

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

I._____, à Vevey.

Art. 6 à 8, 17 et 43 al. 1 LPGA; 4 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme coiffeur indépendant pour hommes depuis le 1^{er} octobre 1986. Il a été victime d'un accident de la circulation le 13 mars 1995, qui a entraîné un polytraumatisme avec fracture de la cheville droite, une fracture multifragmentaire du pilon tibial gauche avec arthrose post-traumatique, une entorse sévère du genou gauche et une fracture du fémur gauche. Il a présenté une totale incapacité de travail du 13 mars au 3 décembre 1995, puis a retrouvé une capacité de travail de 25% dès le 4 décembre 1995. Son assurance perte de gain a pris en charge son cas et a versé des indemnités journalières en cas de maladie à compter du 13 mars 1995.

Le 3 juillet 1996, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente.

Le 29 novembre 1996, l'OAI a effectué une enquête économique pour les indépendants. Il ressort du rapport du 6 décembre 1996 que les revenus de l'assuré s'élevaient à 46'365 fr. pour l'année 1993, à 24'477 fr. pour l'année 1994 et à 13'480 fr. pour l'année 1995. L'année 1994 n'a toutefois pas été jugée déterminante dans la mesure où l'assuré avait été en incapacité durant plusieurs mois en raison d'un problème à la hanche droite, ce qui a abouti à un préjudice de 72% par comparaison entre 1993 et 1995.

Par décision du 19 mars 1997, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} mars 1996 compte tenu d'un taux d'invalidité de 72%. En septembre 1997, l'OAI a comparé le revenu de l'assuré pour l'année 1996 avec celui de 1993, aboutissant à un taux d'invalidité de 69% et confirmant la rente entière allouée.

L'OAI a initié une procédure de révision de rente le 30 novembre 1999. Dans le cadre de celle-ci, l'assuré a complété le 13 décembre 1999 un formulaire sur lequel il indiquait que son état de santé s'était aggravé au cours de l'année 1997.

Au vu de ces éléments, l'OAI a demandé un rapport intermédiaire au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin traitant de l'assuré. Dans son rapport du 4 février 2000, ce médecin a fait état d'une augmentation progressive de la gêne fonctionnelle et des douleurs avec fatigabilité accrue. Il a également indiqué que l'incapacité de travail en qualité de coiffeur était de 100%, précisant que le patient tentait, de temps en temps, de travailler à une capacité d'environ 25%, mais qu'il ne s'agissait que de brèves périodes de travail.

Par décision du 14 juin 2000, l'OAI a maintenu la rente entière de l'assuré. Il ressort de la fiche d'examen datée du même jour qu'au vu des comptabilités de l'assuré pour les années 1997 et 1998, ainsi que de l'avis du Dr N._____ du 4 février 2000, un taux d'invalidité de 75% pouvait être retenu.

Le 23 juin 2005, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision de rente. Dans un formulaire complété le 19 juillet 2005, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même.

Dans un rapport médical du 12 décembre 2005, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un status après fracture diaphysaire du fémur gauche, un status après fracture du pilon tibial gauche, un status après fracture bi-malléolaire de la cheville droite et un status après entorse grave du genou gauche. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a indiqué une hypertension artérielle traitée ainsi qu'une obésité avec un indice de masse corporelle à 35. Il a en outre exposé ce qui suit au chapitre de l'anamnèse :

« Antécédents personnels

Patient jouissant d'une bonne santé exerçant son métier de coiffeur jusqu'en 1995 où il fait l'objet le 13 mars 1995 d'un grave accident de la circulation justifiant une prise en charge chirurgicale à l'Hôpital de [...]. A la suite, il est suivi par le Dr [...] qui, au vu de l'évolution des différents traumatismes osseux, appuie une demande d'incapacité de travail partielle justifiée par l'impossibilité pour ce patient, coiffeur, de rester longtemps debout. Actuellement, le patient se plaint surtout de douleurs dans la cheville gauche qui est le siège d'une importante arthrose susceptible de faire l'objet d'une arthrodeèse. Il a également développé une importante instabilité du genou gauche rendant difficile les longs déplacements, entraînant régulièrement un épanchement articulaire et des douleurs lorsqu'il est trop longtemps debout ».

Le médecin a également précisé que cette situation rendait toujours impossible l'activité professionnelle de l'assuré dans une mesure correspondante à l'incapacité décidée en 1996.

Par décision du 22 décembre 2005, l'OAI a maintenu la rente entière de l'assuré pour un degré d'invalidité de 75%.

Le 9 janvier 2006, l'assuré a annoncé à l'OAI son départ en [...]. Il est revenu en Suisse le 20 novembre 2006. Selon l'extrait de compte individuel, il n'a perçu aucun gain en 2006.

b) Le 15 avril 2009, l'assuré a déposé une demande de moyens auxiliaires. Dans le formulaire idoine, il s'est annoncé comme indépendant en tant que vendeur de fruits et légumes à 40% pour un salaire mensuel de 1'500 francs. Par décision du 10 mars 2010, l'OAI a admis la prise en charge de chaussures orthopédiques spéciales en raison d'une importante déformation des articulations tibiotarsiennes.

c) Le 17 décembre 2009, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision de rente. Dans le questionnaire pour la révision de la rente complété le 18 janvier 2010, l'assuré a indiqué que son état de santé était stationnaire. Il a également précisé être indépendant et avoir touché un salaire annuel de 18'000 fr. en 2006, 2007 et 2008.

Dans un rapport médical du 6 janvier 2010, adressé le 17 février 2010 à l'OAI, le Dr C. _____ a notamment indiqué que l'assuré ne pouvait pas exercer une activité uniquement en position assise tandis qu'une activité uniquement en position debout pouvait être exigible à raison de quatre heures par jour.

Par courrier du 26 février 2010, l'assuré a fait parvenir à l'OAI ses pièces comptables pour les années 2007 et 2008, en précisant que celles concernant l'année 2009 suivraient. Il a informé ne pas pouvoir fournir de tels documents pour les années 2004 à 2006 dès lors qu'il résidait en [...]. Il a en outre indiqué que les cotisations AVS lui ont été versées par son ancien employeur D. _____ à [...] pour un salaire annuel de 18'000 fr. pour une occupation partielle en qualité de vendeur alimentaire.

Dans un rapport médical du 1^{er} juin 2010, le Dr C. _____ a informé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. La date du dernier contrôle indiquée était le 1^{er} février 2010. Le médecin a également exposé, quant aux restrictions physiques, que dans son activité de coiffeur, l'assuré souffrait d'une apparition progressive de douleurs en position debout. Cette activité ne pouvait pas être exigible à plus de 25%. Au sujet d'une éventuelle activité adaptée, le médecin a noté qu'une activité uniquement en position debout ne pouvait pas être exigible, tandis qu'une activité uniquement en position assise pouvait l'être et à temps complet.

Sur demande de l'OAI, l'assuré a, par courrier du 27 juillet 2010, indiqué avoir travaillé depuis 2007 en qualité de vendeur de fruits et légumes à 50% pour un salaire mensuel de 1'500 francs. Il a produit les données relatives à ses revenus et sa fortune pour les années 2007 et 2008 en précisant ce qui suit : « En ce qui concerne l'année 2009, en tant qu'indépendant (même activité), la déclaration n'a pas encore été faite. Elle suivra fin octobre » (traduit de [...] par l'OAI, cf. communication interne du 27 juillet 2010).

L'OAI a également eu connaissance du fait que l'assuré travaillait comme indépendant depuis août 2009 en tant que titulaire de la raison individuelle « B. _____ », dont le but est le commerce de produits alimentaires (cf. extrait du registre du commerce du 29 juillet 2010 au dossier de l'OAI).

Il ressort de l'extrait de compte individuel que l'assuré a perçu un revenu de 16'500 fr. en 2007 et de 18'000 fr. en 2008, versés par D. _____ à [...].

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Le 8 septembre 2010, le Dr L. _____ du SMR a précisé ce qui suit :

« L'exigibilité dans une activité adaptée semble n'avoir jamais été définie. Actuellement, l'état de santé est stationnaire. Dans son rapport du 17.2.2010, le Dr C. _____ estime qu'une activité légère assise pourrait être exercée à 50% (4 heures/jour). Nous n'avons pas de raison de nous écarter de cette appréciation ».

En définitive, le Dr L. _____ a retenu une capacité de travail de 25% dans l'ancienne activité et de 50% dans une activité adaptée.

Dans un rapport initial et final adulte du 24 janvier 2011 faisant suite à un entretien avec l'assuré, le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI (ci-après : la REA) a fait part des éléments suivants :

« **Observations complémentaires du conseiller si nécessaire :** (y.c. [y compris] limitations selon l'assuré si différentes des avis médicaux)

F. _____ précise qu'il est en pourparlers pour louer un local de 30 m2 dans lequel il va créer un salon de coiffure « Homme ». Il veut renouer avec son métier. En tant qu'indépendant, il peut s'organiser comme il le veut : pourra se reposer entre chaque client s'il le veut. Ne sait pas à quel moment les travaux vont se terminer. Il pense d'ici deux/trois mois.

Il confirme avoir cessé son activité dans le domaine des fruits et légumes. Faisait les marchés deux fois par semaine et restait dans le

dépôt pour vendre les produits. Pour des raisons de température il a cessé cette activité en avril 2010.

Dit vouloir travailler afin de s'occuper. Cependant, ne voit pas le type d'emploi qu'il pourrait avoir hormis la coiffure ».

L'assuré a également indiqué qu'avant la survenance de l'invalidité, il avait travaillé en tant que coiffeur indépendant de 1986 jusqu'à son départ en [...] en 2004 à un taux d'activité de 30 à 35% pour un revenu de 4'500 fr. par mois selon les années. Après la survenance de l'invalidité, il avait oeuvré en qualité de commerçant de fruits et légumes de 2007 à 2010, d'abord en tant qu'employé de son neveu, puis à son propre compte. Il touchait 1'500 fr. par mois, soit 18'000 fr. par an en étant indépendant et 14'000 fr. par an en tant qu'employé de son neveu. Il a en outre ajouté que son neveu, à qui il avait revendu son salon, le contactait pour quelques coupes de cheveux, à raison d'une à deux coupes par jour.

L'OAI a pris des nouvelles de l'assuré par téléphone le 24 mars 2011. L'entretien téléphonique a été synthétisé dans une note du même jour comme suit :

« Prenons des nouvelles de l'assuré. Au mois de février 2011, il nous avait précisé qu'il pourrait reprendre un local pour se mettre à son compte en tant que coiffeur indépendant. Nous en avait déjà parlé lors de notre entretien en janvier 2011.

Aujourd'hui voulons lui proposer d'intégrer la structure V. _____ car il présente une capacité de 50% dans une activité adaptée de type industrie légère.

Nous dit qu'il a accepté un remplacement à [...] à 50%. Il remplace une personne malade et devrait le faire pendant 10 mois. Par la suite ne sait pas. Questionnons le salaire qu'il perçoit. Ne répond pas vraiment. Dit qu'il a commencé la semaine dernière. Pensons qu'il est impossible qu'il ait accepté un tel emploi sans connaître le salaire qu'il percevra. Nous dit qu'il s'agit d'un salaire habituel pour un coiffeur soit, environ CHF 3'400.- pour un 100%. Il y va les matins ou les après-midi selon les besoins.

Le rendons attentif que cet emploi n'est pas adapté et qu'il pourrait bénéficier d'un soutien pour trouver le poste dans l'industrie. Se fâche. Dit que nous ne voulons pas l'aider, qu'il est impossible pour lui d'abandonner la coiffure et qu'il ne comprend pas pourquoi nous voulons modifier quoi que ce soit à sa situation. Lui rappelons que

son dossier fait partie des révisions de rente d'office et que dans ce contexte nous tentons de trouver une solution pour lui.

Décidons de le recevoir lundi 28 mars 2011 à 10h00 ».

Selon la note de l'entretien téléphonique de l'OAI avec l'assuré du 13 avril 2011, le remplacement n'a finalement pas eu lieu, car il était trop cher pour la personne en possession du commerce. L'assuré ne comprenait pas que l'OAI puisse penser qu'à l'âge de 53 ans, il pourrait recommencer à travailler dans le domaine de l'industrie. Il ne voulait pas de rendez-vous et précisait que toute communication serait revue par son avocat.

Finalement, l'assuré a accepté de rencontrer le 15 juin 2011 une conseillère en réadaptation professionnelle. Il ressort de la note d'entretien qu'il n'était pas d'accord d'envisager un emploi dans l'industrie légère et qu'il était en train de monter un nouveau salon de coiffure à [...].

Par courrier du 20 juin 2011, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation de collaborer avec délai au 15 juillet 2011, en exposant les faits suivants :

« Nous avons eu divers entretiens, aussi bien en nos bureaux que téléphoniques, au sujet de la révision de votre rente. Le SMR (Service Médical Régional) basé sur l'avis de votre médecin traitant, vous reconnaît une capacité de travail de 50% dans une activité légère.

Lors de nos diverses discussions, nous avons tenté de vous convaincre d'envisager un essai dans le domaine de l'industrie légère. Celui-ci aurait permis de déterminer si cette capacité de travail de 50% est exigible. Nous vous avons proposé d'être inséré au sein de V._____ à [...] ou dans une autre structure qui peut vous recevoir en internat (afin de vous éviter de nombreux déplacements). Nous vous avons même proposé de faire un stage pendant un mois seulement. Ce test aurait donné des éléments concrets sur vos capacités à retrouver un emploi à 50%. Vous avez refusé car vous voulez rester dans le domaine de la coiffure; emploi qui n'est, selon nous, pas adapté à vos limitations fonctionnelles ».

Par courrier du 6 juillet 2011, l'assuré, désormais représenté par Me Charles Munoz, a confirmé qu'il reprenait un salon de coiffure la semaine suivante à [...] et demandait la suspension de la procédure de

révision en cours afin de lui permettre de démarrer son activité indépendante de coiffeur et de faire le point de la situation après six mois ou une année.

Il ressort de l'extrait de compte individuel que l'assuré a perçu un salaire de 6'000 fr. pour les mois d'août à décembre 2010, versé par D._____ à [...].

Par courrier du 26 août 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne pouvait pas cautionner son activité de coiffeur indépendant et que la procédure de révision en cours ne serait pas suspendue. L'activité de coiffeur étant inadaptée et sa capacité de travail dans une activité adaptée étant clairement supérieure, c'était celle-ci qui devait être mise en œuvre.

Par décision du 27 septembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.

Il ressort du rapport final du 27 septembre 2011 de la REA notamment ce qui suit :

« Cet assuré est au bénéfice d'une rente entière depuis 1996. L'avis médical SMR du 08.09.2011 mentionne qu'il pourrait exercer une activité adaptée à 50%.

Avons proposé à cet assuré une mesure de réadaptation afin de vérifier si sa capacité de travail correspond à l'avis médical [...]. Il s'y refuse. A fait appel à un avocat. Il veut garder son activité (coiffeur) qui n'est pas adaptée.

De plus, un mandat LFA [lutte contre la fraude] a été ouvert. Après discussion avec l'un de ses membres, décision est prise de clore ce dossier avec une approche théorique [...], qui indiquera que l'assuré sera au bénéfice d'une ½ rente [...] ».

Selon la fiche d'examen du 29 septembre 2011 de l'OAI, un salon « E._____ » a ouvert en juillet 2011 à la nouvelle adresse de l'assuré à [...]. Le salon était ouvert, avec ou sans rendez-vous, de mardi à

vendredi de 8h à 12h et de 13h30 à 18h30 ainsi que le samedi de 8h à 12h et de 13h à 16h, soit un horaire hebdomadaire de 43 heures.

Dans un avis médical du 13 octobre 2011, le Dr H. _____ du SMR a exposé les éléments suivants :

« [...].

En juillet 2011, l'assuré ouvre son propre salon de coiffure à [...], avec des horaires d'ouverture qui correspondent à 43h/semaine. Selon les renseignements au dossier, il n'a pas d'employé, et est donc seul à travailler dans son salon.

Dans le cadre de ces reprises d'activité, notamment dans une activité considérée comme peu adaptée à son état de santé, vous mandatez le SMR afin de réviser l'appréciation de l'exigibilité de l'assuré dans son activité habituelle de coiffeur, dans une activité de vendeur de fruits-légumes, ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

A la lecture des derniers rapports médicaux du Dr C. _____ au dossier, l'assuré présente uniquement des séquelles traumatiques au niveau du membre inférieur gauche comme atteinte à la santé avec répercussions sur la CT [capacité de travail]. Ces atteintes occasionnent une boiterie, une instabilité du genou, ainsi que la nécessité de porter des chaussures adaptées, limitations fonctionnelles qui ne sont guère compatibles avec une activité de coiffeur ou de vendeur de fruits-légumes sur les marchés. Toutefois, dans une activité sédentaire, exercée en position assise, sans port de charge lourde, l'on ne voit pas ce qui limiterait la CT de l'assuré, comme en témoigne le rapport médical du 01.06.2010 du Dr C. _____ ».

Au vu de ces éléments, le Dr H. _____ a estimé qu'il convenait de solliciter des renseignements auprès du Dr C. _____ en complément de son rapport médical du 1^{er} juin 2010.

Selon l'attestation du 24 octobre 2011 de la caisse AVS coiffure et esthétique, l'assuré s'était réaffilié à partir du 1^{er} juillet 2011 au nom de l'entreprise « E. _____ » à [...]. Il était auparavant affilié en tant qu'assuré exerçant une activité indépendante dans la profession principale du 1^{er} octobre 1986 au 31 décembre 2005.

Par courrier du 24 novembre 2011, le mandataire de l'assuré a indiqué que son client n'avait aucun lien avec la raison sociale du magasin « [...] », étant en fait la raison de commerce du précédent magasin

exploité dans le même local que B._____. Il avait cessé son activité dans la vente de fruits et légumes dès lors qu'elle était trop pénible au vu de son état de santé. Il avait ainsi cherché à reprendre son activité de coiffeur, ce qui lui permettait de gérer sa journée de travail en faisant une pause entre chaque coupe et de travailler en position assise sur un tabouret à roulettes. Au contraire de ce que soutenait l'OAI, il n'avait pas refusé de suivre un stage mais il n'était plus disponible vu les démarches qu'il avait déjà entreprises pour l'ouverture de son salon à [...]. Considérant son âge et sa formation, il pouvait tirer un rendement maximum de sa capacité résiduelle de travail dans son activité de coiffeur, plutôt que dans une hypothétique autre activité adaptée. Le mandataire proposait à nouveau de suspendre la procédure de révision pour examiner, après un an d'exploitation par exemple, quels revenus son client était en mesure de réaliser. Il a en outre produit les déclarations d'impôts de l'assuré pour les années 2009 et 2010 ainsi que les comptes de l'entreprise B._____ pour 2009 et 2010.

En réponse à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr C._____ a, dans un rapport médical du 13 mars 2012, exposé les éléments suivants :

« **Status clinique orthopédique :**

[...].

Genou G [gauche] présentant un important remaniement arthrosique avec signe clinique de condropathie rotulienne, extension normale, distance talon-fesse 30 cm à G et 15 cm à D [droite].

Genou D : sp.

Cheville D présence de 2 cicatrices au niveau des 2 malléoles, importantes déformations de l'articulation, laquelle est chaude, boursouflée.

Cheville G : flexion 0°, extension 15°, pronation 10°, éversion 10°

Cheville D : flexion 10°, extension 30°, pronation 15-20°, supination 15°

Traitement actuel :

Le patient présente actuellement des douleurs survenant à la marche après environ 400 m. Dans son activité de coiffeur, il supporte d'être debout environ 40 min. puis doit s'asseoir l'équivalent de 20 min. Les douleurs sont essentiellement au niveau de la cheville G, mais parfois également au niveau du genou G.

Son traitement consiste d'une part dans le port d'une chaussure orthopédique et quotidiennement dans la prise d'un AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] sous forme d'Ecofénaç 50 mg 3x/j. associé à du Dafalagan. L'importance de ce dernier traitement reste en fonction de son activité et de l'intensité des douleurs.

En ce qui concerne le suivi à ma consultation celui-ci est plutôt rare, le patient étant à même de se traiter seul. En moyenne, il est venu 1-2 fois/an depuis 2009.

M. F. _____ n'est pas suivi par un spécialiste. En ce qui concerne l'activité exercée, conformément à ce qui avait été affirmé dans le rapport médical de 2010, on peut estimer que ce patient pourrait exercer à 100% une activité en position assise. Lors de la dernière consultation, M. F. _____ m'a informé qu'il était en train d'ouvrir un salon de coiffure à [...], estimant qu'il pourrait reprendre cette profession à 50% puisqu'il ne peut pas rester debout sans pause au-delà d'une quarantaine de minutes. Il souhaiterait pouvoir tester cette activité environ 18 mois, après quoi il souhaiterait discuter une réévaluation de sa rente, pour autant qu'il soit à même de réaliser à 50% son activité et qu'elle reste financièrement rentable ».

Dans un avis médical du 11 avril 2012, le Dr R. _____ du SMR a constaté que le Dr C. _____ avait fourni les renseignements demandés et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions.

Par projet de décision du 26 juillet 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré. Il a constaté qu'un motif de révision existait dès lors que l'assuré avait quitté son activité indépendante de coiffeur en 2006. L'instruction médicale avait alors révélé qu'il avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès juin 2010. Le revenu d'invalidité avait par conséquent été revu et, comparé avec son revenu sans invalidité, le préjudice économique ne s'élevait plus qu'à 5.01%. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, son droit à la rente s'éteignait.

L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier de son mandataire le 14 septembre 2012. Il a conclu à la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous forme d'un examen médical complet, subsidiairement à l'octroi, à tout le moins, d'une demi-rente d'invalidité. Il estimait que la cessation de son activité indépendante de coiffeur ne pouvait constituer un motif de révision. Par ailleurs, la reconnaissance d'une capacité de travail de 100% dans une activité sédentaire et exercée en position assise reposait sur le seul avis du Dr C. _____ du 13 mars

2012. Enfin, il soutenait qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport final du 27 septembre 2011 de l'OAI, lequel prenait en compte une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée et concluait à l'octroi d'une demi-rente.

Par courrier du 19 novembre 2012 au mandataire de l'assuré, l'OAI a fixé à l'intéressé un délai au 3 janvier 2013 pour lui faire part de sa position quant à l'examen d'éventuelles mesures de réadaptation, conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA.

Le 3 janvier 2013, l'assuré, par le biais de son mandataire, a répondu qu'il était prêt à participer à d'éventuelles mesures professionnelles, sous condition toutefois qu'un examen complémentaire sur le plan médical soit réalisé, dans la mesure où il contestait que sa capacité de travail excède 50%.

Dans un courrier du 11 mars 2013 au mandataire de l'assuré, l'OAI a nié le droit aux mesures d'ordre professionnel. Il a considéré que l'intéressé avait confirmé ses conclusions de telle sorte qu'une aptitude subjective à la réadaptation ne saurait lui être reconnue. Quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, il ressortait clairement des rapports médicaux des 1^{er} juin 2010 et 13 mars 2012 du Dr C. _____ qu'elle était entière.

Par décision du 11 mars 2013, l'OAI a supprimé le droit à la rente d'invalidité de l'assuré, avec effet dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant sa notification. Il a constaté que l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès juin 2010, telle qu'elle n'entraînait pas de préjudice économique suffisant par rapport à son ancienne activité pour maintenir le droit à une rente.

B. Par acte de son mandataire du 26 avril 2013, F. _____ recourt contre la décision du 11 mars 2013 rendue par l'OAI, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision après

examen médical et subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2013. Il fait tout d'abord valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'a jamais été définie et que son état de santé n'a pas subi de modification, de sorte qu'il n'existe pas de motif de révision. Il soutient en outre que l'on ne saurait lui reprocher d'avoir refusé une mesure de réadaptation, étant donné qu'il s'est remis à son compte en ouvrant un salon de coiffure/barbier en juillet 2011, ce qui relève d'une démarche visant à limiter le dommage de l'assurance-invalidité. Son taux d'invalidité devrait selon lui être évalué en comparant le revenu qu'il tire de cette activité indépendante avec celui qu'il réalisait sans invalidité. Il invoque également un défaut d'instruction quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, soutenant que l'OAI ne pouvait pas se baser uniquement sur le rapport du 1^{er} juin 2010 du Dr C._____, duquel il ressort plusieurs contradictions, notamment avec ses constatations antérieures. Enfin, il conteste le calcul du salaire exigible, en particulier les éléments, tels que le revenu de référence et le taux de réduction au titre de désavantage salarial, pris en considération par rapport au premier calcul effectué le 27 septembre 2011 par l'OAI.

Dans sa réponse du 24 juin 2013, l'intimé conclut à la confirmation de sa décision.

Par courrier du 27 septembre 2013, le recourant confirme les conclusions prises dans son recours et produit les bilans et comptes d'exploitation 2011 (sur six mois) et 2012 de son activité indépendante de coiffeur qui permettraient de déterminer le revenu effectif qu'il est en mesure de réaliser.

Dans ses déterminations du 11 novembre 2013, l'intimé explique que l'activité de coiffeur exercée depuis juillet 2011 par le recourant n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il soutient en revanche qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que vendeur ou représentant dans le domaine de la coiffure et qu'il n'y a par conséquent pas lieu de prendre en considération son revenu actuel pour procéder à l'évaluation de son taux d'invalidité.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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 formé en temps utile – compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la suppression, par la voie de la révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision litigieuse. Invoquant une violation de l'art. 17 LPGA, le recourant soutient tout d'abord que la révision de son droit à la rente repose sur une nouvelle appréciation du cas et non pas sur un changement réel des circonstances, puisque son état de santé ne s'est pas modifié.

a) La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b).

b) En l'espèce, la révision du droit à la rente à laquelle a procédé l'intimé repose sur un changement dans la situation économique et personnelle du recourant, qui a cessé son activité indépendante de coiffeur au 31 décembre 2005 (attestation de la caisse AVS du 24 octobre 2011). Jusqu'à ce qu'il ait eu connaissance de cette modification, l'OAI a apparemment considéré qu'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il abandonnât son activité indépendante (cf. reconnaissance du statut d'indépendant et maintien de la rente entière à l'issue des révisions successives, la dernière fois, par communication du 22 décembre 2005). En revanche, la cessation de l'activité indépendante du recourant et le changement de statut qui s'en est suivi (cotisations sociales en 2007 et 2008 en tant que salarié de l'entreprise D._____; extrait du compte individuel du 2 août 2010) correspondent à une modification des circonstances conduisant à rendre exigible de l'assuré l'exercice d'une activité salariée et à appliquer la méthode de la comparaison des revenus (et non plus la méthode extraordinaire) (dans ce sens : TF 9C_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1.2).

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a considéré qu'un motif de révision ressortait du dossier et justifiait une appréciation de son cas à l'aune des modifications survenues.

3. Dans un second moyen, le recourant reproche à l'OAI d'avoir supprimé sa rente sans avoir mis en oeuvre des investigations médicales

complémentaires pour déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée.

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 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demie-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.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi

que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. 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 256 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

4. En l'espèce, l'intimé se fonde sur les rapports médicaux des 1^{er} juin 2010 et 13 mars 2012 du Dr C._____ pour constater que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée dès

le 1^{er} juin 2010. Dans son rapport du 1^{er} juin 2010, le Dr C._____ notait qu'une activité uniquement en position assise pouvait être exigible à temps complet. Il s'est limité à confirmer ce constat dans son rapport du 13 mars 2012 en estimant que le recourant pourrait exercer à 100% une activité en position assise. Or, dans son rapport médical adressé le 17 février 2010 à l'OAI, ce médecin indiquait a contrario qu'une activité uniquement en position assise n'était pas exigible tandis qu'une activité uniquement en position debout pouvait l'être à hauteur de quatre heures par jour. L'état de santé du recourant n'avait pourtant pas subi de modification entre janvier et juin 2010 comme le médecin le mentionnait dans son rapport du 1^{er} juin 2010. En outre, il était précisé que la date du dernier contrôle était le 1^{er} février 2010. On peut ainsi constater qu'en établissant son rapport du 1^{er} juin 2010, le médecin n'avait pas revu le recourant depuis son précédent rapport. Quant au rapport du 13 mars 2012, il n'a pas davantage été établi à la suite d'une consultation du recourant. En effet, le Dr C._____ y indiquait que le recourant venait à sa consultation rarement (une à deux fois par an), précisant que lors de sa dernière consultation, le recourant l'informait qu'il était en train d'ouvrir un salon de coiffure à [...], ce qui remonte à la période précédent le mois de juillet 2011.

Au vu de ces éléments, force est de constater que les rapports médicaux du Dr C._____ - sur lesquels se base l'intimé pour supprimer la rente du recourant - ne se fondent pas sur des examens complets et sont de surcroît contradictoires. De plus, aucun élément au dossier ne permet de confirmer ou d'appuyer le rapport du 1^{er} juin 2010 (ou celui du 13 mars 2012) plutôt que celui du 17 février 2010 quant aux activités exigibles.

Par ailleurs, le Dr C._____ est spécialiste en médecine interne générale. Selon les pièces au dossier, le recourant a pour la dernière fois été examiné par son médecin spécialiste en orthopédie, le Dr N._____, à l'occasion de son rapport médical du 4 février 2000 - soit plus de dix ans avant la décision litigieuse - lequel ne se prononçait aucunement sur une éventuelle capacité de travail dans une activité

adaptée. Le recourant n'a dès lors plus fait l'objet d'un examen sur le plan orthopédique depuis le 4 février 2000. Force est donc de constater que le point litigieux, à savoir la capacité de travail dans une activité adaptée, n'a pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. C'est d'ailleurs ce qu'avait relevé le Dr L._____ du SMR dans son avis du 8 septembre 2010. Ce médecin avait en outre retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, se fondant sur le rapport médical du 17 février 2010 du Dr C._____, tandis que son collègue du SMR, le Dr H._____, s'est basé sur le rapport médical du 1^{er} juin 2010 du Dr C._____, estimant que la capacité de travail de l'intéressé était complète (cf. avis médical du 13 octobre 2011). Malgré qu'ils aient tous deux eu connaissance des deux rapports médicaux de 2010 du Dr C._____, les médecins du SMR n'ont pourtant pas étayé leurs conclusions, ni la raison de leur divergence.

Les rapports médicaux du Dr C._____ n'avaient ainsi pas valeur probante au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra) et ne pouvaient servir de seule base d'appréciation de l'état de santé somatique du recourant, en particulier en ce qui concerne sa capacité de travail dans une activité adaptée. Aussi, faute de disposer d'un avis ayant pleine valeur probante, l'intimé aurait du procéder à une instruction complémentaire sur le plan orthopédique en confiant une expertise à un spécialiste en ce domaine.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) Compte tenu du fait que le cas de l'assuré n'a pas fait l'objet d'un examen sur le plan orthopédique, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction conformément au considérant 4 ci-dessus, puis rende une nouvelle décision.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants. A cette occasion, en fonction du résultat de l'instruction, il appartiendra à l'intimé d'examiner dans quelle mesure le recourant est en mesure de tirer profit de sa capacité de travail et qu'il prenne le cas échéant – sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé (art. 21 al. 4 LPGA) – les mesures nécessaires à la réintégration de celui-ci dans le circuit économique. Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'intimé pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité. Par conséquent, il est à ce stade prématuré de se prononcer sur les aspects économiques du droit à la rente, en particulier sur la comparaison des revenus à laquelle l'intimé a procédé, étant donné le renvoi de la cause.

7. Obtenant gain de cause, le recourant qui est assisté d'un mandataire professionnel a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'ampleur de la procédure et de la difficulté de la cause, il convient de fixer cette indemnité à 2'500 francs.

En dérogation à l'art. 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 assurance est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ils doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 11 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) au recourant.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains (pour F. _____, à [...]),
- 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 :