

# VD\_GERICHTE ZD18.013759 vom 26. Juli 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-07-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD18.013759](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.013759)

FR: VD\_GERICHTE ZD18.013759 du 26 juillet 2019

IT: VD\_GERICHTE ZD18.013759 del 26 luglio 2019

## Erwägungen

### E. 2

Le litige porte en l'espèce sur le bien-fondé de la suppression, avec effet rétroactif au 1er août 2002, de la rente entière d'invalidité servie au recourant depuis le 1er novembre 1994.

### E. 3

a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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. Selon la jurisprudence, le point de départ temporel pour examiner une éventuelle modification du - 9 - degré d'invalidité dans le contexte d'une procédure de révision est la dernière décision entrée en force qui se fonde sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5). 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 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). 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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065, p. 833). b) L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 juin 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A teneur de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet :

- 10 - ■ let. a : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; ■ let. 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 en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner. La correction rétroactive prévue à l'art. 88bis al. 2 let. b RAI précité 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). c) 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 matière d'assurance-invalidité, 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'office AI 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\_75/2011 du 22 août 2011 consid. 4.2).

- 11 -

#### **E. 4**

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-

- 12 - quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus (cf. art. 28a al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour

évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

## **E. 5**

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et

- 13 - 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 6**

a) En l'espèce, de nombreux avis médicaux, dont l'expertise psychiatrique du 23 juin 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_, ont été versés au dossier du recourant. Il s'est toutefois imposé de procéder à une expertise judiciaire psychiatrique, confiée à la Dre B.\_\_\_\_\_, compte tenu

de la divergence des conclusions médicales, en particulier vu l'appréciation communiquée le 6 mai 2018 par le psychiatre traitant du recourant, le Dr P.\_\_\_\_\_. La Dre B.\_\_\_\_\_ a fait part de son appréciation du cas notamment en ces termes dans son rapport rédigé le 29 avril 2019 :

- 14 - « [...] Au terme de mon investigation, je retiens chez M. C.\_\_\_\_\_ les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de trouble mixte de la personnalité à traits anxieux, évitants, dépendants et immatures, un retard mental léger sur fond de séquelles d'un trouble envahissant du développement, trouble autrefois appelé séquelles de psychose infantile. Très précocement M. C.\_\_\_\_\_ a démontré des problèmes psychiatriques. Une anorexie mentale a été diagnostiquée à 7 ans et était considérée comme suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Les observations scolaires font état d'une grande lenteur dans ses acquisitions, avec la nécessité d'une prise en charge en milieu spécialisé. De plus, le pédopsychiatre qui le suivait a relevé que son patient présentait des hallucinations auditives. Ces éléments parlent en faveur d'un grave trouble développemental durant l'enfance de l'expertisé, appelé trouble envahissant du développement. Ce diagnostic est décrit dans la CIM-10 comme un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives, bien que variables dans leur intensité, infiltrent l'ensemble du fonctionnement du sujet, quelles que soient les situations. Dans la plupart des cas, le développement est anormal dès la toute petite enfance et, à quelques exceptions près, ces états pathologiques sont manifestes dès les cinq premières années. Habituellement, mais non constamment, il existe un certain degré de déficit cognitif général, mais en fait ces troubles sont définis en terme de comportement, déviant par rapport à l'âge mental de l'individu (que celui-ci présente ou non un retard mental). Ajouté à ce diagnostic, M. C.\_\_\_\_\_ souffre depuis l'enfance d'un retard mental léger. Selon la CIM-10, le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, soit les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. A noter qu'il est reconnu que les sujets atteints de retard mental sont particulièrement vulnérables à l'exploitation par autrui et aux sévices physiques et sexuels. Leurs capacités d'adaptation sont toujours réduites, déficience qui sera néanmoins moins évidente chez les sujets avec un retard mental léger, vivants dans un environnement protégé où ils peuvent être assistés. Le diagnostic repose sur la présence d'une réduction objective du fonctionnement intellectuel, à l'origine d'une diminution des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. Les sujets présentant un retard mental léger, comme M. C.\_\_\_\_\_, apprennent à parler avec un certain retard, mais acquièrent habituellement une maîtrise du langage suffisante pour converser avec autrui. La plupart des sujets présentant un retard mental léger atteignent une autonomie complète en ce qui concerne les besoins quotidiens et les tâches pratiques domestiques, même si le développement a lieu plus lentement que chez les sujets d'intelligence normale. Leurs difficultés concernent essentiellement les performances scolaires, en particulier l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Quand le retard mental

- 15 - léger s'accompagne d'une immaturité émotionnelle et sociale importante, le déficit intellectuel se traduit en revanche par des manifestations évidentes, par exemple une incapacité à assumer les responsabilités de la vie conjugale, à élever des enfants, ou des

difficultés à se conformer aux normes et exigences de la vie en société. Si la clinique observée chez un sujet atteint de retard mental léger peut amener à une forte suspicion du diagnostic, formellement, le diagnostic ne se retient que si les résultats à des tests d'intelligence standardisés et appropriés indiquent un quotient intellectuel de 50 à 69, la norme étant de 70 à plus. [...] Pour les besoins de cette nouvelle expertise, Mme N. \_\_\_\_\_, psychologue FSP, a fait passer les tests d'intelligence complets à M. C. \_\_\_\_\_. Les résultats sont détaillés ci-dessus. Il en résulte un QI global à 69, soit légèrement en dessous de la norme, permettant de retenir un diagnostic de retard mental. Rendue attentive à la suspicion qu'il pourrait saboter ses performances, Mme N. \_\_\_\_\_ évoque que « les résultats inter-indices sont cohérents, de même que les résultats intra-épreuves, avec des items simples réussis et des échecs croissants devant l'augmentation de la difficulté » allant à l'encontre d'une amplification délibérée de ses difficultés. Il est à noter toutefois, qu'il a été nécessaire à l'examinatrice de beaucoup étayer l'expertisé pour qu'il ne renonce pas à des tâches qui dans un premier temps, lui semblaient hors de ses capacités. [...] Un point notable encore à souligner par rapport aux ressources intellectuelles de l'intéressé est la disharmonie de son intelligence, pouvant entraîner une discrédance dans le fonctionnement observable ; M. C. \_\_\_\_\_ peut donner par moments l'impression de disposer de capacités cognitives dans la norme, alors qu'à d'autres moments il semble rencontrer de grandes difficultés pour des choses en apparence plus simples, situations qui suscitent fréquemment chez les interlocuteurs de ce type de personnes, un sentiment de malaise. M. C. \_\_\_\_\_ a donc présenté durant son enfance un retard développemental global, altérant ses ressources intellectuelles et les fondements de sa personnalité. [...] Chez M. C. \_\_\_\_\_, on observe un tableau clinique relevant de plusieurs entités pathologiques distinctes, mais qui peut être décrit au mieux par un grave trouble de la personnalité. Selon la CIM-10, un trouble de la personnalité fait état de modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles et dysfonctionnelles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu concernent plusieurs secteurs de la personnalité et s'accompagnent de difficultés personnelles et sociales considérables. Chacun des états de ce groupe peut être classé selon l'aspect prédominant de ses manifestations comportementales.

- 16 - Le trouble de la personnalité retenu chez cet expertisé comprend des aspects anxieux, évitants, dépendants et immatures. Il se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait et inférieur aux autres, il présente une préoccupation excessive par la crainte d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales, il évite les activités sociales mettant en péril son besoin de sécurité. Très influençable, il autorise son entourage à prendre toutes les décisions qui le concernent, il se soumet à la volonté d'autrui, il a besoin d'un fort étayage pour tout ce qui le concerne, que ce soit la gestion de sa santé, de ses affaires, des enfants, etc. Sa mère, son oncle et son épouse s'occupent de tout. Et depuis toujours, il a une peur profonde d'être abandonné. Son immaturité s'exprime dans sa manière enfantine de se présenter, dans son incapacité à se responsabiliser, dans son manque de volonté propre. On retrouve encore chez M. C. \_\_\_\_\_ d'autres symptômes vestiges de la psychose infantile dont il a souffert, notamment les symptômes psychotiques dont il fait mention. Il décrit en effet des hallucinations auditives et des idées délirantes surtout la nuit quand il est persuadé que quelqu'un ou des ombres viennent chez lui pour le tuer. Ses symptômes ne revêtent pas les caractéristiques nécessaires pour retenir le diagnostic d'une psychose clinique caractérisée, sous la forme d'une schizophrénie ou d'un trouble délirant, mais ils sont

suffisamment présents et répétitifs pour avoir amené son psychiatre à introduire un traitement neuroleptique. De même, il présente des comportements décrits comme obsessionnels-compulsifs, avec des besoins de vérification (porte, cuisinière) qui ne semblent toutefois pas suffisamment marqués et invalidants pour retenir un diagnostic caractérisé de trouble obsessionnel-compulsif, mais qui semblent répondre à un besoin de calmer ses angoisses, et dans le cas de la fermeture de la porte, à se protéger au mieux des « gens » qui lui veulent du mal. Les profondes difficultés adaptatives de l'expertisé, sa mésestime de lui-même, ses angoisses constantes par rapport à tout ce qu'il ne comprend pas de son environnement, l'ont plongé à plusieurs reprises dans des épisodes dépressifs sévères, voire mélancoliques aux dires de ses médecins. Ces épisodes dépressifs ont nécessité deux hospitalisations en milieu psychiatrique, dont la première suite à une tentative de suicide de laquelle il a été sauvé in extremis. La récurrence de ces épisodes a permis de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Aux dires de ses médecins, et conformément à mon observation clinique, le trouble a évolué vers une dépression persistante, au vu de l'absence entre deux épisodes de dépression sévère, d'intervalles libres de tout symptôme. Les manifestations actuelles de cette dépression chronique sont cette mauvaise estime de lui-même et un grave manque de confiance en lui, des idées de culpabilité par rapport à ce que peut ressentir son entourage vis-à-vis de lui en lien à ses incompétences, son attitude morose et pessimiste face à l'avenir, ses pensées suicidaires constantes, son sommeil perturbé et son anxiété. Quand il n'est pas dans des phases de dépression plus profondes, M. C.\_\_\_\_\_ garde toutefois les capacités à sortir de chez lui, faire des courses ou conduire sa voiture, avoir des activités en famille. Il peut aussi se montrer jovial au contact d'autrui, tant que ses problèmes ne sont pas abordés et tant qu'on ne lui demande pas de parler de lui, ce qui

- 17 - le plonge alors immédiatement dans ses limitations, tellement difficilement supportables pour lui. Ces pathologies sont présentes depuis l'enfance pour ce qui est du trouble envahissant du développement et du retard mental, depuis le début de l'âge adulte pour le trouble de la personnalité, et en tout cas depuis 1993 pour le trouble dépressif récurrent, comme l'atteste le Dr D.\_\_\_\_\_. Tous ces diagnostics influencent sa capacité de travail. M. C.\_\_\_\_\_ n'est pas capable de bien comprendre et réfléchir à son environnement, de prendre des décisions sensées, de se conformer à un cadre professionnel quel qu'il soit. Cette incapacité de travail a été attestée et reconnue dès 1995 et ensuite à plusieurs reprises en 1999, 2005 et 2011 par tous les intervenants. On observe en effet, une grande concordance dans les observations cliniques et les diagnostics posés durant tout le parcours de vie de l'intéressé et ce depuis plus de 20 ans. Les pathologies psychiques qui ont justifié l'octroi d'une rente en 1995 ne se sont jamais amendées, voire se sont péjorées notamment sur le plan dépressif, avec des dépressions nécessitant des hospitalisations suite à des tentatives de suicide. Il n'y a aucun élément clinique actuellement qui permettrait de dire que les diagnostics et évaluations de ces 20 dernières années étaient erronés. Cette incapacité de travail a été remise en question en 2016, suite aux condamnations pénales dont il a été l'objet. Pourtant, l'expertise pénale effectuée dans le cadre de l'instruction relève que M. C.\_\_\_\_\_ souffre des mêmes pathologies que celles diagnostiquées auparavant et ayant justifié la rente AI, que sa responsabilité pour ses délits a été estimée comme fortement diminuée, que son influençabilité a été reconnue, tout comme l'emprise de son oncle à son égard, et que sans cette mauvaise influence, le risque de récurrence était estimé comme faible. Ainsi, même si ses délits l'ont peut-être amené à gagner un peu d'argent que son oncle lui aurait donné, la commission de ces méfaits ne modifie en rien sa

capacité de travail. Le fait qu'il se soit laissé embarqué dans des actes délictueux, ne montre en rien qu'il a la capacité de maintenir un emploi rémunéré au quotidien. Un point particulier dans la présentation clinique de l'expertisé mérite un développement plus en profondeur. Un écart par moment conséquent peut être observé entre la manière dont M. C.\_\_\_\_\_ se présente en entretien, soit très malade, ne sortant pas de chez lui, incapable de se rendre aux entretiens sans y être conduits par sa mère, et comme il a été perçu en dehors d'un cadre médical, soit jovial, sirotant son verre d'alcool à la terrasse d'un café, ou conduisant des voitures, même jusqu'à [...]. J'ai moi aussi observé en entretien, deux phases distinctes, avec un expertisé jovial, avenant, qui semblait content d'être là, et un peu plus tard, un homme effondré, accablé, tenant des propos très inquiétants sur ses idées suicidaires, rouge de honte par rapport à l'évocation de certains sujets. Pour tenter d'apporter une explication à ce décalage, il faut revenir à l'enfance de M. C.\_\_\_\_\_. Ce dernier a grandi auprès d'une mère qui a joué un rôle tout à la fois très étayant pour son fils, mais elle l'a aussi semble-t-il figé dans un rôle d'enfant malade, puis d'adulte dépendant d'elle, avec peut-être de grandes difficultés à l'imaginer s'émanciper d'elle. Tous les soignants de l'expertisé évoquent cette relation fusionnelle entre M. C.\_\_\_\_\_ et sa mère.

- 18 - Est même mentionnée dans le dossier AI, l'implication de cette mère dans le processus, avec ses appels aux gestionnaires du dossier pour dire combien son fils est malade. Mère qui encore aujourd'hui, bien que très malade, continue à amener son fils chez le médecin, ou se charge de vérifier l'horaire des entretiens. On pourrait ainsi émettre l'hypothèse que M. C.\_\_\_\_\_ a besoin, pour plaire à sa mère et qu'elle ne le rejette pas, de se conformer à ce qu'elle attend de lui, ce qui pourrait expliquer pourquoi il se montre encore plus démuné quand il s'agit d'aller voir ses médecins ou les experts, dont le travail est d'attester sa maladie. Le Dr F.\_\_\_\_\_ parlait déjà à l'époque « des insistances de M. C.\_\_\_\_\_ sur ses incapacités qui entretiennent sa dépendance auto-protectrice ». Rester dépendant de sa mère, rester l'enfant malade dont elle pourra prendre soin et ne pas s'éloigner d'elle, avait aussi pour but qu'il puisse rester dans un cocon protecteur qui ne l'exposait pas à un environnement plus hostile et confrontant. De fait, on observe que M. C.\_\_\_\_\_ exagère certains de ses symptômes, notamment vis-à-vis de ses médecins traitants ou de l'OAI, ou tait certaines de ses activités, dans des tentatives maladroites de faire comprendre combien il souffre. Mais cette tendance à exagérer ses symptômes à certains moments et dans certains contextes, ne change en rien la gravité de ses pathologies et l'importance des handicaps qui en découlent en termes de capacité de travail. Dans son rapport d'expertise à l'attention de l'OAI basé sur un unique entretien, le Dr K.\_\_\_\_\_ décrit un tableau clinique qu'il interprète très différemment des autres intervenants médecins et psychologues ayant examiné l'intéressé depuis son enfance, en ne s'appuyant que sur cette dimension discordante entre la présentation de l'expertisé durant son entretien, les images visionnées sur la vidéo de surveillance et les délits pénaux. Il ne prend pas en compte les troubles de l'expertisé présents déjà depuis son enfance (un enfant de 7 ans présentant un trouble envahissant du développement n'aurait pu développer un trouble factice) et ayant nécessité la mise en place tant d'un suivi pédopsychiatrique que d'une école spécialisée, ni ses dépressions récurrentes ayant impliqué des hospitalisations en milieu psychiatrique, ni ses tentatives de suicide, ni ses capacités d'adaptation sociale minimales. Par ailleurs, l'expert décrit dans son rapport que l'assuré présente une attitude et un comportement « proches de l'exagération de symptômes », laissant ainsi sous-entendre qu'il y a bel et bien des symptômes, que l'expertisé exagère, même s'il ne précise pas auxquels il fait allusion. Il est difficile de comprendre alors pourquoi il retient le diagnostic de

production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques, (trouble factice), diagnostic qui correspond à une simulation répétée et cohérente de symptômes, en l'absence d'un trouble physique ou mental avéré. En effet, ce diagnostic sous-entend que les symptômes sont produits intentionnellement ou simulés, mais qu'il n'y a pas exagération d'un symptôme présent. Par ailleurs, l'expert a retenu le diagnostic de retard mental léger. Or, comme le stipule la CIM-10, on ne peut retenir le diagnostic de trouble factice qu'en l'absence d'un trouble mental avéré. On ne comprend donc pas que l'expert ait associé ces deux diagnostics.

- 19 - En conclusion, j'estime que les troubles psychiques de l'expertisé sont graves et suffisamment invalidants pour être incompatibles avec une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, et ce en tout cas depuis 1995. En effet, de par son retard mental, l'expertisé n'est pas apte à comprendre un cadre professionnel, s'y conformer et entretenir des relations interpersonnelles de qualité suffisante pour ne pas avoir des interprétations persécutives quasi délirantes sur les intentions d'autrui à son égard, ou ne pas risquer d'être moqué sur ses limitations intellectuelles par autrui, situations qui lui sont déjà insupportables dans sa vie quotidienne et ce qui sont sans cesse susceptibles de le replonger dans un marasme profond avec dépression sévère, tentative de suicide et hospitalisations. De plus, il ne pourrait prendre aucune décision par lui-même, au risque de ressentir des angoisses profondes à l'idée de se tromper. La nature de ses atteintes tend à maintenir le pronostic comme mauvais jusqu'à la fin de sa vie. En effet, une psychothérapie ne pourra améliorer sa capacité de travail. Le retard mental n'est pas une pathologie qui peut évoluer et le trouble envahissant du développement s'est rigidifié en un grave trouble de la personnalité trop enkysté à l'heure actuelle pour espérer une évolution favorable. Les symptômes psychotiques semblent ne pas répondre au traitement, quand bien même le dosage sanguin de l'antipsychotique est dans la norme. Seuls les symptômes anxio-dépressifs semblent pouvoir être quelque peu soulagés par le traitement psychotrope, comme c'est le cas actuellement, sans toutefois pouvoir garantir une absence de rechute dépressive plus sévère. [...] Si un traitement antidépresseur bien conduit pouvait permettre une amélioration symptomatique, ce traitement n'aurait aucune incidence sur son trouble de la personnalité ou sur son retard mental et ne pourrait en aucun cas augmenter sa capacité de travail. [...] » b) L'exposé de la Dre B. \_\_\_\_\_, repris ci-dessus, apparaît largement convaincant, ainsi qu'en convient d'ailleurs l'intimé lui-même dans sa détermination du 20 mai 2019. L'experte s'est en effet basée sur l'intégralité du dossier mis à sa disposition, sur les constats consignés à l'issue de trois entretiens avec le recourant, ainsi que sur les résultats de tests psychologiques. Elle a par ailleurs également sollicité des précisions auprès du Dr P. \_\_\_\_\_ et a fait procéder aux dosages sanguins de la médication du recourant. Elle a au surplus dûment exposé les motifs l'ayant conduite à s'écarter de l'opinion – au demeurant isolée – du Dr K. \_\_\_\_\_. Ses investigations minutieuses et ses explications claires justifient de suivre ses conclusions, exemptes de contradictions. c) Il y a donc lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail nulle dans toutes activités lucratives depuis le début des années 90, ainsi que l'avait retenu la décision initiale d'octroi de rente

- 20 - du 19 août 1996. La situation étant depuis lors demeurée stable, voire en péjoration progressive, il convient donc de conclure à l'absence de tout motif de révision du droit à la rente du recourant au sens de l'art. 17 LPGA. Partant, compte tenu d'un degré d'invalidité inchangé de 100 %, l'intimé n'était pas fondé à rendre la décision de suppression de rente avec effet rétroactif au 1er août 2002 du 23 février 2018.

## E. 7

Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, l'intimé étant au surplus invité à reprendre le versement de la rente entière d'invalidité servie au recourant à compter de sa suspension, respectivement de sa suppression. a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe. b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; BLV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs. In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé. c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil

- 21 - juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Yan Schumacher. Ce dernier a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant du 7 mars 2018 au 25 juin 2019. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du présent procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Elle doit être arrêtée à 56 h 15, dont 2 h 39 au tarif horaire de 180 fr., le solde au tarif horaire de 110 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours au taux de 5% (318 fr. 65) et la TVA au taux de 7,7% (515 fr. 25), ce qui représente un montant total de 7'206 fr. 90 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause, sous déduction des montants précédemment acquittés au titre de l'assistance judiciaire (cf. arrêts AI 190/16 – 272/2016 du 17 octobre 2016 et AI 286/16 – 130/2017 du 2 mai 2017). Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 5'206 fr. 90 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 5'206 fr. 90 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et

- 22 - législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

- 23 -