

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lutry, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Moser, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 et 43 LPGA ; art. 4, 28 et 57 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré), né en 1949, en possession d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien sur automobiles et de divers brevets de navigateur et de pilote, a travaillé comme indépendant dans son atelier de mécanique navale, a effectué des remplacements occasionnels comme chauffeur poids lourd et des engagements comme skipper en mer. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 12 octobre 1987. Dans un rapport du 8 décembre 1987, le Dr N._____, du Centre L._____ (ci-après : Centre L._____), a posé le diagnostic de paraparésie fonctionnelle de conversion chez une personnalité borderline, présente depuis le 26 juillet 1986 (sans éléments précurseurs, l'assuré avait fait un malaise ce jour-là, occasionnant un séjour au Centre L._____ de deux mois et demi). Les investigations auxquelles il a été procédé n'ont pas révélé d'atteinte neurologique et l'infirmité de l'intéressé a dès lors été attribuée à des causes psychogènes.

L'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 1987 au 31 août 1989, puis d'un reclassement professionnel dès le 1^{er} septembre 1989 en tant que technicien immobilier auprès de la société P._____ SA. Cette activité était aménagée en fonction des limitations de l'assuré et de son rendement partiel. L'assuré a ensuite été mis au bénéfice d'un quart de rente depuis le 1^{er} janvier 1991, suite au jugement du Tribunal cantonal des assurances du 24 juin 1993 (AI 79/92 - 51/1993).

L'assuré a cessé son activité pour la société P._____ SA le 27 avril 1993, en raison d'une aggravation de son état de santé. Le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a précisé les atteintes de son patient dans une lettre du 21 septembre 1993 adressée au conseil juridique de celui-ci, expliquant que, depuis début 1993, les épisodes de douleurs lombaires, apparus en 1991, des suites de la paraparésie, étaient devenus de plus en plus importants,

entravant encore plus la marche. L'assuré avait dû faire une cure en vue d'un traitement physiothérapeutique intensif, qui avait amené peu de résultats. L'assuré était resté très handicapé par une démarche spastique et une diminution de la force et de la coordination des deux membres inférieurs, nécessitant l'utilisation de cannes. Le Dr D._____ a alors estimé que, mis à part une activité sédentaire, Z._____ était en incapacité de travail à 80 %. Ce dernier a déposé une nouvelle demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une rente, le 14 septembre 1994. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a à nouveau interrogé le Dr D._____, qui, dans un rapport du 6 mars 1995, a rappelé le diagnostic de paraparésie et y a ajouté des lombosciatalgies chroniques avec exacerbations fréquentes et contractures fessières bilatérales sur marche vicieuse, dues à la paraparésie et qui avaient obligé l'assuré à cesser son activité au service de la société P._____ SA. Le Dr D._____ a encore précisé par la suite que la capacité de travail de son patient était de 50 % dans une activité sédentaire. Une telle activité n'étant pas adaptée à la personnalité de l'assuré, l'OAI a considéré, dans un rapport du 12 juillet 1995, qu'il fallait examiner sa demande sous l'angle d'une rente, compte tenu des petites activités qu'il pouvait effectuer, telles que donner des cours de navigation ou effectuer des remplacements comme chauffeur à la voirie. L'OAI a rendu une décision le 19 septembre 1995 reconnaissant à l'assuré un degré d'invalidité de 83 % et lui octroyant une rente entière dès le 1^{er} septembre 1994.

B. L'OAI a ouvert une procédure de révision d'office anticipée de la rente AI en 1997, la situation économique de l'assuré ayant changé suite à l'ouverture d'un restaurant. Le Dr D._____, a noté, dans un rapport du 18 août 1997, ce qui suit : "Depuis le dernier rapport de février 1995 il n'y a pas grand changement, si ce n'est une perte de poids de 8 kg qui améliore l'état du patient par une marche plus aisée. A signaler une hypertension artérielle essentielle traitée depuis juin 1995." Il a précisé que l'activité exercée par Z._____ depuis janvier 1996 dans l'établissement public qu'il avait ouvert était compatible avec son état de santé, car il y passait peu de temps.

Dans une fiche d'examen du 25 août 1997, l'OAI a considéré que, vu les revenus faibles que l'assuré retirait de son activité dans la restauration, il se justifiait de maintenir la rente entière et de procéder à une révision détaillée, avec contrôle des revenus réels, en 1999.

L'assuré a rempli un questionnaire pour la révision de la rente le 10 octobre 1998. Il y a indiqué ce qui suit : "Mise de fonds dans un restaurant en 1996 en société simple. Cette tentative de réadaptation s'est soldée par un échec. Mon activité occupationnelle d'environ 2 heures par jour ne m'a procuré aucun profit financier. De plus, mon état de santé ne me permet même pas d'accomplir les tâches minimums. De ce fait, je suis contraint de cesser toute activité au 31.10.1998." Le 6 novembre 1998, le Dr D._____ a relevé qu'il n'y avait aucun changement depuis 1997 et a précisé le 20 décembre 1998 que la reprise du travail à 50 % était envisageable, dans une activité n'entraînant pas d'effort physique. Le 2 mars 1999, l'OAI a estimé que les possibilités d'activité relevées par le Dr D._____ allaient dans le sens d'un travail occupationnel et a retenu que l'état de l'assuré était stationnaire. Il a ainsi informé ce dernier du maintien de sa rente sans modification le 18 mai 1999.

C. Lors d'une nouvelle procédure de révision de la rente, l'assuré a signalé dans un questionnaire de l'OAI du 14 août 2002 une aggravation de son état de santé depuis 2000 en raison d'arthrose de la colonne et de la hanche. Il a également indiqué être employé depuis le 1^{er} juillet 2002 par la société C._____ Sàrl, pour des tâches administratives. Interrogé à nouveau par l'OAI, le Dr D._____ a indiqué, dans un rapport du 8 novembre 2002, qu'il n'y avait pas de changement de diagnostic (malgré une très légère amélioration de l'état de santé). Il a estimé que l'activité exercée était encore exigible et sans diminution de rendement.

Le contrat de travail passé entre l'assuré et le restaurant prévoyait une durée déterminée au 30 novembre 2002, pour un temps partiel rémunéré à raison de 1'850 fr. brut par mois. L'assuré a précisé le 6 mai 2003 à l'OAI qu'il s'agissait d'un travail périodique - du 1^{er} mars au 30 novembre - et qu'il ne travaillait pas le reste de l'année.

L'OAI a informé l'assuré le 30 septembre 2003 du maintien de la rente entière, en raison d'un état de santé à peine amélioré et du préjudice économique (73 %) persistant malgré la reprise d'activité.

D. Le 23 septembre 2004, le Service de l'emploi, Commission de lutte contre le travail illicite dans le secteur de l'hôtellerie-restauration (ci-après : SDE) a informé l'OAI de possibles anomalies détectées lors d'un contrôle effectué le 16 août 2004 au Club F._____ (exploité par C._____ Sàrl). L'assuré avait alors produit ses propres certificats de salaire, en précisant qu'il se versait un salaire mensuel de 1'850 fr. afin de ne pas perdre le bénéfice de sa rente AI. Il n'avait cependant pas précisé le sort des bénéfices possibles de l'entreprise. Le SDE a suggéré à l'OAI d'effectuer un contrôle, sachant que deux sociétés inscrites au registre du commerce semblaient être actives pour l'exploitation du restaurant : Z._____ entreprise individuelle et C._____ Sàrl, l'une employant peut-être l'assuré comme simple travailleur, l'autre comme employeur, générant ainsi une perception indue de prestations de l'AI. Le SDE a encore précisé que l'assuré envisageait une exploitation annuelle de son restaurant et non plus saisonnière.

Le 14 février 2005, Z._____ a rempli un nouveau questionnaire pour la révision de la rente AI, y indiquant un état sans amélioration notoire depuis la dernière révision ainsi que la même activité salariée auprès du restaurant exploité par C._____ Sàrl. Le Dr D._____ a rendu un rapport du 8 mars 2005 confirmant l'état stationnaire de l'assuré. Il a estimé sa capacité de travail dans l'activité de gérant de restaurant à 50 %, sans perspective d'amélioration, mais sans contre-indication à une exploitation annuelle de l'établissement.

Les comptes d'exploitation remis par l'assuré à l'OAI ont révélé que la raison sociale de l'entreprise individuelle " Z._____ " (exploitation d'un restaurant), avait été remplacée par celle de la société C._____ Sàrl en 2002.

Le 22 août 2007, l'OAI a informé l'assuré que son droit aux prestations était maintenu sans changement.

E. Dans un nouveau questionnaire pour la révision de la rente du 27 juin 2008, l'assuré a indiqué une aggravation de son état de santé, depuis juin 2007, en raison de problèmes respiratoires. Ceux-ci avaient occasionné une incapacité totale de travail du 25 mai au 28 juin 2007. Il a indiqué que sa situation professionnelle n'avait pas changé, étant toujours employé à 30 % par la société C._____ Sàrl. Dans un questionnaire pour l'employeur du 22 juillet 2008, la société précitée a indiqué que l'assuré percevait un salaire de 2'100 fr. par mois.

Le 3 août 2008, le Dr D._____ a une fois de plus remis un rapport médical à l'OAI, ajoutant au chapitre des diagnostics avec effet sur la capacité de travail une BPCO [broncho-pneumopathie chronique obstructive] et une hyperréactivité bronchique présentes depuis 2005, ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil, présent depuis avril 2008. Concernant la paraparésie, la situation n'avait pas beaucoup évolué depuis 2005. Concernant la BPCO et l'hyperréactivité bronchique, le Dr D._____ a indiqué que l'assuré avait été de plus en plus gêné par ces atteintes respiratoires qui avaient occasionné deux hospitalisations et étaient devenues chroniques. L'assuré souffrait enfin de lombopygalgies, se bloquant épisodiquement le dos. Le Dr D._____ a estimé la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 20 %, sans possibilité d'augmentation par des mesures médicales. Dans un rapport du 7 mai 2009, il a maintenu ces mêmes conclusions, estimant cependant la capacité de travail de l'assuré dans son activité de gérant de restaurant à 30 %. Son salaire pour l'année 2009 s'élevait toujours à 2'100 fr. par mois, selon les informations fournies par la société C._____ Sàrl le 28 avril 2009. Le salaire de 2008 s'était élevé à 27'300 fr., soit 2'100 fr. x 13 mois.

Le 8 décembre 2009, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'une réduction de la rente d'invalidité. Il a retenu les éléments suivants :

"Résultat de nos constatations :

- Vous êtes actuellement au bénéfice d'une rente entière versée depuis le 1^{er} janvier 1991, taux d'invalidité 72 %.
- Selon les renseignements en notre possession, depuis 2005, vous travaillez au restaurant Q._____ [...] toujours pour le compte de la société C._____ Sàrl. Vous avez toutefois augmenté votre taux d'activité dans la mesure où vous travaillez 12 mois par année et touchez désormais un 13^e salaire annuel, au lieu d'une activité exercée 9 mois par année et un salaire payé 9 mois aussi, soit un salaire annuel de 27'300.-. Ce montant a été pondéré selon l'article 31 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20] précité, soit un montant de CHF 23'276.-.
- Selon les dernières pièces médicales du Dr D._____ en notre possession, votre capacité de travail est de 30% dans l'activité actuelle qui paraît à notre avis adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles énumérées par ce dernier. Nous pouvons donc considérer que votre activité actuelle correspond à la meilleure mise en valeur possible de votre capacité de travail résiduelle et que le salaire versé correspond à votre rendement. Nous constatons également que vous n'avez manqué qu'un mois en 2007 pour maladie.
- Lors de l'octroi de votre rente et à l'issue d'une procédure au Tribunal Cantonal des Assurances, le jugement du tribunal de 1993 a retenu comme revenu sans invalidité un montant de CHF 54'000.- à CHF 57'000, indexé pour 2008 à CHF 68'413.-. Nous avons retenu le revenu le plus favorable, retenu par le jugement du tribunal cantonal des assurances de 1993, soit CHF 57'000.-."

La perte de gain étant ainsi de 46'060 fr., le degré d'invalidité s'élevait à 66 %. La rente entière versée jusqu'ici devait être remplacée par un trois quarts de rente, dès le premier jour du 2^e mois suivant la notification de la décision formelle.

L'assuré s'est déterminé sur ce projet de décision par l'intermédiaire de son mandataire le 11 février 2010. Il a soutenu en substance que son taux d'activité n'avait pas augmenté. En effet, lorsque la société C._____ Sàrl exploitait le Club F._____, il travaillait 9 mois par année, à raison de 4h par jour. Lorsque la société C._____ Sàrl exploitait le restaurant Q._____ à La Conversion, il travaillait 12 mois par année, mais à raison de 3h par jour. Pour pouvoir comparer les deux activités, il eût fallu annualiser le temps de travail effectué au Club F._____.

L'OAI s'est déterminé le 11 mars 2010 de la manière suivante :

"Nous relevons que ces indications d'horaires ne concordent pas avec les rapports employeurs que nous avons au dossier. En effet, celui rempli en juillet 2005, indique un horaire de 3 heures par jour depuis le début de son activité en 2002, soit 15 heures par semaines sur un horaire de 45 heures. Celui

rempli en juillet 2008, indique un horaire de 12 heures 15 par semaine sur un horaire de 41 heures.

Ceci dit, il n'y a pas lieu d'assimiler l'incapacité de travail à l'incapacité de gain. La situation de M. Z. _____ ayant changé, les conditions d'une révision de sa rente sont remplies. En effet, il exerce une activité sur 12 mois qu'il a pu poursuivre ces dernières années sans absence, à l'exception d'un mois en 2007. Le revenu qu'il réalise correspond à un travail exigible et à la meilleure mise en valeur possible de sa capacité résiduelle de travail. Le rendement est normal.

Dès lors, il n'y a aucune raison de ne pas en tenir compte. La comparaison des revenus avec et sans invalidité, en tenant compte de l'article 31 LAI, ne donne plus un préjudice permettant de maintenir la rente entière."

L'OAI a confirmé, par décision formelle du 18 mars 2010, la teneur de son projet de décision du 8 décembre 2009.

F. Par acte du 6 mai 2010, Z. _____ a recouru au Tribunal cantonal, par l'intermédiaire de son mandataire, contre la décision précitée. Il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente AI entière est maintenue en sa faveur. Il reproche en substance à l'OAI de n'avoir pas relevé de contradiction dans les déclarations du Dr D. _____, lequel avait évalué sa capacité de travail à 20 % dans son rapport du 3 mars 2008 et à 30 % dans son rapport du 7 mai 2009, tout en relevant un état de santé stationnaire, ce qui n'aurait pas dû conduire à retenir une augmentation du temps de travail.

Dans ses déterminations du 15 juillet 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions, se posant toutefois la question de la pertinence de l'application de l'art. 31 LAI dans sa teneur postérieure au 1^{er} janvier 2008.

Le recourant a produit le 3 octobre 2011 deux nouveaux rapports médicaux des Drs T. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie et M. _____, spécialiste en médecine interne et en cardiologie. Le premier, dans une lettre du 22 novembre 2010, a fait état de la réapparition d'un syndrome restrictif (insuffisance respiratoire). Le second, dans un fax du 3 janvier 2011, a posé le diagnostic de fibrillation auriculaire, inconnu jusque-là. Le recourant en a retenu une aggravation de son état de santé, le syndrome restrictif étant par ailleurs déjà présent en 2007. Concernant les contradictions dans les rapports médicaux du Dr D. _____, le recourant a requis son audition en qualité

de témoin lors de l'audience d'instruction ou, à défaut, son invitation à déposer un nouveau rapport circonstancié.

L'OAI a maintenu ses conclusions dans sa réponse du 26 octobre 2011. Invité le 2 novembre 2011 à se déterminer et à déposer d'éventuelles réquisitions tendant à compléter l'instruction, le recourant y a finalement renoncé le 25 mai 2012, au terme de plusieurs prolongations de délai.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). 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 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques, auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. Le litige porte sur la mesure des prestations à allouer au recourant, au regard de sa capacité résiduelle de travail. Le recourant conteste la diminution, par voie de révision, du droit à la rente, que l'OAI a fixé à un $\frac{3}{4}$ de rente, en lieu et place de la rente entière dont il bénéficiait depuis le 1^{er} janvier 1991.

a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de

l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3 et ATF 129 V 1 consid. 1.2).

b) 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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (ATF 130 V 393 ; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non actif. Est en principe déterminante l'activité

qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194).

Cela étant, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en

compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

d) 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

Si la capacité de travail ou de gain d'un assuré s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée, en fonction de cette amélioration. La modification interviendra dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). La diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 lit. a RAI).

3. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, actuellement art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

4. a) En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation faite par l'OAI, qui a considéré, selon lui à tort, que son taux d'activité avait augmenté. Il fait même état d'une aggravation de son état de santé,

produisant à ce propos deux nouveaux rapports médicaux, celui du Dr T. _____ du 22 novembre 2010 et celui du Dr M. _____ du 3 janvier 2011. Ces avis sont toutefois postérieurs à la date de la décision attaquée, de sorte qu'ils sont sans incidence sur la présente procédure, mais permettront à l'intéressé de déposer une nouvelle demande de révision auprès de l'OAI.

b) Vu l'augmentation du revenu réalisé par le recourant, il incombait à l'OAI de déterminer à nouveau le taux d'invalidité en procédant à la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA (cf. supra, consid. 2c).

L'OAI s'est fondé sur le jugement du Tribunal cantonal du 24 juin 1993 (AI 79/92 - 51/1993) pour fixer le revenu sans invalidité du recourant. Le Tribunal avait retenu un revenu sans invalidité se situant entre 54'000 et 57'000 fr. L'OAI a repris le montant le plus favorable, qui, indexé pour 2008, l'a conduit à retenir un revenu sans invalidité de 68'413 fr. Ce calcul n'est pas critiquable en l'espèce et n'est par ailleurs pas contesté par le recourant.

Comme indiqué au considérant 2c du présent arrêt, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré exerce une activité stable et mettant pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé.

En l'espèce, le dernier rapport du Dr D. _____ du 7 mai 2009 atteste d'une capacité de travail de 30 % de l'assuré dans son activité habituelle, cette dernière étant en outre adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant a renoncé, après de multiples prolongations de délai, à de plus amples mesures d'instruction, y compris à produire une attestation du Dr D. _____ qui modifierait ces dernières constatations, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

L'OAI était ainsi fondé à considérer que l'activité de gérant de restaurant exercée par le recourant correspondait à la meilleure mise en valeur possible de la capacité de travail résiduelle et à prendre en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré dans cette activité, soit 27'300 fr., pour fixer le revenu d'invalidé.

Le calcul effectué par l'OAI pour fixer le taux d'invalidité du recourant n'est ainsi pas critiquable et doit être repris. Le degré d'invalidité de 66 % qui en résulte doit être confirmé.

Quant à l'application qui a été faite de l'art. 31 LAI, cela dans sa teneur postérieurement au 1^{er} janvier 2008, fut-elle plus favorable à l'assuré – comme expliqué par l'intimé dans sa réponse –, on ne voit pas de motif de procéder à une réformatio in peius à laquelle l'intimé a renoncé à procéder.

5. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que c'est à raison que l'OAI a procédé à la révision du cas du recourant. La décision attaquée est par ailleurs fondée quant au mode de calcul du degré d'invalidité et à son résultat en termes de droit aux prestations. Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. En dérogation à l'article 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, arrêtés à 400 fr., compte tenu de l'ampleur de la procédure. Ils seront supportés par le recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 18 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Z. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :