elle était manifestement erronée. Le recourant allègue que la reconsidération de la décision précitée serait contraire au principe de la bonne foi, eu égard aux dispositions qu'il a prises et des conséquences qu'elles ont entraînées (éloignement du marché du travail pendant plusieurs années).

Ce moyen n'est pas fondé. En effet, lorsqu'une reconsidération avec effet ex nunc et pro futuro est litigieuse, l'administré ne peut pas, en principe, se prévaloir du droit à la protection de la bonne foi et du principe de la sécurité du droit puisque, justement, l'autorité est revenue sur la décision erronée qui avait fondé la confiance de l'intéressé. Même si l'administré a pris des dispositions qui continuent de produire des effets dans l'avenir et sur lesquelles il ne peut revenir, les principes de la légalité et de l'égalité de traitement l'emportent sur le droit à la protection de la bonne foi lorsque, comme en l'occurrence, la décision initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêtait une importance notable (SVR 2004 IV n° 23 p. 69 consid. 4.2.2 I 453/02; Alexandra Rumo-Jungo, Die Instrumente zu Korrektur der Sozialversicherungsverfügung, in : Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, St-Gall 1996, p. 284). Au demeurant, l'intimé n'avait jamais garanti au recourant de lui verser une

rente à vie, mais il avait expressément prévu de procéder à la révision du droit à cette prestation à l'occasion de l'octroi de la rente initiale (communication du 9 février 1996 adressée notamment au Prof. Y._____, médecin traitant). Pour ces motifs, le moyen tiré de la violation du principe de la bonne foi se révèle mal fondé.

b) Ainsi que l'intimé l'a admis à juste titre, en 1996, la question de l'étendue de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée et celle de l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'ont pas été abordées conformément à la loi. En effet, dans un rapport médical du 20 juillet 1995, le Prof. Y._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, avait précisé qu'il serait nécessaire d'envisager un reclassement professionnel, l'exercice du métier de restaurateur entraînant une importante surcharge au niveau des deux poignets. Par ailleurs, une activité ne nécessitant pas de soulever de lourdes charges, ni de déployer de la force au niveau des membres supérieurs pouvait être envisagée. Dans un rapport médical du 4 décembre 1995, le Prof. Y._____ avait confirmé que toutes les activités ne nécessitant pas le port de charges, ni de manipulations importantes étaient adaptées à l'invalidité de son patient. Compte tenu de l'avis du Prof. Y._____ qui laissait entrevoir la reprise d'une activité adaptée dans une profession n'exigeant pas le port de charges, ni de manipulations importantes, l'intimé aurait déjà dû déterminer en 1995 la capacité de travail dans une activité adaptée et procéder à une comparaison des revenus hypothétiques. L'intimé s'était cependant écarté des conclusions du médecin précité, en octroyant à l'assuré une rente entière en motivant sommairement le prononcé du 13 février 1996. Dans une prise de position du 7 février 1996, l'intimé avait néanmoins précisé qu'il allait procéder simultanément à une révision, élément qu'il avait clairement mentionné dans le prononcé précité. C'est dire que l'intimé n'avait pas cherché à savoir d'emblée, comme il aurait dû le faire (cf. art. 28 al. 2 LAI), si des mesures d'ordre professionnel étaient vraiment illusoires chez un assuré jadis âgé de 49 ans (à propos de la priorité de la réadaptation sur la rente, voir ATF 108 V 212 ss, 99 V 48).

c) La décision initiale du 19 mars 1996 s'écartait ainsi, sans motifs sérieux du dossier médical constitué à l'époque, dans la mesure où l'intimé avait retenu une incapacité totale de l'assuré. A cela s'ajoute que la comparaison des revenus prévue par l'art. 28 al. 2 LAI n'avait pas eu lieu, l'administration ayant omis de déterminer le revenu que le recourant aurait pu retirer d'une activité raisonnablement exigible.

La décision initiale de rente basée sur une invalidité de 100 % apparaît dès lors manifestement erronée, d'autant que les rapports médicaux mettaient en évidence une capacité de travail dans une activité adaptée permettant de réaliser un revenu non négligeable.

6. a) Il se justifie dès lors d'examiner la situation du recourant telle qu'elle existait au moment où la décision de révision du droit à la rente du 4 mai 2004 a été rendue. Vu l'éloignement temporel intervenu depuis la décision du 19 mars 1996, c'est à juste titre que l'intimé a procédé à un examen de la situation tant médicale qu'économique du recourant. La décision querellée est fondée sur le rapport d'expertise du 26 novembre 2002 du Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a retenu les diagnostics de séquelles d'une maladie de Kienböck aux deux poignets, de status après excision de l'os semi-lunaire à droite, de status après mise en place d'une prothèse siliconée de l'os pyramidal du poignet droit, de troubles dégénératifs radio-carpiens avancés ddc, de status après menisectomie externe du genou droit, de status après fracture du plateau tibial externe du genou droit, de status après excision d'un corps libre intra-articulaire au genou droit et de gonarthrose fémoro-tibiale externe droite, stade II. L'expert a dès lors considéré que l'assuré pouvait assumer certaines activités adaptées à un taux oscillant entre 50 et 80 %. Ultérieurement, soit lors de la procédure d'opposition, le Dr K._____ a retenu une capacité de travail à 66 $\frac{2}{3}$ % en raison de la problématique de l'épaule droite inexistante lors du premier examen (rapport du 12 janvier 2007).

b) Le recourant conteste la valeur probante des rapports d'expertise établis par le Dr K. _____ en date des 26 novembre 2002 et 12 janvier 2007.

Il convient tout d'abord de relever que les diagnostics posés par le Dr K. _____ en 2002 ne tiennent pas compte de certaines interventions subies par l'assuré aux deux poignets. Ainsi, l'expert a posé les diagnostics de status après excision de l'os semi-lunaire à droite, ce qui est incomplet, car cet os a été remplacé par une prothèse de Swanson, dont on a dû procéder à l'ablation en 1990. En outre, le Dr K. _____ a mentionné que l'os pyramidal avait bénéficié d'une prothèse, alors qu'il s'agissait du trapèze droit.

Par ailleurs, plusieurs médecins se sont exprimés sur les atteintes aux épaules. Outre que leurs conclusions ne se rejoignent pas, ces rapports se contredisent et ne sont que succinctement motivés. En particulier, dans son rapport d'expertise du 12 janvier 2007, le Dr K. _____ a conclu finalement à la reconnaissance d'une capacité de travail à 66 $\frac{2}{3}$ % en raison de la problématique de l'épaule droite inexistante lors du premier examen, mais n'a pas jugé opportun de préciser à partir de quelle date il y a avait lieu de retenir une telle réduction de la capacité de travail. C'est le SMR, dans un avis médical du 19 septembre 2007, qui a estimé que l'aggravation au niveau des épaules remontait à avril 2006, soit à une consultation chez le Dr R. _____ (ayant eu lieu le 20 avril 2006 selon le rapport médical du 20 septembre 2006 du Dr R. _____). Or, le Dr R. _____ avait mis en évidence dès 2000/2001 des lésions à l'épaule et au genou droit engendrant une incapacité de travail à 50 % en qualité de restaurateur (rapports médicaux des 20 septembre 2006 et 7 mai 2007). A la demande de la Dresse Z. _____, ce praticien avait fait état antérieurement à l'examen clinique de son patient du 20 avril 2006, d'une omarthrose débutante de l'épaule droite avec une probable lésion du sous-épineux (rapport de la Dresse Z. _____ du 18 avril 2006, p. 1 in fine). Par ailleurs, l'épaule gauche était déjà douloureuse en février 2005 avec une forte limitation fonctionnelle, élément conduisant à une cause substantielle d'incapacité de travail avant avril 2006 (courrier

du Dr R._____ du 30 avril 2009), l'arthro-IRM de l'épaule gauche pratiquée le 7 novembre 2008 ayant mis en évidence une tendinopathie marquée du tendon sous-épineux avec déchirures profondes de la face articulaire (rapport du 7 novembre 2008). Au vu de ces éléments, il est étonnant que le Dr K._____ se soit limité à un examen radiographique de l'épaule droite et qu'il ait retenu le diagnostic d'arthrose gléno-humérale droite débutante, alors qu'il s'agit de l'épaule gauche (rapport médical du Dr R._____ du 20 septembre 2006), l'atteinte à l'épaule droite consistant en une arthrose acromio-claviculaire (dossier radiographique de la Clinique D._____ du 16 janvier 2007). En outre, compte tenu des atteintes importantes aux deux épaules, on peine à comprendre comment le Dr K._____ est parvenu à établir une antépulsion à 170°, alors que le Dr R._____ n'a jamais obtenu une antépulsion dépassant 140° (avis médical du Dr R._____ du 30 avril 2009). La prise de position du Dr K._____ en date du 7 octobre 2008 n'apporte aucun élément relatif aux atteintes des épaules, l'expert se limitant à comparer son analyse à celle du Dr G._____.

Enfin, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les appréciations des experts et des praticiens consultés, sont non seulement contradictoires, mais au demeurant insuffisamment motivées. Ainsi, le Dr K._____ a conclu que l'intéressé était en mesure d'exercer à 80 % (rapport d'expertise du 26 novembre 2002, p. 7), puis à 66 $\frac{2}{3}$ % (rapport du 12 janvier 2007, p. 7) une activité de surveillant de parking ou d'employé sur une chaîne de montage avec maniement d'objets légers. Or, le Prof. Y._____ a estimé qu'une activité manuelle légère impliquant des mouvements répétitifs ne pourraient qu'aggraver l'arthrose présente aux deux poignets (notamment rapport médical du 4 juillet 2002). Le SMR qui avait retenu dans un premier temps, soit avant le dépôt du rapport d'expertise du Dr K._____ et l'atteintes aux épaules, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée au vu des éléments médicaux contenus dans le dossier relatifs aux seules atteintes aux poignets (rapports du SMR des 4 et 8 mars 2002), s'est finalement rallié aux conclusions de l'expert (avis médical du 23 décembre 2002). La Dresse Z._____ a, quant à elle, attesté une capacité de travail à 50 %,

considérant que seules des activités de surveillance et de contrôle sans sollicitation des mains pouvaient être envisagées (rapport du 18 avril 2006). Enfin, le Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et orthopédique qui a fonctionné en qualité d'expert privé, a considéré que même si les travaux étaient adaptés, la capacité de travail ne pouvait pas aller au-delà de 30 %, compte tenu des atteintes aux épaules, aux poignets, aux pouces et dans une moindre importance également au genou droit (rapport d'expertise du 9 avril 2008, p.6 in fine); il n'a toutefois pas indiqué à partir de quelle date ces lésions avaient des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

c) Au vu des éléments précités, la Cours de céans considère qu'une nouvelle expertise s'impose, les diagnostics du Dr K._____, ainsi que ses constatations relatives à l'évolution des atteintes à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail l'assuré n'emportant pas la conviction. Face aux imprécisions, voire aux incohérences relevées, ainsi qu'aux appréciations contradictoires des praticiens, une expertise sur le plan orthopédique s'avère nécessaire afin de lever toute incertitude au sujet de l'état de fait médical (en particulier de la répercussion des atteintes aux deux épaules sur la capacité de travail de l'intéressé) et de statuer ensuite en connaissance de cause sur l'éventuel droit à la rente. Il sied dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en oeuvre une expertise auprès d'une institution ou de spécialistes en orthopédie qui n'ont pas encore été saisis du dossier. Il n'est en effet pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

7. Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision

dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à C. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Odile Brélaz Braillard, à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :