

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2015

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

**Art. 17 al. 1, 25 al. 1 et 31 al. 1 LPGA ; 31 LAI ; 77 et 88bis al. 2
let. b RAI**

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a bénéficié dès l'enfance de prestations de l'AI en raison d'une déficience mentale. Dans un rapport du 28 mai 1970, les spécialistes de la Policlinique de l'institut de pédagogie curative de l'université de Fribourg observaient qu'âgé de sept ans passé, le quotient intellectuel (QI) global de l'assuré était de 75 et qu'en raison d'un manque de maturité, en particulier affective, son comportement était celui d'un enfant de trois ans environ.

Le 18 juillet 1995, l'assuré, par son tuteur, a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office AI du canton de Fribourg. Il est mentionné notamment sous la rubrique « 6.10 Eventuelles remarques complémentaires d'ordre général » du formulaire que « tant son avocat que les médecins qui le soignent sont d'avis que cette personne est sérieusement atteinte dans sa santé et son psychisme ».

L'assuré a subi une opération cardiaque pratiquée avec succès le 2 novembre 1988 en raison d'une cardiopathie congénitale. Les rapports médicaux au dossier indiquent également les diagnostics de lombosciatalgies et de hernie discale.

Par décision du 11 décembre 1996, une demi-rente a été octroyée à l'assuré dès le 1^{er} juillet 1994 sur la base d'un degré d'invalidité de 56%.

Par décision du 26 novembre 1999, la rente a été supprimée, l'assuré ayant repris une activité lucrative à plein temps. Dans la comparaison entre le revenu annuel raisonnablement exigible provenant d'une activité lucrative sans et avec invalidité, le revenu de valide a été déterminé sur la base de l'art. 26 al. 1 RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201).

Le 28 février 2001, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI du canton de Fribourg en indiquant souffrir d'une atteinte à l'épaule droite depuis le 3 octobre 1999, date de l'opération de ce membre à l'Hôpital [...] ([...]) à [...].

Par décision du 20 mai 2003, une rente entière a été octroyée à l'assuré dès le 1^{er} janvier 2001 sur la base d'un degré d'invalidité de 90%.

Par décision du 18 mai 2004, cette rente a été supprimée, l'assuré ayant retrouvé un emploi exercé à temps complet.

Le 10 décembre 2004, l'assuré, toujours représenté par son tuteur, a déposé à nouveau une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité Fribourg. Il évoquait toujours des problèmes à son épaule ainsi qu'une hernie discale.

Depuis le 15 octobre 2005, l'assuré a emménagé à [...] dans le canton de Vaud.

L'assuré a fait l'objet d'une expertise les 27 septembre et 6 octobre 2005 au Centre d'expertises médicales de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) à [...]. Dans leur rapport du 17 mars 2006, les Drs P._____, médecine interne FMH, D._____, psychiatrie FMH et T._____, rhumatologie FMH ont estimé qu'une capacité de travail à un taux global de 40% dans une activité adaptée intégrant les limitations et la diminution du rendement pouvait être exigée.

Par projet du 25 juillet 2006, l'Office AI Fribourg a annoncé à l'assuré son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} juin 2005.

Selon un rapport d'entretien téléphonique du 3 novembre 2006, le nouveau tuteur de l'assuré a informé l'office que ce dernier travaillait depuis décembre 2006 dans une entreprise de terrassement et

qu'il aurait fait des achats importants en matière de mobilier et d'appareils électroniques.

Dans un projet de décision du 6 février 2007, annulant celui du 27 (recte : 25) juillet 2006, l'Office AI Fribourg a informé l'assuré du rejet de sa demande puisque celui-ci avait travaillé en 2005 et 2006 auprès de plusieurs employeurs sans en aviser l'office.

L'assuré a formulé des objections par l'intermédiaire de son tuteur. Par décision du 24 avril 2007, l'office a maintenu sa décision soit un refus de rente en raison du travail effectué par l'assuré auprès de divers employeurs.

Le dossier a été transmis le 5 juillet 2007 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) comme objet de sa compétence.

B. Le 15 janvier 2008, une nouvelle demande a été déposée par l'assuré. L'Office AI a demandé que celui-ci fournisse un rapport médical détaillé précisant entre autres l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur.

Dans un rapport du 29 avril 2008, le Dr Q._____, psychiatre FMH, pose les diagnostics de séquelles de troubles envahissants du développement (F84.8) et de retard mental léger (F70.8). Selon ce médecin, il existe une diminution importante de la capacité de gain chez l'assuré qui n'a qu'une faible capacité de travail résiduelle fluctuant autour de 30% en moyenne annuelle. Si l'assuré a été capable de réaliser un revenu plus élevé sur un court terme, de surcroît par le biais d'une escroquerie à l'assurance et à l'aide sociale (*sic*), il ne s'agit pas d'une amélioration de la capacité de travail significative, mais d'un comportement symptomatique de son trouble psychiatrique majeur.

Dans un rapport du 31 octobre 2008, le Dr W._____, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, écrit que la capacité de travail de

l'assuré est au seul plan psychiatrique de 30% globalement sur l'année et qu'on comprend qu'il peut y avoir des périodes de mieux au plan psychiatrique qui pousseront l'assuré, limité et anosognosique, à travailler pendant un temps indéterminé.

Par projet du 19 janvier 2009, avec en titre la mention suivante « Nouveau droit à une rente d'invalidité (Reconsidération) », l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2008. L'Office relevait que la décision du 24 avril 2007 n'avait pas fait l'objet d'un recours et qu'elle était donc entrée en force. De l'instruction sur la nouvelle demande, il est résulté que la capacité de travail de l'assuré était de 40% dans une activité adaptée et qu'elle n'était plus que de 30% depuis septembre 2007. Selon l'OAI, l'examen de la demande de prestations du 17 (recte : 15) janvier 2008 faisait apparaître que la décision de refus du 24 avril 2007 était manifestement erronée dans la mesure où elle se fondait exclusivement sur le fait qu'à cette époque, l'assuré avait repris l'exercice de son activité habituelle à plein temps pour des revenus importants sans qu'une amélioration de son état de santé sur le plan médical ne soit établie. L'Office relevait encore qu'au vu de l'importance des limitations fonctionnelles de l'assuré, la capacité résiduelle de travail de 30% de celui-ci n'était pas exploitable sur le marché du travail. Ensuite, l'OAI expliquait que selon l'art. 88bis al. 1 let. c RAI, la reconsidération en faveur de l'assuré prenait effet dès le mois où le vice a été découvert. En l'espèce, l'Office a retenu la date du rapport du Dr Q._____. En conséquence, il a retenu le droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2008.

Ainsi, par décision du 24 avril 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} avril 2008.

C. Une nouvelle révision d'office du droit à la rente a été initiée en février 2011.

Dans ce cadre, un extrait des comptes individuels (CI) AVS de l'assuré a été requis. Il en résulte qu'en 2008, celui-ci a réalisé un revenu de 51'082 fr., de 42'279 fr. en 2009 et de 6'125 fr. en 2010.

Dans un rapport du 29 mars 2011, le Dr R._____, généraliste FMH, a attesté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur discopathies pluri-étagées, canal lombaire étroit L3-L4, de scapulalgies droites chroniques et d'obésité morbide ; il se référait au Dr Q._____ pour les diagnostics psychiatriques. Selon un rapport du 17 mai 2011 de celui-ci, la situation de l'assuré n'avait pas évolué sur le plan psychologique et il restait totalement incapable d'avoir une activité lucrative exploitable de manière fiable et sur une durée conséquente. Son comportement était infantile ; il était incapable de construire et se projeter dans l'avenir de manière réaliste. L'assuré cherchait à satisfaire ses propres besoins et envies sans aucunement tenir compte de la réalité environnante et sans respect pour autrui.

Un entretien a eu lieu le 18 août 2011 entre un collaborateur de l'Office AI, l'assuré et son tuteur. On peut lire ce qui suit dans le procès-verbal d'entretien établi le même jour :

“Nous faisons brièvement un historique de son dossier avec les problèmes rencontrés suite à la non déclaration de revenu, etc. et posons les questions suivantes:

Avez-vous une activité professionnelle à l'heure actuelle ?
non je reste à la maison, j'ai trop mal au dos

Avez-vous travaillé depuis que vous êtes à nouveau au bénéfice d'une rente soit début 2008?
non jamais

Même pas des petits boulots ici et là ?
non, je suis à la maison

Nous lui montrons ainsi qu'à son tuteur, l'extrait de son compte individuel et lui demandons de s'expliquer. L'assuré nous répond qu'il ne sait pas ce que c'est. Nous insistons en devenant plus directif et l'assuré nous dit qu'il a un peu « bricolé » en 2008. Nous parlons de la définition du mot « bricolé » et il nous dit alors avoir travaillé comme machiniste et autres dans différentes entreprises. Il s'empresse de nous préciser que son dos le faisait énormément souffrir, même sa femme lui disait d'arrêter.

Nous demandons au tuteur s'il était au courant des activités de son pupille. Il nous répond que non et qu'il en est très surpris. Il exprime son mécontentement et sa déception à son pupille.

Nous lui redemandons s'il a actuellement un travail, il nous répond que non.

Nous l'informons que nous allons analyser la suite à donner à cette situation mais que cela pouvait aller jusqu'au remboursement des rentes indûment perçues voire même un dépôt de plainte. L'assuré nous dit regretter son acte, il pensait bien qu'il allait se faire prendre et il s'en veut. Il explique qu'il avait besoin d'argent, qu'il était au bénéfice de l'aide sociale, sa femme ne travaillait pas encore à 100%, qu'il n'avait plus d'argent pour se nourrir, etc.

L'assuré percevait: 1'893.- de sa rente entière et 776.- de sa rente SUVA.

Ni l'assuré ni le tuteur n'ont de questions, nous mettons un terme à l'entretien.

Entretien téléphonique de l'assuré avec : nom [...] / date 18 août, 1 heure après la fin de l'entretien ci-dessus.

L'assuré nous appelle pour nous dire qu'il regrette d'avoir triché. Il est en pleurs au téléphone. Il nous dit que sa femme ne gagne que 2'500.- net par mois, qu'il est inquiet de savoir qu'il pourrait y avoir une plainte de notre part. Il ne veut pas aller en prison, sa femme partirait certainement et il ne pourrait plus s'occuper de son chien. Il veut encore nous dire qu'il a également fait quelques bricoles en 2011, mais seulement 3 semaines. A la demande il nous dit également avoir « bricolé en 2010 » mais un petit peu.

Nous lui redisons que nous allons analyser la situation et encore vérifier ses gains pour 2010."

Il résulte d'un nouvel extrait des CI AVS qu'en 2010, l'assuré a perçu un revenu de 48'998 francs.

Dans un avis du 16 janvier 2012, le Dr W. _____ constate que tant le médecin généraliste traitant que le psychiatre n'annoncent aucune modification de l'état de santé et qu'il reste une capacité de travail résiduelle de 30% alors que les faits démontrent que l'activité lucrative était maintenue.

Par prononcé du 19 janvier 2012, l'Office AI a suspendu la rente avec effet au 31 janvier 2012 dès lors que l'assuré avait caché sa reprise d'emploi en violation de l'article 77 RAI.

Dans un projet du 20 mars 2012, l'OAI a écrit que l'assuré réalisait des gains importants depuis mars 2008 et qu'il avait failli à son obligation de renseigner au sens de l'art. 77 RAI. Il a opéré la moyenne des revenus réalisés en 2008 (51'082 fr.), 2009 (42'279 fr.) et 2010 (48'998 fr.) et a comparé ce revenu aux revenus moyens des salariés n'ayant pu acquérir de formation selon l'art. 26 RAI. Il a ainsi abouti à un taux d'invalidité de 36.44% soit inférieur à 40% depuis le 1^{er} avril 2008. La rente était donc supprimée avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2008. L'Office AI constatait également que le non-respect de l'obligation de renseigner portait sur la période du 1^{er} avril 2008 au 31 janvier 2012 (date de la suspension). Les prestations indûment perçues devaient être restituées ; le montant des rentes à restituer s'élevait, selon l'estimation de l'OAI, à 135'455 francs. L'assuré a été informé qu'il recevrait une décision séparée à ce sujet.

Par décision du 20 juin 2012, l'Office AI a supprimé la rente conformément au projet communiqué précédemment à l'assuré.

Par décision du 5 juillet 2012, l'OAI a demandé à l'assuré la restitution d'un montant de 65'788 fr. 95 représentant les rentes versées d'avril 2008 à janvier 2012, à savoir :

"Rentes de 04.2008 à 12.2008, 9 mois à 1'803.-	Fr. 16'227.00
Rentes de 01.2009 à 12.2010, 24 mois à 1'860.-	Fr. 44'640.00
Rentes de 01.2011 à 01.2012, 13 mois à 1'893.-	Fr. 24'609.00

./. Montant versé au CSR de [...]	Fr. <u>19'687.05</u>
-----------------------------------	----------------------

Fr. 65'788.95".

D. Par acte du 3 août 2012, X._____, alors représenté par l'Office du tuteur général (OTG), a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu avec suite de frais à la réforme de la décision du 20 juin 2012 en ce sens que les rentes sont à nouveau dues dès le 1^{er} janvier 2011, pour une durée indéterminée. Il a conclu également à la réforme de la décision du 5 juillet 2012 en ce sens que les rentes du 1^{er} janvier 2011 à janvier 2012 ne doivent pas être restituées. Subsidiairement, le recourant a conclu au renvoi du dossier de la cause à

l'OAI pour nouvelle décision. Sur la base du dernier extrait de son CI AVS au dossier, il soutient ne pas avoir travaillé en 2011 et 2012. Ces recours ont été enregistrés sous le rôle des causes CASSO AI 165/12 (décision de suppression du 20 juin 2012) et AI 167/12 (décision de restitution du 5 juillet 2012).

Par décisions du 3 septembre 2012 du Juge instructeur, rendues suite à ses demandes déposées dans l'intervalle, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 août 2012, ceci dans la mesure d'une exonération de la fourniture d'avances et de frais judiciaires.

Dans sa réponse commune du 5 octobre 2012, l'OAI a conclu au rejet des recours et au maintien des décisions querellées.

Dans un courrier du 26 octobre 2012, l'Office du tuteur général proposait alors la jonction des causes précitées en indiquant être d'avis, comme l'intimé, que cela serait la solution la plus judicieuse.

Le 2 novembre 2012, le juge instructeur a joint les causes AI 165/12 et AI 167/12 divisant les parties.

Par réplique du 14 décembre 2012, le recourant a maintenu l'intégralité des conclusions prises à l'appui de son acte du 3 août 2012. Il a produit un certificat médical du 5 novembre 2012 du Dr R. _____ à teneur duquel il est toujours, du point de vue médical, dans l'impossibilité d'effectuer une activité lucrative régulière.

Le 24 juin 2014, l'Office du tuteur général (depuis le 1^{er} janvier 2013, l'Office des curatelles et tutelles professionnelles [OCTP]) a informé le tribunal que dans sa séance du 11 mars 2014, la Justice de paix du district de l' [...] a levé la mesure de curatelle de portée générale au sens de l'art. 398 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210) instituée en faveur de X. _____ lequel s'est installé au Brésil et y réside à l'adresse suivante : c/o M. [...], Rua [...], [...], [...], Manaus/Amatonas.

Par ordonnance du 10 septembre 2014, le juge instructeur a invité le recourant à élire domicile en Suisse selon l'art. 17 LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36) en l'avisant qu'à défaut, il serait réputé avoir élu domicile à l'adresse du greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Aucune suite utile n'a été donnée à cette injonction.

E. Dans le cadre de son instruction complémentaire, le juge instructeur a obtenu un récent extrait des CI AVS du recourant. Il en résulte qu'en 2011, celui-ci a réalisé un revenu de 59'687 fr. et de 57'552 fr. en 2012. Les parties ont eu chacune la possibilité de s'exprimer au sujet de cet extrait, ce que l'intimé a fait en indiquant maintenir ses conclusions précédentes.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des

exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjetés en temps utile, compte tenu des fériés judiciaires d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), les recours sont recevables.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Au terme de la procédure de révision d'office initiée en février 2011 lors de laquelle le recourant a d'une part fait mention sur le plan médical d'un état de santé stationnaire (avec une capacité de travail résiduelle de 30%) et, d'autre part, n'a pas communiqué des gains importants réalisés depuis 2008 provenant d'activités lucratives, l'intimé a décidé la suppression du versement ainsi que la restitution de la rente entière avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2008 pour défaut de renseigner de la part de l'assuré au sens de l'art. 77 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201).

Le litige porte en l'occurrence, s'agissant de la suppression du versement de la rente entière (décision litigieuse du 20 juin 2012) et de sa

restitution (décision litigieuse du 5 juillet 2012), uniquement sur la période postérieure au 1^{er} janvier 2011.

Le recourant soutient en effet sur la base de ses CI AVS figurant au dossier de l'OAI, ne pas avoir travaillé en 2011 et 2012 ; il conteste ainsi toute violation de son obligation de renseigner envers l'intimé pour ces années-là. Il a du reste produit un certificat médical du 5 novembre 2012 de son médecin traitant qui atteste son impossibilité d'effectuer une activité lucrative régulière.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; à compter du 1^{er} janvier 2008, selon l'art. 28 al. 2 LAI (5e révision), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne

puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 LAI).

4. a) L'article 17 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 (al. 1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a, voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

b) Selon l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, si la capacité de gain ou la capacité

d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre, à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4, 131 V 164 consid. 2.3.3 et 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.2).

5. a) Dans le système de l'assurance-invalidité, la reprise d'une activité peut, le cas échéant, entraîner une réduction voire une suppression de la rente allouée jusqu'alors selon la procédure de révision prévue à l'art. 17 LPGA.

Selon l'art. 31 al. 1 LAI, si un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, que si l'amélioration du revenu dépasse 1'500 fr. par an. Le second alinéa (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2011) prévoit que seuls les deux tiers du montant dépassant le seuil de 1'500 fr. sont pris en compte lors de la révision de la rente. Le but poursuivi par cette disposition

introduite avec la 5e révision de l'AI est de ne pas sanctionner par une réduction excessive des prestations des bénéficiaires de rente qui s'efforcent de tirer tout le parti possible de leur capacité de gain résiduelle. Les augmentations de gain influant sur le taux d'invalidité continueront à entraîner la réduction ou la suppression de la rente AI, mais elles n'ont pas cet effet immédiatement (Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI] du 22 juin 2005 in: FF p. 4215 ss., spéc. p. 4323). L'art. 31 LAI ne s'applique que lorsque l'assuré utilise sa capacité résiduelle et perçoit un revenu d'invalidité effectif en raison de la reprise d'une activité ou de son extension et non pas lorsque le revenu pris en compte a un caractère uniquement hypothétique (ATF 136 V 216 consid. 5). Enfin, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si l'art. 31 LAI s'applique également lors d'une diminution de rente dans le cadre d'une reconsidération (TF 9C_466/2010 du 23 août 2010, consid. 3.6.3).

b) Du point de vue temporel, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2.1, 129 V 1 consid. 1.2 et les arrêts cités). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, en application du principe de droit intertemporel rappelé ci-avant, lorsque la première hypothèse visée par l'art. 31 LAI (dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), à savoir la perception d'un nouveau revenu, s'est entièrement réalisée avant l'entrée en vigueur de la disposition en question, celle-ci ne s'applique pas (TF 9C_285/2012 du 31 août 2012, consid. 5.3 et 9C_833/2009 du 4 février 2010, consid. 3.3 in: RSAS 2010 p. 382).

6. Sur le plan économique, selon 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. La

comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

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

7. L'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation (art. 31 al. 1 LPGA). Cette obligation est rappelée à l'art. 77 RAI lequel 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, l'impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution

d'assistance, ainsi que 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 (TF 9C_75/2011 du 22 août 2011, consid. 4 et l'arrêt cité).

8. a) Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1 LPGA).

L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision, importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 5.1).

La reconsidération et la révision sont explicitement réglées à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. A teneur de cette disposition, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). La rectification d'une décision antérieure par voie de la reconsidération entraîne en principe l'obligation de restituer la prestation de l'assurance-invalidité touchée à tort.

Si l'erreur porte sur un aspect ayant spécifiquement trait au droit de l'assurance-invalidité - on pense en particulier à tous les facteurs qui régissent l'évaluation du degré d'invalidité -, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro

futuro, de sorte qu'il n'y a pas lieu à restitution (TF 9C_185/2009 du 19 août 2009, consid. 4.3), sauf en cas de violation de l'obligation de renseigner (art. 77 RAI); dans ce dernier cas, la modification de la prestation d'assurance a un effet rétroactif (TFA I 842/2002 du 4 juillet 2003, consid. 3.2). La différenciation en ce qui concerne les effets de la reconsidération dans le temps en fonction de la qualification "spécifique au droit de l'assurance" ou "analogue au droit de l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants" des aspects sur lesquels porte l'erreur justifiant la reconsidération, telle que posée par la jurisprudence dans l'ATF 110 V 298, résulte des art. 85 RAI en relation avec l'art. 88bis al. 2 let. a et b RAI et reste valable malgré l'abrogation de l'art. 47 aLAVS (loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, RS 831.10) auquel renvoyait l'art. 49 aLAI (MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2^{ème} éd., 2010, ad art. 30/31 p. 406). Aux termes de l'art. 85 al. 2 deuxième phrase RAI, l'application de l'art. 88bis al. 2 let. a (effet ex nunc) et b RAI (effet ex tunc en raison de la violation de l'obligation de renseigner) suppose en effet que la prestation doit être supprimée (ou diminuée) à la suite d'un nouvel examen de l'invalidité de l'assuré, ce qui implique un examen des aspects spécifiques du droit de l'assurance-invalidité (TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 op. cit.).

Au regard de l'art. 25 LPGA et de la jurisprudence y relative, la procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes: une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA et des dispositions particulières et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 2^{ème} phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 OPGA [ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830,11]; KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., 2009, ad art. 25 LPGA, n° 8 p. 354).

b) Le droit de demander la restitution de prestations indûment touchées s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2, 1^{ère} phrase, LPGGA). Il s'agit là d'un délai de péremption (TF 8C_616/2009 du 14 décembre 2009, cf. pour l'ancien droit, ATF 124 V 380 consid. 1, 122 V 270 consid. 5a, 119 V 431 consid. 3a et les arrêts cités). Le point de départ du délai n'est pas celui de la commission de son erreur par l'administration, mais celui où elle aurait dû, dans un deuxième temps, s'en rendre compte (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1, 122 V 270 consid. 5b/aa, 119 V 431 consid. 3a et les arrêts cités ; arrêt PS.2005.0027 du 20 avril 2005 consid. 2). Le délai de péremption d'une année commence à courir dans tous les cas aussitôt qu'il s'avère que les prestations en question étaient indues (TFA K 70/2006 du 30 juillet 2007, consid. 5.1). En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement de l'indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour une administration de réclamer le remboursement de prestations versées à tort en cas de faute de sa part (ATF 110 V 304). La demande de restitution interrompt les délais de péremption de l'art. 25 al. 2 LPGGA, si elle est déposée à temps mais ne peut être demandée que si les prestations visées ont été indûment touchées. Toutefois, rien n'oblige l'assurance sociale à attendre que la décision constatant le caractère indu du versement soit définitive (TF 9C_564/2009 du 22 janvier 2010, consid. 5.3).

c) Le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose en réalité de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire: s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question, il doit s'opposer à la décision de restitution dans un délai de trente jours; en revanche, s'il admet avoir perçu indûment les prestations mais qu'il invoque sa bonne foi et les difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas d'un remboursement, il doit présenter une demande de remise au sens des art. 3, 4 et 5 OPGA. Dans la mesure où cette requête ne peut être traitée sur le fond que si la demande de restitution est entrée en force, la

remise et son étendue font donc l'objet d'une procédure distincte (cf. art. 4 al. 2 OPGA).

9. a) En l'espèce, la violation de l'obligation de renseigner l'intimé en lien avec la reprise d'une activité lucrative par l'assuré au début 2008 est dûment établie, comme l'indique à raison l'intimé dans sa réponse. Ainsi, il est constant que le recourant a effectivement repris une activité lucrative dès le début 2008 et a réalisé de ce fait des revenus significatifs, à savoir 51'082 fr. en 2008, 42'279 fr. en 2009 et 48'998 fr. en 2010 (cf. les deux extraits des CI AVS de l'assuré figurant au dossier transmis par l'intimé). Malgré cela, l'assuré n'en a pas informé spontanément l'administration dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente initiée en février 2011. Lors d'un entretien du 18 août 2011 dans les locaux de l'intimé, le recourant s'est au contraire déclaré d'abord en tant que personne sans activité lucrative en précisant même ne jamais avoir effectué de « petits boulots ici et là ». Ce n'est que consécutivement à l'insistance dont a fait preuve son interlocuteur de l'Office AI en lui soumettant, ainsi qu'à son ancien tuteur, l'extrait de ses CI AVS et en lui demandant de s'en expliquer que le recourant s'est finalement résolu à admettre avoir travaillé en 2008. Ce n'est de surcroît que par un téléphone ultérieur au collaborateur de l'OAI faisant suite à l'entretien précité que le recourant a admis également avoir « bricolé en 2010 » et avoir également fait quelques « bricoles », selon ses propres termes, en 2011.

S'agissant en particulier de la période postérieure au 1^{er} janvier 2011 (cf. consid. 2b supra), il ressort d'un récent extrait de ses CI AVS que le recourant a continué de percevoir des revenus non négligeables par l'exercice d'activités lucratives ; il a touché notamment près de 60'000 fr. en 2011 et environ 58'000 fr. en 2012. Le fait pour le recourant de faire valoir que son médecin traitant (le Dr R. _____) atteste l'impossibilité d'effectuer une activité lucrative régulière ne lui est d'aucun secours. En effet, l'obligation de renseigner fondée sur l'art. 77 RAI concerne tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations et notamment les changements qui concernent la

capacité de gain soit en d'autres termes, toute modification sur le revenu consécutive à l'exercice d'une activité lucrative. De plus, l'OAI demeure l'organe compétent auquel l'assuré est tenu de communiquer toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. Partant le recourant ne saurait user de subterfuges en se référant à une indication d'un tiers, en l'occurrence son médecin, pour se soustraire à son obligation légale envers l'assureur social. On ne voit au surplus pas en quoi le fait que l'ancien tuteur ait informé l'OAI de la situation professionnelle de son pupille une fois qu'il en a lui-même eu connaissance puisse être en mesure de changer quelque chose ; comme l'indique à juste titre l'intimé, l'ancien tuteur n'était pas en mesure de le renseigner utilement dès lors que l'exercice de l'activité professionnelle dont il est question a été dévoilée à l'OAI par le recourant lui-même durant son entretien du 18 août 2011.

A l'aune de ce qui précède, en ne communiquant pas spontanément à l'intimé le changement important de sa capacité de gain suite à la reprise de travail, le recourant a violé son obligation de renseigner au sens des art. 31 al. 1 LPGA et 77 RAI.

b) Il importe d'examiner si la violation précitée est en relation de causalité avec la perception indue par le recourant de prestations de l'AI, en l'occurrence d'une rente entière sur la période postérieure au 1^{er} janvier 2011.

Contrairement à ce que le recourant affirmait dans un premier temps, les revenus réalisés par celui-ci en 2011 et 2012 n'étaient pas inexistantes mais en réalité de 59'687 fr. pour 2011 et respectivement de 57'552 fr. en 2012 selon les divers extraits des CI AVS, notamment le plus récent.

Partant dans l'hypothèse où le recourant aurait respecté son obligation de renseigner l'OAI, le droit à la rente aurait pu être révisé à ce moment-là déjà, compte tenu du changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente (cf.

consid. 4 et 5a supra). Les revenus effectivement réalisés étaient largement supérieurs à la moyenne de ceux retenus par l'intimé dans sa décision de suppression de rente pour l'établissement du revenu d'invalidé retenu dans la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA pour le calcul de son degré d'invalidité ; la révision de la décision précédente du 24 avril 2009 allouant une rente entière se justifiait dès lors manifestement ainsi que la suppression de la rente avec effet rétroactif, le recourant ayant failli à son obligation de renseigner faute pour lui d'avoir avisé l'OAI de l'amélioration de sa capacité de gain (cf. art. 88bis al. 2 let. b RAI).

10. S'agissant de la restitution (décision litigieuse du 5 juillet 2012), le recourant n'en conteste pas le bien-fondé antérieurement aux années 2011 et 2012, soit pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 décembre 2010 ; il admet donc la réalisation des conditions d'une restitution dans son cas. Il ne saurait en aller différemment en 2011 et 2012 dès lors que pour ces années-là, le recourant n'avait plus droit au versement de la rente postérieurement à sa suppression rétroactive compte tenu de la violation de l'obligation de renseigner (cf. consid. 9 supra). Une fois que l'intimé a eu connaissance de l'erreur en lien avec le versement par la caisse de compensation de la rente, dans le courant 2011, il a réagi notamment par décision du 5 juillet 2012, en exigeant la restitution des montants indus (en particulier celui de 24'609 fr. relatif aux rentes versées du 1^{er} janvier 2011 au 31 janvier 2012). Dans ces circonstances, le droit de l'autorité intimée de demander la restitution des prestations indûment touchées n'était pas périmé (cf. consid. 8b supra), ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas.

L'intimé était en définitive bien-fondé à demander la restitution d'un montant total de 24'609 fr. calculé en son temps s'agissant des prestations indûment versées au recourant sur la période postérieure au 1^{er} janvier 2011 jusqu'à la fin janvier 2012.

Demeurent en revanche ouvertes la condition de la bonne foi du recourant, de même que celle de sa situation financière, qui devront, le

cas échéant, être examinées à l'occasion d'une demande ultérieure de remise de la prestation à restituer au sens des art. 25 al. 1, 2^{ème} phrase LPGA et 3 ss OPGA (cf. consid. 8c supra). La décision qui sera rendue sur la demande de remise pourra le cas échéant faire l'objet d'un recours.

11. Vu ce qui précède, les recours mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. 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 ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

b) Succombant, le recourant ne saurait prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Les recours déposés le 3 août 2012 par X. _____ sont rejetés.

- II. Les décisions rendues le 20 juin 2012 et le 5 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X._____ c/o greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à X._____ à son adresse au Brésil.

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

Le greffier :