

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 929 vom 10. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__929

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 929 du 10 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 929 del 10 novembre 2017

Regeste

SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉTROACTIVITÉ | 28 LAI, 17 al. 1 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88bis al. 2 RAI

Erwägungen

E. 3

En définitive, A.L._____ est reconnu coupable d'abus de confiance, de tentative d'abus de confiance, de tentative d'escroquerie et de faux dans les titres. Il ne reconnaît que la dernière de ces infractions. Certes, on lui donnera acte que lui-même et son épouse avaient développé avec les époux H._____ une relation proche et qu'ils se sont tous deux bien et beaucoup occupés des époux H._____, à tout le moins dès février 2010. Malgré cela, force est de constater qu'A.L._____ a utilisé le rapport de confiance qu'il avait établi en particulier avec I.H._____ pour satisfaire son appât du gain. Au tout début de son audition du 22 septembre 2010, il a expliqué aux enquêteurs que s'il a agi de la sorte, c'est notamment après avoir appris que le fisc [...] prenait la moitié des donations dans les cas qui pouvaient le concerner. C'est bien son intérêt qu'il souhaitait protéger également lorsqu'il a tenté de convaincre l'Agence d'Assurances sociales d' [...] que les époux H._____ avaient droit à des prestations complémentaires. Enfin, c'est à son propre usage qu'il a affecté les trois prélèvements faits auprès de la banque Y._____ et qu'il a voulu faire passer pour une donation. La situation financière du prévenu était pourtant déjà très favorable. Cela rend d'autant plus injustifiable son comportement à l'égard d'I.H._____ qu'il prétendait considérer comme sa grand-mère et qui lui faisait une confiance aveugle. Tellement aveugle du reste qu'I.H._____ ne semble pas avoir réalisé que les prélèvements totalisant 66'000 fr. sur son compte Y._____ représentaient plus de la moitié du montant qui y était déposé au 31 décembre 2009 et qui était alors de 121'983 fr. 40. Ainsi, les liens qui existaient entre I.H._____ et le prévenu, loin d'excuser son comportement, le rendent encore plus odieux. Sa culpabilité apparaît ainsi comme lourde. A décharge, on tiendra compte de l'absence d'antécédent et du fait que s'il a profité de la situation, A.L._____ s'était montré plein d'attentions à l'égard d'I.H._____. A charge, on retiendra le concours d'infractions, la gravité des délits commis et le déni dans lequel A.L._____ est encore aujourd'hui quant à sa responsabilité envers I.H._____. Une peine pécuniaire paraît adéquate à sanctionner ses agissements. Le montant du jour amende sera fixé à 150 fr. compte tenu de la fortune et des revenus élevés du condamné. S'agissant d'une première condamnation, A.L._____ pourra bénéficier du sursis dont il remplit les conditions objectives et subjectives." Le 22 novembre 2013, le Service des fraudes de l'OAI s'est interrogé au vu de ce jugement sur l'état de santé réel de l'assuré depuis février 2010 pour le moins et estimé indispensable un réexamen médical de la situation. Dans un avis du 25 novembre 2013, les Drs V._____ et M._____,

médecins au SMR ont exposé notamment ce qui suit : "A la lecture des faits qui sont décrits dans le jugement pénal, il y a lieu de constater que l'assuré a fait preuve d'un certain nombre de ressources depuis février 2010 au moins. Celle[s]-ci apparaissent en discordance avec les limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant (niveau de supportabilité de stress bas, une angoisse vis-à-vis des nouvelles situations, une grande fatigabilité, peu de ressources personnelles) et l'exigibilité retenue dans son activité de chauffeur de bus. Depuis février 2010 au moins, il est vraisemblable que l'on aurait pu attendre de l'assuré une CT plus élevée au vu des activités déployées depuis lors en plus de son activité professionnelle. Actuellement, le psychiatre traitant décrit un état de santé stationnaire avec une CT exigible de 50 % et une prise en charge psychiatrique plutôt légère. Dès lors, compte tenu des nouveaux éléments au dossier, il y a à mon sens lieu de réévaluer la situation par une expertise psychiatrique externe . En plus de répondre aux questions habituelles, l'expert devra se prononcer, dans la mesure de ses possibilités, sur l'évolution de l'état psychique de l'assuré depuis février 2010 au moins, ainsi que sur sa CT exigible depuis lors. Le jugement du Tribunal devra à mon avis être mis à disposition de l'expert afin qu'il ait lui aussi connaissance de tous les éléments au dossier." Au cours d'un entretien qui a eu lieu dans les locaux de l'OAI le 6 décembre 2013, l'assuré a notamment déclaré que son travail était très difficile, en citant pour cause principale la circulation routière, et a précisé également ressentir des douleurs aux épaules et à la nuque, en ajoutant que ces dernières étaient bloquées depuis plusieurs années. Il a exposé travailler quatre heures par jour et être dans l'obligation de se reposer et de se coucher un moment après ces quelques heures, en raison des douleurs provoquées aux épaules et à la nuque. Concernant sa médication, il a soutenu prendre quotidiennement du Cymbalta et du Solium 100. Il lui a été expliqué qu'au vu des éléments figurant dans le jugement, sa rente allait devoir être suspendue. Par décision du 9 décembre 2013, l'OAI a suspendu la rente de l'assuré avec effet au 31 décembre 2013, en considérant notamment ce qui suit : "Au mois d'octobre 2013, à la prise de connaissance du jugement rendu par le Tribunal d'arrondissement [...] le 20 août 2013, nous avons appris que vous aviez été reconnu coupable d'abus de confiance, d'escroquerie et de faux dans les titres en abusant de la faiblesse d'un couple de personnes âgées, par un stratagème vous ayant permis de réduire frauduleusement leur fortune dès février 2010. Ce comportement allant à priori à l'encontre de l'état dépressif, de la grande fatigue et de l'absence de ressources personnelles pour lesquelles nous vous avons reconnu un droit à une rente, nous suspendons le droit à la rente avec effet immédiat, comme nous vous l'avons expliqué lors d'un entretien dans nos bureaux le 6 décembre 2013." Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il résultait ce qui suit de son rapport établi le 10 octobre 2014 : " Appréciation du point de vue de la médecine des assurances Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F 33.1) . Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens. Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile. · Situation

actuelle Dans le cas présent, votre assuré présente actuellement un épisode dépressif moyen. L'argumentation diagnostique en a été développée plus haut dans le texte de ce rapport médical. En appliquant la Mini CIF-TAPP, qui tend à devenir une référence en la matière, on devrait retenir les capacités et des incapacités ci-après. M. A.L. _____ présente vraisemblablement une diminution de son endurance, au vu de la fatigue, de la fatigabilité et des conséquences diurnes des troubles du sommeil. Il paraît raisonnable d'admettre qu'il ne serait actuellement pas capable de tenir à plein temps dans l'activité d'un chauffeur professionnel de transport de personnes. Actuellement, l'intéressé manque probablement de capacités adaptatives. Il peut avoir des difficultés dans ses relations sociales en général. Il dit qu'il tend d'ailleurs à s'isoler. Il a probablement des difficultés à prendre des initiatives au travail d'après les informations qu'il donne et ce qui a été observé lors de cette évaluation. Il est en ce moment peu probable que M. A.L. _____ soit pleinement capable de développer des activités de loisirs dans le monde extra-professionnel. Votre assuré conserve néanmoins des ressources conséquentes. Il est apte à s'adapter aux règles et aux routines de sa profession. Rien n'indique qu'il ne soit pas à même de planifier, de structurer et d'organiser son travail au vu de ce qu'il rapporte à ce sujet. Il peut apprécier une situation et de prendre des décisions en conséquence. Il peut s'affirmer. Il est à même de se déplacer. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne, pour son hygiène et ses soins corporels. Pour le soussigné, la présentation clinique actuelle de M. A.L. _____ correspond à une incapacité de travail de 40 % en tant que chauffeur aux R. _____. Si l'assuré relève d'un épisode dépressif moyen, on est tout de même dans la moitié inférieure de ce degré de gravité. · Situation qui a prévalu jusqu'ici La présentation actuelle de M. A.L. _____ n'est vraisemblablement pas celle qu'il y avait avant votre décision de suspendre sa rente invalidité. En toute logique, cet événement contraire peut avoir provoqué des troubles psychiques réactionnels. En se référant au jugement du 20.08.2013, on apprend que votre assuré et son épouse se sont occupés des affaires d'un couple âgé depuis le mois de février 2010 et que ce couple les a institués comme les héritiers de l'entier de la succession. Entre le 05.03.2010 et le 03.05.2010, votre assuré a prélevé sur le compte du couple en cause plusieurs dizaines de milliers de francs "pour ses besoins personnels", selon ce jugement du 20.08.2013. Le 05.03.2010, il a tenté de se faire remettre une somme importante par le T. _____ de [...], alors qu'il n'avait pas de procuration sur les comptes du couple en cause dans cet établissement. En avril 2010, il s'est rendu dans une succursale [...] du T. _____ avec la détentrice du compte pour un autre prélèvement. Devant le refus de la banque, il "a contesté avec véhémence" le fait que la procuration en sa faveur ait été annulée. Entre avril et mai 2010 et dans cette même affaire, M. A.L. _____ a effectué des démarches relativement complexes auprès de l'agence d'assurances sociales d' [...]. Votre assuré a finalement été condamné pour abus de confiance, tentative d'abus de confiance, tentative d'escroquerie et faux dans les titres. Dans la mesure où l'intéressé paraît avoir été le personnage-clé de ces différentes démarches, on doit admettre qu'il avait, à l'époque, des ressources peu compatibles avec un épisode dépressif déclaré comme incapacitant. M. A.L. _____ a été capable de conceptualiser et de planifier un projet relativement complexe. Il a fait preuve de compétences pour contourner les règles qu'il a contournées. Il a su s'adapter à l'évolution de la situation. Il a pu analyser ce qui se passait et prendre des décisions en conséquence. Votre assuré travaillait alors à 50 %, à côté de ce qu'il effectuait probablement en termes de conciergerie. Rien n'indique qu'il ait manqué d'endurance puisqu'il a été à même d'assurer le suivi d'actes délictueux qui nécessitaient tout de même une certaine énergie. M. A.L. _____ était alors capable de s'affirmer

notamment dans une agence bancaire qui lui refusait de l'argent. Il se déplaçait sans problème. Rien n'indique qu'il y ait eu un laisser-aller dans son hygiène et ses soins corporels. Au vu de ces informations nouvelles au dossier et sachant aussi qu'un trouble dépressif récurrent peut passer par des rémissions partielles de longue durée, le soussigné considère qu'à l'époque, l'incapacité de travail psychiatrique était inférieure à 20 % et ce, avec un degré de vraisemblance prépondérante (>50 %). L'évolution de 2010 à ce jour est difficile à reconstituer. Tant le patient que son médecin traitant décrivent un état stationnaire dans le sens de la chronicité d'un épisode dépressif moyen et d'une incapacité de travail psychiatrique de 50 % en conséquence. Avec ce qu'on sait aujourd'hui, on doit néanmoins admettre que l'état de santé psychique de M. A.L._____ s'était amélioré. Pour l'expert, la mise en place et le suivi des activités délictueuses de l'intéressé ne sont pas compatibles avec les limitations connues en cas d'épisode dépressif moyen, sachant que l'intéressé travaillait déjà à 50 % comme chauffeur professionnel. Par la suite, il n'y a pas [de] notion d'aggravation. L'assuré a gardé le contact avec le cabinet médical de son psychiatre, sans plus. Les consultations ne se sont pas rapprochées jusqu'au moment où vous avez suspendu la rente. Il n'y a pas notion de crise ni d'hospitalisation. · Conclusion Au vu de ces éléments, le soussigné arrive à la conclusion que, depuis le 01.01.2010, soit depuis le début de l'année des événements rapportés par le jugement du 20.08.2013, l'incapacité de travail psychiatrique était inférieure à 20 %. L'expert n'a pas d'éléments qui lui permettraient de se prononcer sur la période qui précède le 01.01.2010. A partir du 01.01.2014, soit à partir du moment où la symptomatologie dépressive réactionnelle à la suspension de la rente a pu s'installer sur la durée, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique de 40 % en tant que chauffeur aux R._____. Cette incapacité n'est pas nécessairement fixée sur une longue durée. Conclusions En conclusion, M. A.L._____ est un homme de [...] ans qui rapporte un parcours personnel et socio-professionnel plutôt performant jusqu'aux problèmes en cause aujourd'hui. Après le décès de son père en 2001, l'intéressé a présenté une pathologie dépressive franche. Elle a été suffisamment sévère pour justifier des hospitalisations et une hospitalisation en hôpital psychiatrique avec le tableau clinique grave d'un épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques. Au vu des informations à disposition, le soussigné considère que l'intéressé a évolué favorablement et qu'il était en rémission au moins partielle de sa pathologie dépressive entre le 01.01.2010 et le 31.12.2013, tout en soulignant la difficulté à apprécier l'évolution sur toutes ces années. Pour cette période, l'incapacité de travail psychiatrique est inférieure à 20 %. Depuis le 01.01.2014, l'expert considère qu'une incapacité de travail de 40 % correspond à la présentation clinique objective de M. A.L._____ qui présente un état dépressif moyen à la moitié inférieure de ce degré de gravité. Cette incapacité ne devrait pas être considérée comme fixée, au vu de son caractère réactionnel. Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. L'intéressé est suivi par un cabinet médical spécialisé. Il semble être observant des grandes lignes de ce qui lui est proposé. Le soussigné n'a rien à suggérer sur ce plan. Sur le plan professionnel, le soussigné n'a rien à proposer. Il ne voit pas quelle activité pourrait être exigée de l'intéressé tel qu'elle lui permettrait d'augmenter sa capacité de travail actuelle que l'expert estime à 60 %. Le pronostic reste incertain. Il n'est pas exclu que l'état de santé psychique de l'intéressé puisse s'améliorer d'ici quelques mois, au vu de ce qu'on sait des ressources de M. A.L._____ et des caractéristiques réactionnelles de l'épisode dépressif actuel. Réponses aux questions A. Questions cliniques [...]

E. 3.3

et 9C_75/2011 du 22 août 2011 consid. 4.2). b) Dans le cas présent, le recourant a été expressément rendu attentif à cette obligation de communication en cas de modification des circonstances, en particulier dans la décision du 26 février 2007 et la communication du 28 juillet 2010. Il a échafaudé un stratagème afin de réduire frauduleusement la fortune du couple H._____, notamment en créant un faux contrat de vente d'un véhicule pour un montant de 60'000 fr. et un contrat de prêt dans le but d'obtenir les prestations complémentaires pour le couple. Il s'est en outre généreusement servi sur le compte bancaire dont I.H._____ disposait auprès de la banque Y._____. Il a apporté divers soins personnels au couple H._____ (transport, accompagnement chez le coiffeur et au restaurant, etc.) et élaboré une escroquerie audacieuse (création de faux dans les titres, sollicitations auprès des banques et des organismes sociaux, compréhension des démarches administratives à effectuer pour la sauvegarde de ses propres intérêts financiers). Tout cela en plus de son travail à 50 %, et pendant plusieurs mois. Au degré de la vraisemblance prépondérante, il apparaît que le recourant savait manifestement que son état de santé s'était amélioré. En effet, il était notamment capable de supporter un stress important, n'éprouvait pas d'angoisse vis-à-vis de ces nouvelles situations ni une grande fatigabilité. Il a également fait preuve de grandes ressources personnelles. En résumé, il ne pouvait que constater que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C._____ notamment avaient disparu, à tout le moins en grande partie. A l'instar de l'OAI, il y a lieu de retenir que le recourant a omis de renseigner cet office. S'il avait respecté ses obligations en informant l'administration, elle aurait pu prendre en temps utile les décisions idoines. Il s'ensuit qu'il existe un rapport de causalité entre le comportement du recourant qui doit être sanctionné et le dommage survenu, à savoir les rentes versées à tort, de sorte qu'une correction rétroactive peut intervenir. 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

E. 4

Diagnostics (selon classification ICD-10/ DSM-IV-TR) a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1) . Ce trouble remonte au début des années 2000 et a varié par des hauts et des bas.

b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? Aucun sur le plan psychiatrique.

E. 5

Appréciation du cas et pronostic M. A.L._____ est un homme de [...] ans qui rapporte un parcours personnel et socio-professionnel plutôt performant jusqu'aux problèmes en cause aujourd'hui. Après le décès de son père en 2001, l'intéressé a présenté une pathologie dépressive franche. Elle a été suffisamment sévère pour justifier des hospitalisations et une hospitalisation en hôpital psychiatrique avec le tableau clinique grave d'un épisode dépressif

sévère avec caractéristiques psychotiques. Au vu des informations à disposition, le soussigné considère que l'intéressé a évolué favorablement et qu'il était en rémission au moins partielle de sa pathologie dépressive entre le 01.01.2010 et le 31.12.2013, tout en soulignant la difficulté à apprécier l'évolution sur toutes ces années. Pour cette période, l'incapacité de travail psychiatrique est inférieure à 20 %. Depuis le 01.01.2014, l'expert considère qu'une incapacité de travail de 40 % correspond à la présentation clinique objective de M. A.L. _____ qui présente un état dépressif moyen à la moitié inférieure de ce degré de gravité. Cette incapacité ne devrait pas être considérée comme fixée, au vu de son caractère réactionnel. Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. L'intéressé est suivi par un cabinet médical spécialisé. Il semble être observant des grandes lignes de ce qui lui est proposé. Le soussigné n'a rien à suggérer sur ce plan. Sur le plan professionnel, le soussigné n'a rien à proposer. Il ne voit pas quelle activité pourrait être exigée de l'intéressé tel qu'elle lui permettrait d'augmenter sa capacité de travail actuelle que l'expert estime à 60 %. Le pronostic reste incertain. Il n'est pas exclu que l'état de santé psychique de l'intéressé puisse s'améliorer d'ici quelques mois, au vu de ce qu'on sait des ressources de M. A.L. _____ et des caractéristiques réactionnelles de l'épisode dépressif actuel.

B. Influences sur la capacité de travail [...] 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici a. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

b. Description précise de la capacité résiduelle de travail ? c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour) ?

d. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ? e.

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

f. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Au vu des informations à disposition, le soussigné considère que l'intéressé a évolué favorablement et qu'il était en rémission au moins partielle de sa pathologie dépressive entre le 01.01.2010 et le 31.12.2013, tout en soulignant la difficulté à apprécier l'évolution sur toutes ces années. Pour cette période, l'incapacité de travail psychiatrique est inférieure à 20 %. Depuis le 01.01.2014, l'expert considère qu'une incapacité de travail de 40 % correspond à la présentation clinique objective de M. A.L. _____ qui présente un état dépressif moyen à la moitié inférieure de ce degré de gravité. Cette incapacité ne devrait pas être considérée comme fixée, au vu de son caractère réactionnel.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui dans délai ? Sinon, pour quelles raisons ? 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? a. Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) b. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. L'intéressé est suivi par un cabinet médical spécialisé. Il semble être observant des grandes lignes de ce qui lui est proposé. Le soussigné n'a rien à suggérer sur ce plan. Sur le plan professionnel, le soussigné n'a rien à proposer. Il ne voit pas quelle activité pourrait être exigée de l'intéressé tel qu'elle lui permettrait d'augmenter sa capacité de travail actuelle que l'expert estime à 60 %. Le pronostic reste incertain. Il n'est pas exclu que l'état de santé psychique de l'intéressé puisse s'améliorer d'ici quelques mois, au vu de ce qu'on sait des ressources de M. A.L. _____ et des caractéristiques réactionnelles de l'épisode dépressif actuel.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? a. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il/elle satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? b. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être

exercée (par ex. heures par jour) ? c. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? d. Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ? e. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Le soussigné n'a pas de proposition à formuler dans ce cas." Dans un avis médical du 3 novembre 2014, la Dresse V. _____ a estimé n'avoir aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr Z. _____, celles-ci étant cohérentes avec les observations de l'expert ainsi qu'avec les informations au dossier. Par projet de décision du 12 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de supprimer la rente avec effet rétroactif au 1 er janvier 2010, en mentionnant notamment ce qui suit : " Résultat de nos constatations : Par décision du 26 février 2007, nous vous avons reconnu le droit à une rente d'invalidité à divers taux dès janvier 2003. Au mois d'octobre 2013, nous avons appris que vous aviez été reconnu coupable d'abus de confiance, d'escroquerie et de faux dans les titres en abusant de la faiblesse de deux personnes âgées dès février 2010. Ce comportement allant de prime abord à l'encontre de l'état dépressif, de la grande fatigue et de l'absence de ressources personnelles pour lesquels nous vous avons reconnu un droit à une rente, nous avons suspendu le versement de votre rente par voie de mesures provisionnelles, avec effet au 31 décembre 2013. Afin de déterminer clairement l'évolution de votre état de santé, ainsi que votre capacité de travail, l'instruction de votre dossier s'est poursuivie par la mise sur pied d'une expertise psychiatrique. Ainsi, il ressort des conclusions de l'expert que votre état de santé s'est amélioré dès le mois de janvier 2010 et que, dès cette date, votre incapacité de travail n'est plus que de 20 %. Ce qui n'ouvre plus le droit à une rente. En outre, nous considérons que vous avez failli à l'obligation de renseigner qui vous incombait, selon les termes de l'article 77 RAI précité, puisque vous ne nous avez pas informés de l'amélioration de votre état de santé. Nous estimons que cette dernière était pourtant manifeste, puisqu'elle vous permettait de commettre des délits. Comme le degré d'invalidité est inférieur à 40 % depuis le mois de janvier 2010 et que vous n'avez pas observé l'obligation d'informer qui vous incombe, nous devons supprimer votre rente d'invalidité avec effet rétroactif. Notre décision est par conséquent la suivante : La rente est supprimée avec effet rétroactif au 1 er janvier 2010. Le non-respect de l'obligation de renseigner porte sur la période allant du 1 er janvier 2010 au 31 décembre 2013 (date de la suspension de la rente). Les prestations indûment perçues, d'un montant de CHF 111'434.-, doivent être restituées (art. 25 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)). Vous recevrez une décision séparée à ce sujet." Le 29 avril 2015, l'assuré, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne, a fait valoir ses objections en concluant, avec dépens, à l'annulation du projet de décision du 12 janvier 2015, en ce sens qu'il n'était pas tenu de restituer les rentes d'invalidité perçues pour la période du 1 er janvier 2010 au 31 décembre 2013, celles-ci lui étant dues de manière définitive et qu'il soit rétabli dans son droit au versement des rentes d'invalidité à partir du 1 er janvier 2014, faute de motif de révision. A l'appui de son propos, il a produit : - une liste de ses absences pour cause de maladie communiquées par les R. _____ à son conseil pour la période du 1 er juillet 2009 au 31 décembre 2014, dont il résultait notamment les absences suivantes : 2009 :

E. 7

au 13 mars 13 au 15 avril 27 avril au 1 er mai

E. 10

septembre 25 au 27 septembre 9 au 22 décembre 2014 : 4 janvier au 30 mars 18 novembre au 1 er décembre - un certificat médical établi le 9 février 2015 par le Dr C. _____

attestant, d'une incapacité de travail à 50 % du 1^{er} janvier au 30 avril 2015, ainsi qu'une ordonnance médicale rédigée par ce psychiatre le même jour pour du Solian, du Cymbalta et du Lyrica à commencer par une capsule le soir pendant

E. 14

jours. - une lettre du Dr C. _____ adressée le 10 avril 2015 à Me Métille, rédigée en ces termes : "J'ai bien reçu vos courriers du 12.03.2015 et du 01.04.2015. Suite à des vacances et des soucis de santé, je me permets de vous répondre avec un peu de retard. J'ai réexaminé le dossier de M. A.L. _____ qui vient en général en consultations depuis 2010 à un rythme d'environ neuf consultations par année, quelques fois un peu moins. En 2012, il a été vu à sept reprises. M. A.L. _____ est suivi pour l'essentiel par Mme D. _____ psychologue-psychothérapeute FSP au CMPC qui le connaît depuis plus de dix ans. 1. Personnellement, je le vois pour réévaluation de sa médication ainsi que la prescription des arrêts de travail lorsque cela s'avère nécessaire. En l'occurrence, au bénéfice d'une demi-rente invalidité je n'ai guère eu l'occasion de le revoir entre 2010 et 2012 puisque son état, apparemment, semblait s'être stabilisé selon Mme D. _____. Je dois avouer que rétrospectivement, il est très difficile de me faire une idée, l'assuré ayant toujours eu le même discours. Comme vous le savez, le mandat de traitement fait que le médecin prend pour acquis, ce que lui dit le patient et il n'était pas non plus de mon devoir, sans que l'assuré annonce le contraire, de réenvisager une augmentation de sa capacité de travail. 2. Entre 2010 et 2011, l'assuré se présentait comme d'habitude, il semblait relativement stabilisé. Il affirmait qu'en raison de la fatigabilité il ne pouvait pas travailler plus qu'à 50 % aux R. _____. 3. L'évolution a toujours été relativement stationnaire, l'assuré semblant, malgré aussi le retour par la suite de son épouse en [...], accepter sa situation. Il revendiquait des problèmes d'attention et de concentration notamment dans son emploi de chauffeur aux R. _____. Nous ne pouvons pas non plus exclure que dans une autre activité, il ait pu avoir une capacité de travail augmentée notamment dans la conciergerie qui était celle qu'occupait le couple. 4. Le traitement de l'assuré n'a quasiment jamais varié entre 2010 et 2013. 5. Rétrospectivement, l'assuré a toujours mentionné qu'il avait de la peine à supporter le travail relativement stressant de conducteur de bus. Mais là encore, s'agissant d'une autre activité n'impliquant pas les mêmes facteurs de stress telle la conciergerie il est difficile d'être plus précis à cet égard." Par courrier du 10 juillet 2015, l'OAI s'est déterminé sur les objections de l'assuré. Par décision du même jour, il a prononcé la suppression de la rente de l'intéressé avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010 pour des motifs identiques à ceux figurant dans le projet de décision précitée. D. Par acte du 11 septembre 2015, A.L. _____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation, en ce sens qu'il était dit que le recourant n'était pas tenu de restituer les rentes d'invalidité perçues pour la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2013, celles-ci lui étant dues de manière définitive, ainsi qu'au rétablissement du droit du recourant au versement des rentes d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2014, faute de motif de révision. Il a en substance soutenu que si l'on se fondait sur les éléments médicaux pertinents connus à l'époque, soit les rapports médicaux du Dr C. _____ ainsi que les certificats d'incapacité de travail, il en ressortait que l'on n'aurait pu retenir le moindre reproche au titre de manquement aux obligations d'informer. Il a ajouté que dans la mesure où les actes reprochés s'étaient avérés relativement limités, sous l'angle du taux d'activité, le recourant n'avait aucun motif de penser que ses agissements commis au préjudice de feu les époux H. _____ pouvaient constituer un fait suffisant justifiant une annonce de sa part (« taux théorique d'activités

délictueuses » de 12.05 % par rapport à son taux d'activité à 50 % durant une période de deux mois). Il a prétendu que les documents médicaux ne permettaient justement pas de retenir une amélioration de son état de santé. Il a estimé que les considérations développées par l'expert Z. _____ se fondaient en grande partie sur des éléments à caractère purement spéculatif. Il était en outre d'avis que, dans la mesure où le Dr Z. _____ ne faisait que retenir un diagnostic médical identique à celui qui avait déjà été retenu par les médecins du SMR en novembre 2005, tout en y intégrant des nuances en terme d'évolution, que ce soit vers le haut ou vers le bas, il n'existait pas de motif de révision suffisant au sens du droit applicable, l'appréciation faite au sujet d'un taux de capacité de travail différent ne pouvant suffire à justifier une révision de la rente allouée jusqu'alors au recourant. Par réponse du 30 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Par réplique du 12 février 2016, le recourant a maintenu ses conclusions en se fondant sur une expertise privée effectuée par le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre de psychiatrie et de psychothérapie F. _____ qu'il avait produite en annexe. Il résultait du rapport établi le 12 février 2016 par ce praticien notamment ce qui suit : " Notre expertise est fondée sur : 1. Les entretiens cliniques que nous avons eus avec M. A.L. _____ les 23 octobre 2015 et les 4 et 26 janvier 2016. 2. L'étude du dossier que Maître D. Métille a eu l'amabilité de nous fournir qui inclut les pièces suivantes : · la décision du Tribunal de la Police, concernant les infractions que M. A.L. _____ a commises, · l'expertise du Dr Z. _____, · le recours de l'expertisé, · les décisions de l'Office de l'assurance-invalidité, · les correspondances avec l'expertisé. 3. L'examen psychologique en date du 2 février 2016. [...] Diagnostic Au vu de ce qui précède, il est actuellement justifié de retenir le diagnostic de : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F.33.2).
Appréciation et réponses aux questions Au vu des informations à disposition, nous pouvons répondre aux questions de la manière suivante : 1. Dans la mesure où le patient faisait l'objet d'un suivi régulier auprès du Dr C. _____, impliquant des consultations tous les mois, voire tous les deux mois, est-ce qu'il est possible de considérer qu'une amélioration de l'état psychique du patient pouvait avoir échappé au médecin psychiatre traitant ? Une amélioration de la symptomatologie dépressive permettant une augmentation de la capacité de travail à plus de 50 % aurait été remarquée par son médecin psychiatre traitant, au vu de la fréquence du suivi. 2. Toujours sur la base de la poursuite du traitement psychiatrique suivie auprès du Dr C. _____ est-il possible que le patient ait pu présenter des phases tout à fait temporaires de rémission ? Dans l'affirmative, est-ce que de telles phases de rémission auraient pu revêtir un caractère suffisamment durable susceptible de conduire à une augmentation de sa capacité de travail entre 2010 et 2013 ? De courtes périodes d'amélioration de la symptomatologie dépressive entre 2010 et 2013 ne peuvent pas être exclues. Toutefois, l'expertisé a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail totale pour des raisons médicales de mars 2010 à septembre 2013 à savoir du : Ø 7 au 13 mars 2010 ; Ø 13 au 15 avril 2010 ; Ø 27 avril au 1 er mai 2010 ; Ø 10 juin 2010 ; Ø 23 septembre jusqu'au 6 novembre 2011 ; Ø 26 janvier au 4 février 2012 ; Ø

E. 17

au 20 avril, 17 au 19 juillet, et les 10, 25 au 27 septembre 2013...». Ces faits démontrent l'instabilité de l'état de santé de l'expertisé et l'absence d'une amélioration durable de son état dépressif qui est nécessaire pour envisager une augmentation de la capacité de travail de l'expertisé. 3. Pour le cas où une rémission à caractère durable devait être de mise comment expliquer les phases d'incapacité totale de travail pouvant se situer entre quelques jours jusqu'à un mois et demi ? Les phases d'incapacité totale de travail sont dues à des

périodes de décompensation et démontrent que la rémission n'est pas de caractère durable. Ces périodes de rechute confirment la fragilité de l'état psychique de M. A.L._____. Il présente une structure psychotique avec des symptômes psychotiques francs dans les moments de décompensations sévères. Sa structure de personnalité le rend fragile et vulnérable au stress et à la stimulation environnementale. 4. En admettant que le patient se serait vu attester une capacité de travail supérieure à 50 % en tant que conducteur de bus des R._____ est-ce qu'il aurait présenté un risque accru sur le plan du trafic au cours de cette période ? Dans leur rapport du 17 novembre 2005, les médecins du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité concluent à une incapacité de travail à 50 % à partir du 24 octobre 2005, en raison d'un état dépressif récurrent qui s'est déclaré suite au décès du père de l'expertisé. Ce rapport mentionne également que M. A.L._____ a exercé depuis le début de l'atteinte de son état de santé d'ordre psychologique, toutes ses activités à un taux maximal, par rapport à ce que sa santé lui permettait, et que toutes les périodes d'incapacité de travail étaient médicalement justifiées pour des raisons psychiatriques de l'ordre dépressif. Les médecins du SMR décrivent les limitations fonctionnelles en lien avec les symptômes dépressifs, tels que le ralentissement psychomoteur avec une fatigabilité, des troubles de l'attention et de la concentration, une autodépréciation et un fort sentiment de culpabilité. Le décès de son père a provoqué la rupture de l'équilibre psychique de M. A.L._____. Depuis lors, ses ressources psychiques ne lui ont pas permis de se rétablir de façon durable et de retrouver sa stabilité psychique antérieure. L'examen psychologique met en évidence un mode de fonctionnement psychotique avec des difficultés d'organisation dans l'espace et d'importants problèmes de compréhension et de perception de la réalité. Ces problèmes sont exacerbés dans les moments de décompensation psychiques sévères avec apparition de symptômes psychotiques, telles que des idées délirantes et des hallucinations. Même dans les moments de rémissions partielles de la symptomatologie dépressive la structure psychique de l'expertisé reste très fragile impliquant une grande vulnérabilité aux situations de stress et des capacités d'adaptation limitées. De plus, M. A.L._____ semble présenter depuis le décès de son père de façon permanente et d'une intensité variable des symptômes dépressifs, tels que le ralentissement psychomoteur avec une fatigabilité, des troubles de l'attention et de la concentration, et un fort sentiment de culpabilité. L'ensemble de ces troubles entrave les facultés de conduite du chauffeur de bus de l'expertisé de façon durable depuis le décès de son père. Etant donné que la fonction de conducteur de bus exige des capacités d'attention, de concentration et d'adaptation, permanentes aux variations de l'environnement, l'expertisé aurait présenté un risque accru sur le plan du trafic s'il avait exercé une activité professionnelle supérieure à 50 % au cours de cette période. De plus, l'expertisé est très attaché à son activité professionnelle et comme constaté également par les médecins du SMR, il a l'habitude de « travailler au maximum de ses capacités et d'augmenter son taux d'activité dès qu'il peut ». 5. De manière plus générale, est-ce que la commission des différentes infractions reprochées sur une période de deux mois (5 mars au 3 mai 2010) demeurerait totalement incompatible avec une incapacité de travail à 50 % ? Il n'y a pas de lien entre la commission des différentes infractions reprochées sur une période de deux mois et l'incapacité de travail à 50 % sur une durée de trois ans. Nous estimons que ces différentes infractions commises durant la période susmentionnée ne sont pas incompatibles avec une incapacité de travail à 50 % consécutif à un état dépressif récurrent et à une structure de personnalité fragile (voir la réponse au point 4). 6. Est-ce que l'appréciation d'une éventuelle capacité de travail accrue au cours de la période du 5 mars au

3 mai 2010 peut être transposée à celle du 6 mai 2010 au 31 décembre 2013 ? Une éventuelle capacité de travail accrue au cours de la période du 5 mars au 3 mai 2010 ne peut certainement pas être transposée à celle du 6 mai 2010 au 31 décembre 2013. Il ne s'agit pas d'une rémission durable et l'expertisé a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail entre 2010 et 2013 (voir point 2). 7. En cas de divergence de diagnostics au cours de ces deux périodes, quels diagnostics devraient être retenus au cours de la période du 17 janvier 2010 au 31 décembre 2013 ? Nous retenons le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité à minima moyenne durant les périodes d'incapacité de travail entre 2010 et 2013 et d'un mode de fonctionnement psychotique." Par duplicata du 18 avril 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions et produit un avis du 21 mars 2016 des Drs V. _____ et X. _____, médecins au SMR, dont la teneur était notamment la suivante : "Après avoir pris connaissance de cette expertise, il apparaît les remarques suivantes : - Cette expertise a été réalisée entre octobre 2015 et janvier 2016, soit postérieurement à la décision litigieuse qui date du 10.07.2015. Sur le fond, elle n'amène pas d'élément médical nouveau ou qui n'a pas été pris en compte dans l'instruction ayant mené à cette décision. - Si l'on se penche attentivement sur les plaintes et le status psychiatrique, les éléments décrits dans l'expertise F. _____ sont superposables à ceux décrits par le Dr Z. _____ : on y retrouve le faciès triste, le ralentissement psychomoteur, les pleurs, le sentiment de culpabilité face au décès de son père, la tendance au retrait social, les idées suicidaires non scénarisées (alors que différents scénarios étaient décrits dans l'expertise du Dr Z. _____), la fatigabilité/fatigue accrue, l'anhédonie et les troubles du sommeil. Seuls des troubles de la concentration et de la mémoire sont rapportés par l'assuré dans l'expertise F. _____, alors qu'ils ne l'étaient pas dans l'expertise du Dr Z. _____. - Sur le plan formel, si l'anamnèse ainsi que le status psychiatrique sont bien détaillés par l'expert F. _____, il manque cependant une description détaillée du fonctionnement au quotidien de l'assuré, ainsi qu'une appréciation médicale du diagnostic qui soit étayée selon les critères des classifications reconnues (p. ex. CIM-10). Par ailleurs, il n'y a pas d'appréciation médico-asséculo-logique (exigibilité) ni de discussion des points litigieux, notamment de l'expertise du Dr Z. _____, l'expert F. _____ se limitant à répondre aux questions spécifiques de l'avocat. Enfin, cette expertise psychiatrique n'est pas signée : à la seule lecture du rapport d'expertise, l'on ne sait pas qui a procédé à cette expertise, ni son titre. - Finalement, par le seul fait que l'assuré ait présenté plusieurs périodes d'IT entre 2010 et 2013, l'expert F. _____ tente de démontrer l'instabilité de l'état psychique de l'assuré et l'absence d'une amélioration durable de son état dépressif nécessaire pour envisager une augmentation de sa CT (cf. p. 6). Or, il n'y a aucun élément au dossier qui permette d'attribuer, de manière objective et vérifiable, ces périodes d'IT à la problématique psychiatrique. Dans les rapports médicaux remplis dans le cadre des révisions (RM 23.02.2010 et RM du 16.10.2013), le Dr C. _____, a toujours attesté une stabilité de l'état psychique de l'assuré, sans changement dans la fréquence du suivi ni adaptation de l'anti-dépresseur prescrit. Le médecin généraliste, Dr J. _____, n'a été interrogé qu'au moment de l'instruction initiale. Dans un rapport médical du 10.04.2015 établi à l'attention de l'avocat de l'assuré (à la GED du 29.04.2015), le Dr C. _____ confirme cette stabilité : il affirme qu'il n'a « guère eu l'occasion de le revoir entre 2010 et 2012 puisque son état, apparemment, semblait s'être stabilisé selon Mme D. _____ » (psychologue qui suit l'assuré au cabinet du Dr C. _____) et que « le traitement de l'assuré n'a quasiment jamais varié entre 2010 et 2013 ». Finalement, dans ce RM, le Dr C. _____ n'excluait pas non plus une CT plus élevée dans une autre activité que celle de chauffeur de

R. _____, comme dans la conciergerie où les problèmes d'attention et de concentration revendiqués par l'assuré auraient été moins limitant. Par conséquent, l'expertise psychiatrique F. _____ n'apporte pas d'élément médical nouveau ou dont il n'aurait pas été tenu compte dans l'instruction qui a mené à la décision litigieuse du 10.07.2015. L'expert F. _____ fait une appréciation différente de la situation de l'assuré de celle du Dr Z. _____. Néanmoins, l'on relève à la lecture de cette expertise que la symptomatologie dépressive constatée par le Dr Z. _____ en octobre 2014 ne s'est pas améliorée et reste stable. S'agissant d'une appréciation différente d'une même situation clinique, il n'apparaît pas indispensable de soumettre l'expertise F. _____ au Dr Z. _____." Le recourant (13 juin 2016) et l'intimé (5 juillet 2016) ont confirmé leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures. Le recourant a notamment produit à cette occasion un exemplaire signé du rapport d'expertise du Dr S. _____. En droit : 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; 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). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur la suppression avec effet au 1^{er} janvier 2010 de la rente d'invalidité versée au recourant. 3. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale

erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4 et 5). b) Plus particulièrement, l'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 2.1). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel 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 reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 125 V 368 consid. 2 ; TF 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 3.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833 ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1).

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 se définit 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). 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 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 %.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle

mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). 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 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.3.2 et la jurisprudence citée et 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). 5. a) En l'espèce, l'OAI a alloué une demi-rente d'invalidité au recourant par décision du 26 février 2007, en se fondant sur le rapport du 21 janvier 2006 des Dresses O. _____ et G. _____ qui ont retenu comme seul diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne avec syndrome somatique. Ces praticiennes ont notamment relevé que le décès du père de l'intéressé avait perturbé son fonctionnement au point qu'il avait développé des symptômes dépressifs qui avaient porté atteinte à sa capacité de travail un an après ce décès, le recourant ayant développé un sentiment de culpabilité et de responsabilité qui s'est accompagné d'un isolement social. Elles ont estimé que le tableau dépressif était clair, d'intensité sévère lors des moments d'incapacité totale de travail en janvier-février 2002 et janvier-février 2005, d'intensité moyenne au moment de l'expertise, ce qui justifiait une incapacité de travail de 50 %, le recourant travaillant au maximum de ses capacités et augmentant son taux d'activité dès qu'il le pouvait. Quant à l'activité de concierge, les Dresses O. _____ et G. _____ ont relevé que sa maladie dépressive empêchait l'intéressé d'assumer la tâche qui lui incombait dans la répartition des charges du couple,

c'est-à-dire de tondre le gazon et de balayer les feuilles mortes. b) Lors de la procédure de révision initiée en décembre 2009, l'OAI a considéré dans sa décision du 28 juillet 2010 que le recourant continuait à avoir droit à une demi-rente d'invalidité. Il s'est fondé sur les déclarations de l'intéressé, selon lesquelles son état de santé était le même (questionnaire de révision du 18 décembre 2009), et sur le rapport médical du 23 février 2010 du Dr C._____. Ce dernier y retenait comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail, celui de trouble dépressif récurrent actuellement stabilisé, les symptômes étant ceux de panique, de tensions douloureuses à la nuque, de troubles du sommeil et d'anxiété. La capacité de travail était de 50 %. c) Le recourant a été condamné le 20 août 2013 par le Tribunal de police de l'arrondissement [...] pour abus de confiance, tentative d'abus de confiance, tentative d'escroquerie et faux dans les titres au détriment des époux H._____, ces faits s'étant déroulés de mars à mai 2010. Mandaté expert, le Dr Z._____ explique dans son rapport du 10 octobre 2014 que le recourant a été capable en plus de son travail à 50 %, de conceptualiser et de planifier un projet relativement complexe. Il a fait preuve de compétences pour contourner la loi, s'adapter à l'évolution de la situation, analyser ce qui se passait et prendre des décisions en conséquence. L'expert observe que rien n'indique que l'intéressé ait manqué d'endurance puisqu'il a été à même d'assurer le suivi d'actes délictueux qui nécessitaient une certaine énergie et qu'il a été capable de s'affirmer notamment dans une agence bancaire qui lui refusait de l'argent. Le Dr Z._____ estime dès lors que le recourant avait, à l'époque, des ressources peu compatibles avec un épisode dépressif déclaré comme incapacitant et retient un taux d'incapacité de travail inférieur à 20 % depuis 2010. Il ajoute que depuis que l'intéressé a appris que le versement de la rente AI était suspendu est apparue une symptomatologie réactionnelle, pour laquelle l'expert admet une capacité de travail de 40 % dans l'activité habituelle, cette incapacité de travail n'étant pas nécessairement fixée sur une longue durée. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de cette expertise, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes du recourant et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise du Dr Z._____ ne se fonde pas sur des éléments à caractère spéculatifs. Son rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur le dossier ainsi qu'un examen clinique et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées qui sont exemptes de contradictions. Ce rapport n'est pas mis en doute par ceux du Dr C._____. En effet, dans sa lettre du 10 avril 2015 adressée au conseil du recourant, ce praticien explique que le recourant était suivi pour l'essentiel par la psychologue D._____ et qu'il n'avait guère eu l'occasion de le voir entre 2010 et 2012, l'état de l'intéressé semblant apparemment stabilisé. Le psychiatre précise que le mandat de traitement fait que le médecin prend pour acquis ce que lui dit le patient et qu'il n'était pas de son devoir, sans que le recourant annonce le contraire, d'envisager une augmentation de sa capacité de travail. Il apparaît en conséquence, que les précédents rapports du Dr C._____ retenant une incapacité de travail de 50 % sont insuffisamment documentés, puisque fondés uniquement sur les dires du recourant. Quant à l'expertise effectuée par le Dr S._____, ses conclusions ne sauraient être suivies non plus. Dans son rapport du 12 février 2016, ce praticien estime qu'une amélioration de la symptomatologie dépressive permettant une augmentation de la capacité de travail aurait été remarquée par son médecin psychiatre traitant au vu de la fréquence du suivi, alors que le Dr C._____

mentionne le contraire puisqu'il se fonde uniquement sur les dires du patient. Le Dr S._____ retient en outre que le recourant a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail totale pour des raisons médicales de mars 2010 à septembre 2013, mais on ignore si ces absences étaient dues à des troubles psychiques. Cela paraît douteux dès lors que le Dr C._____ n'en fait pas état et indique n'avoir que peu eu l'occasion de voir le recourant entre 2010 et 2012. Au demeurant, le Dr S._____, qui retient également le diagnostic de trouble dépressif récurrent, ne met en évidence aucun élément médical nouveau susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions de l'expert Z._____. Il se limite à faire part d'une appréciation différente de circonstances identiques. En conséquence, force est d'admettre que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis le 1 er janvier 2010, sa capacité de travail étant inférieure à 20 % dans toute activité, et que dès le 1 er janvier 2014, cette capacité est réduite de 40 % suite à un état dépressif moyen réactionnel à la décision de suspension de rente rendue par l'OAI. d) En ce qui concerne l'invalidité, le recourant n'avait plus droit à une rente dès 2010. Il n'y a pas droit non plus depuis le 1 er janvier 2014, dès lors que son état est dû, selon l'expert, à la suspension de la rente. En effet, selon la jurisprudence, les troubles en réaction à une décision négative de l'AI peuvent être traités médicalement de manière adéquate, de sorte qu'il ne peut en découler de handicap psychique invalidant car, dans le cas contraire, la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé la rente du recourant. 6. Reste à examiner depuis quand cette suppression prend effet. a) En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la diminution ou la suppression de la rente d'invalidité prend effet : (a) au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; (b) rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI. Cette correction rétroactive ne peut toutefois intervenir que s'il existe un rapport de causalité entre le comportement qui doit être sanctionné (violation de renseigner) et le dommage survenu (prestations touchées à tort). Ainsi, par exemple, seules les rentes perçues à tort jusqu'au moment d'une annonce tardive sont en principe sujettes à restitution (ATF 119 V 431 consid. 2 et 4 ; TF 9C_363/2010 du 8 novembre 2011 consid. 2.2 et 9C_185/2009 du 19 août 2009 consid. 4.3). Il convient encore de préciser que d'après l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En ce qui concerne l'AI, l'art. 77 al. 1 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif ; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a ; TF 9C_400/2016 du 2 novembre 2016 consid.