

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourant, représenté par Me Caroline Ledermann,
avocate auprès du Service juridique de Procap, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17, 25 et 31 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 77 et 88^{bis} RAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait la profession de machiniste-verrier. Le 8 septembre 1995, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de douleurs lombaires faisant suite à une intervention chirurgicale. Selon un rapport du 17 mai 1996 établi par son médecin traitant, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, il présentait un état dépressif et un status une année après une hémilaminectomie L5-S1 droite, sur hernie discale à ce niveau, avec lombosciatalgies et syndrome déficitaire sensitif du membre inférieur droit. L'incapacité de travail était totale dans l'activité professionnelle habituelle depuis le 15 octobre 1994. L'intervention chirurgicale n'avait pas permis de diminuer les symptômes.

Dans un nouveau rapport du 29 juillet 1996, le Dr B._____ a décrit un état stationnaire. Les douleurs lombaires et sciatiques étaient telles que l'assuré ne se déplaçait que très difficilement et que la position assise n'était pas tenable plus de quelques minutes. Dans ces conditions, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables. Une amélioration était peu probable dans les douze prochains mois.

Par décision du 11 novembre 1996, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a reconnu à H._____ le droit à une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1^{er} octobre 1995.

B. En réponse à des « *questionnaires pour la révision de la rente* », H._____ a indiqué à l'OAI, les 19 septembre 1997, 26 avril 2001, 8 novembre 2005 et 9 janvier 2010, qu'il n'exerçait aucune activité lucrative ; son état de santé ainsi que sa situation professionnelle étaient restés inchangés depuis l'octroi de la rente. L'assuré a notamment précisé qu'il n'exerçait aucune activité lucrative accessoire. Ces informations étaient corroborées, sur le plan médical, par des rapports des 27 octobre 1997, 5 juin 2001, 28 novembre 2005 et 12 avril 2010 du Dr B._____, qui a

toutefois précisé dans les deux derniers rapports que la capacité de travail exigible restait au maximum de 10 à 20%.

Les 15 janvier 1998, 2 octobre 2001, 15 décembre 2005 et 22 avril 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré que les prestations dont il était titulaire étaient maintenues. Les communications des 15 décembre 2005 et 22 avril 2010 précisait que l'assuré est tenu d'informer immédiatement l'OAI de toute modification de sa situation personnelle ou économique pouvant se répercuter sur le droit aux prestations, en particulier toute modification de l'état de santé et changement de salaire ou de situation économique, par exemple le début ou la cessation d'une activité lucrative.

Le Dr [...], spécialiste en radiologie, a réalisé une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 26 août 2010, laquelle a montré : *« un aspect déshydraté des disques L3-L4 et L4-L5 avec status post cure de hernie discale L4-L5 droite sans signe de fibrose ou de récurrence de hernie. En L3-L4, mise en évidence d'une rupture de l'anneau fibreux postérieur médian et latéralisée à gauche sans signe de hernie discale ou de contrainte radiculaire ou foraminale. Toutefois, cette rupture de l'anneau fibreux postérieur peut créer une contrainte chimique sur la racine L4 gauche »*.

C. Le 23 mai 2011, le secrétaire du « *Contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud* » (ci-après : le Contrôle), mis en place à la suite d'une convention du 19 décembre 2007 entre l'Etat de Vaud, les partenaires sociaux du secteur de la construction et la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, a remis à l'OAI le rapport de contrôle no [...] relatif à un chantier à la rue [...], à [...] (« *Maison 'U._____'* en transformation »). Il ressort de ce rapport que les inspecteurs du Contrôle M._____, [...], [...] et [...] se sont rendus sur le chantier en question le samedi 30 avril 2011, à 10h00 et qu'ils y ont constaté divers travaux de paysagisme en cours. L'exposé des faits dans le rapport est rédigé comme suit :

« Lors de notre arrivée sur le chantier précité, nous nous trouvons en présence de plusieurs travailleurs effectuant des travaux de paysagisme, divers travaux de jardinage. Pour le présent rapport nous identifions les travailleurs comme étant :

- Faux indépendant 01 : M. H. _____ (bénéficiaire d'une rente AI)
- Travailleur 02 : (en indemnités chômage)

A savoir : au début de notre contrôle les deux travailleurs susnommés nous ont déclaré être ici pour donner un coup de main à la propriétaire qui est une amie. M. H. _____ et M. - nous affirment n'avoir pas de papier d'identité avec eux. Dès lors, nous leur faisons remplir le formulaire pour personne sans pièce de légitimation. A ce moment du contrôle, M. H. _____ prétend se nommer [...] [...], de nationalité Turc, être né le 12.09.[...] et domicilié rue du [...] à [...]. Après enquête cette identité est inconnue. A la fin de notre contrôle et après les premières enquêtes effectuées, notamment auprès de la propriétaire, M. H. _____ ainsi que son travailleur sont revenus sur leur première déclaration et nous ont présenté une pièce de légitimation officielle.

Contact avec la propriétaire et commanditaire des travaux : par téléphone, au moment de notre contrôle, Mme - est avisée des faits constatés et informée qu'un rapport sera établi puis traité par les différents services concernés.

Celle-ci nous déclare qu'elle était à la recherche de quelqu'un pour défricher le jardin de sa propriété en transformation. Que par le biais d'un travailleur oeuvrant sur le site, frère de M. H. _____ selon les déclarations obtenues sur place, elle fut mise en contact avec celui-ci qui s'est présenté à elle comme étant employeur indépendant dans le domaine du jardinage et du paysagisme. Après discussion avec lui, il fut convenu entre eux que M. H. _____ défricherait ce jardin en environ 2 jours de travail et pour la somme de CHF 35.- de l'heure. Mme - n'a pas demandé de devis à M. H. _____ partant dans un total climat de confiance avec lui. Pour terminer, cette dernière nous affirme encore ne pas connaître le statut de M. H. _____ et ne pas être au courant de la présence de M. - ouvrier engagé par le faux indépendant, sur son chantier. »

Toujours selon le rapport, H. _____ a notamment déclaré lors du contrôle qu'il s'était présenté à la propriétaire comme indépendant dans le domaine du jardinage et du paysagisme, qu'il avait convenu avec elle d'une rémunération de 35 fr. de l'heure pour environ deux jours de travail, qu'il avait fait venir « *le travailleur 02 afin de lui donner un coup de main* » et qu'il le rémunérerait. La propriétaire n'en avait pas été informée.

Par décision du 30 mai 2011, l'OAI a suspendu, « *par voie de mesures provisionnelles* » et avec effet dès le 30 juin 2011, les prestations d'invalidité allouées à l'assuré.

Lors d'un téléphone du 6 juin 2011 à l'OAI, H._____ a notamment exposé avoir été contrôlé sur un chantier alors qu'il était sur place « *pour expliquer comment faire le travail* ». A l'un des inspecteurs, qui s'était étonné qu'il ne s'enfuie pas, il avait répondu n'avoir rien à se reprocher et ne pas vouloir prendre le risque de se casser la jambe en courant.

Le 9 juin 2011, l'assuré a rempli un nouveau « *questionnaire pour la révision de la rente* » en indiquant que son état de santé était stationnaire et qu'il n'exerçait pas d'activité lucrative à titre principal ou accessoire. Le même jour, le Dr B._____ s'est étonné, lors d'une conversation téléphonique avec un collaborateur de l'OAI, de la suspension des prestations. Il a indiqué suivre l'assuré depuis près de vingt ans, qu'il ne pouvait pas travailler et que les faits reprochés à l'assuré ne lui ressemblaient pas. Après avoir fait état d'une possible erreur sur l'identité de la personne concernée, le Dr B._____ a observé que l'assuré était présent sur les lieux, mais qu'il ne travaillait pas. Il a demandé si une photo de l'assuré sur les lieux était disponible, de manière à vérifier s'il était en habits de travail, en précisant qu'il était impossible pour l'assuré de travailler sur un chantier avec des sandales. Son interlocuteur a répondu qu'aucune photo ne permettait de constater les chaussures que portait l'assuré. Le Dr B._____ a répondu que la décision de l'OAI était uniquement fondée sur les déclarations des inspecteurs, qui devaient démontrer des résultats dans leur recherche de fraudeurs.

D. Par acte du 28 juin 2011, H._____, représenté par Procap, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision de suspension de rente du 30 mai 2011, en concluant à son annulation, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, il a demandé qu'en cas de renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le droit à la rente soit réintroduit « *jusqu'au terme de la procédure de révision* ».

Le Tribunal cantonal a rejeté ce recours par jugement du 7 novembre 2011. Il a notamment considéré que la suspension du droit aux

prestations avait été prononcée par l'intimé à titre superprovisionnel, sans entendre préalablement le recourant. Les conditions pour une telle décision étaient réunies. En effet, au regard notamment du rapport d'enquête qui avait été communiqué à l'intimé, ce dernier pouvait considérer qu'une violation, par l'assuré, de son obligation de renseigner était très vraisemblable et que le risque de verser indûment des prestations jusqu'à l'échéance de la procédure de révision était élevé. Pour le surplus, le Tribunal cantonal a précisé que dans la mesure où l'assuré contestait les faits exposés dans le rapport d'enquête et demandait un complément d'instruction, ses allégations devraient être vérifiées par l'intimé, qui devrait ensuite statuer sur le maintien ou non de la suspension du versement des prestations, à titre de mesure provisionnelle cette fois. En l'état, la décision prise à titre de mesure superprovisionnelle devait être confirmée et le recours contre cette décision rejeté.

E. A la suite de ce jugement, l'OAI a informé le mandataire de l'assuré, le 26 janvier 2012, qu'il poursuivait l'instruction de la cause et prévoyait de le convoquer prochainement pour s'assurer que la suspension du versement des prestations restait justifiée. Cas échéant, une nouvelle décision de suspension à titre provisionnel serait prononcée.

Le 15 février 2012, l'OAI a convoqué H._____ pour un entretien, lors duquel il a invité ce dernier à s'exprimer sur le rapport relatif au contrôle de chantier effectué le 30 avril 2011. L'assuré a admis avoir été présent sur le chantier lors du contrôle, pour expliquer à un ouvrier le travail qu'il devrait effectuer. Pour le surplus, il a contesté le contenu du rapport. Le procès-verbal d'entretien indique notamment :

« Concernant la photo qui se trouve dans le rapport, notre assuré nous dit porter une blouse bleue à la demande d'un ouvrier car il y avait des épines près de l'endroit où il devait donner ses explications. Quant à la prise de photo, les contrôleurs lui auraient dit d'enlever sa blouse car il faisait chaud. Il ne comprend pas pourquoi ils lui ont demandé d'entrer à l'intérieur de la maison pour le photographe. M. H._____ ajoute qu'il était en « tongs » - ce que la photo ne montre pas - et que cela démontre le fait qu'il ne pouvait pas être là pour travailler.

Au sujet des déclarations de la propriétaire, Mme U._____, notre assuré conteste le fait qu'il soit indépendant et qu'il aurait engagé un autre ouvrier pour l'aider. Il n'a d'ailleurs convenu d'aucun tarif horaire pour ce travail. Selon lui, ce serait un certain O._____ (qu'il appelle son frère ou un cousin alors qu'il s'agit simplement d'un compatriote) qui aurait contacté M. Y._____ pour qu'il fasse le travail. Ce dernier l'aurait contacté pour lui demander de l'aide. Ce serait également O._____ qui aurait convenu de la rémunération avec la propriétaire, à savoir 35.-/heure.

M. H._____ nous dit ensuite être arrivé sur le chantier à 10 heures et le contrôle a eu lieu à 10h20. Il ne connaissait pas Mme U._____ et n'a jamais eu de contact avec elle auparavant. Sur place, elle l'aurait chargé de faire la traduction car O._____ et M. Y._____ ne comprenaient pas bien le français.

Concernant ses déclarations dans le rapport, il ne revient pas sur le fait d'être au bénéfice d'une rente pour des problèmes de dos, mais il rectifie en nous disant avoir sa rente depuis 17 ans et non depuis 7 ans. Notre assuré dit avoir été paysagiste au début, lorsqu'il est arrivé en Suisse mais qu'il a travaillé dans une fabrique de verre par la suite. M. H._____ affirme que M. Y._____ n'a pas fait de déclaration aux inspecteurs le jour du contrôle. En effet, la seule question qui lui aurait été posée était de savoir s'il connaissait la propriétaire. Notre assuré nous apprend que M. Y._____ est payé 20.-/heure et qu'il y avait un peintre à l'intérieur de la maison.

Afin de prouver ses dires, M. H._____ nous dit qu'il a un sms de la propriétaire sur son téléphone portable (il ne l'a pas sur lui). C'est O._____ qui lui aurait donné son numéro. Dans ce message, Mme U._____ lui aurait dit que M. Y._____ allait venir faire le jardin et lui a demandé s'il pouvait lui expliquer comment faire. Nous prenons alors note de ce message et lui conseillons de le garder au cas où nous aurions besoin de le voir.

Nous questionnons ensuite notre assuré au sujet de sa santé. Il nous répond qu'il ne va pas bien et qu'il ne peut pas rester assis plus de 30 minutes, auquel cas il se sent mal. M. H._____ doit rester idéalement debout et bouger un peu. Il aurait également des vertiges et aurait mal aux cervicales, aux mains et aux bras. Il prend des médicaments pour atténuer ses douleurs (Brufen, Dafalgan) et depuis 6 mois environ, il prend également des anti-dépresseurs. A notre demande, il nous dit qu'actuellement, il ne se sent pas capable de travailler, même dans une activité adaptée.

Au sujet de ses journées, M. H._____ nous dit se lever entre 5h30 et 6 heures, prendre ses médicaments et sortir lire le journal dans un kiosque. Il lit le journal en albanais et rentre manger en famille pour le dîner. Durant l'après-midi et lorsqu'il fait beau, il fait de la marche (environ 3 km aller-retour). Sinon il regarde des documentaires à la télé et nous avoue plus tard s'occuper de ses 3 petits-enfants. L'aîné de 6 ans va à l'école, le second a 4 ans et la petite 18 mois. Il ne peut pas la porter et s'en occupe uniquement lorsque que sa mère est présente. Notre assuré ne se couche jamais avant minuit et ne dort pas beaucoup, il n'arrive d'ailleurs que rarement à faire la sieste. »

Toujours le 15 février 2012, l'OAI a téléphoné à M. M._____, qui avait signé le rapport de contrôle contesté par l'assuré. Celui-ci a notamment déclaré qu'il se souvenait très bien du contrôle. L'assuré

nettoyait le jardin à l'aide d'un râteau et s'était montré réticent à être pris en photo. Il avait finalement accepté. Il portait un jeans sale et une veste de salopette. S'il avait porté des « tongs », cela aurait marqué M. M. _____ car c'était rare.

Par décision du 27 février 2012, l'OAI a maintenu, à titre provisionnel, la suspension du versement de la rente pendant la procédure de révision en cours. Il a considéré que l'inspecteur contacté par téléphone le 15 février 2012 avait confirmé les constatations figurant dans le rapport du 23 mai 2011. Les explications de l'assuré étaient confuses et peu cohérentes, de sorte que la décision de suspension du 30 mai 2011 était maintenue.

F. Le 30 mars 2012, H. _____ a recouru contre cette décision, dont il a requis l'annulation. A titre provisionnel, il a demandé que l'intimé soit condamné à réintroduire la rente pour la durée de la procédure de révision en cours. Cette requête a été rejetée par ordonnance du 19 avril 2012.

Le Tribunal cantonal a rejeté ce recours par jugement du 5 septembre 2012, considérant que la violation de l'obligation de renseigner par l'assuré était vraisemblable et que le risque de verser indûment des prestations jusqu'à l'échéance de la procédure de révision était réel. En effet, les explications de H. _____ lors de son audition par l'intimé étaient confuses et peu crédibles, et contredites par les affirmations de U. _____ et de l'un des auteurs du rapport d'inspection.

Le recours interjeté le 24 octobre 2012 par H. _____ à l'encontre de ce jugement a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral, faute d'avoir démontré entre autres l'existence d'un préjudice irréparable.

G. L'OAI a repris l'instruction du dossier. L'assuré a séjourné à la F. _____ (ci-après : F. _____) du 27 au 29 août 2012 afin de se soumettre à une expertise médicale. Un rapport d'expertise du 23 octobre 2012 a été rédigé par les Drs R. _____, spécialiste en rhumatologie et

médecine physique et réadaptation, et K._____, spécialiste en médecine interne générale et également rhumatologue. Ils y ont notamment fait les constatations suivantes :

« Examen clinique

Homme de 51 ans, en excellent état général, droitier, pesant 88 kg et mesurant 177,5 cm (BMI 28), ptose abdominale modérée. Pas d'adénopathie, lésions cutanées érythémato-squameuses dans le dos, au pli de flexion du coude droit et aux extrémités inférieures.

Status cardio-vasculaire

TAHD 150/100 mmHg, pulsations 90/min régulières. Absence de cyanose et de signe d'insuffisance cardiaque. Auscultation cardiaque sans bruit ou souffle surajouté. Tous les pouls artériels sont palpables et il n'y a pas de souffle carotidien ou aorto-fémoral. Pas de dilatation palpable de l'aorte abdominale.

Status respiratoire

Fréquence respiratoire normale, quelques accès de toux sèche. Percussion et auscultation thoraciques physiologiques.

Status digestif

Abdomen un peu protubérant, souple, sans hépatosplénomégalie ou autre masse pathologique palpable. La musculature de l'abdomen droit est sensible à la palpation.

Status neurologique

Cf. rapport annexé de l'examen de neurologique.

Status ostéo-articulaire

Cou

Assis

Rotation active G/D 5'-0-55°, passive 55-0-65°. Inclinaisons latérales G/D 40-0-40°, rotations en extension G/D 40-0-35°, flexion/extension par distance menton-sternum : 3 à 21 cm. Tous les mouvements cervicaux sont douloureux et les arrêts sont mous. Il s'agit d'une douleur se localisant dans les structures musculo-tendineuses étirées.

Couché

Lorsque l'assuré est détendu, les rotations atteignent 60-0-60° et les inclinaisons latérales 45-0-45°.

Rachis dorso-lombaire

Debout

Discrète bascule à droite de la ceinture pelvienne compensée par une planche de ½ cm, discret abaissement de la ceinture scapulaire à droite. Plis du flanc symétriques, le fil à plomb se projette en regard du pli inter-fessier. Pas de scoliose ou gibbosité. Flèches : C7 6 cm, D7 0 cm, L3 4 cm, S2 1 cm. Marche sur les pointes et sur les talons normale. Sur les talons, à une reprise, déséquilibre que l'assuré rattrape sans difficulté. Schober lombaire 10 à 13,5 cm, distance doigts-sol 54 cm, rythme lombo-pelvien conservé. Extension lombaire active peu ample, inclinaisons latérales

harmonieuses, un peu moins ample à droite : progression de la main le long de la cuisse 7 cm à droite et 13 cm à gauche. L'accroupissement profond n'est d'abord pas effectué (flexion active des genoux autolimitée à 45°), puis après que l'expert ait insisté un peu, l'assuré pose presque ses fesses sur les talons. Relèvement avec appui.

Assis

Rotation du tronc G/D 35 (plainte : tension douloureuse dorso-lombaire) - 0 - 45° (Plainte : douleur musculaire cervico-scapulaire droite). Passage de la position couchée à assise sans l'aide des mains non réalisé, le patient étant surpris de la demande et se contentant de décoller la tête sans faire davantage d'effort. Distance doigts-orteils jambes tendues 22 cm. Percussion dorso-lombaire sensible de haut en bas.

Décubitus dorsal

Angles poplités 140°. Manoeuvre de Lasègue négative, provoquant un étirement des ischio-cruraux davantage douloureux à droite qu'à gauche. Toute la musculature du tronc et des 4 membres est douloureuse à la palpation, davantage sur l'hémicorps droit. Les pieds sont aussi sensibles, davantage le droit. Les points de fibromyalgie sont tous sensibles, mais leur palpation ne déclenche pas de sursaut.

Décubitus ventral

Relâchement de la musculature para-vertébrale qui reste peut-être un peu plus tonique dans la région dorso-lombaire droite. A nouveau, toute la musculature dorso-lombaire, fessière et des membres inférieurs est sensible à la palpation, davantage à droite qu'à gauche. Cellulalgie de la ceinture scapulaire, davantage à droite qu'à gauche. La ventralisation passive des vertèbres L3 à S1 et D1 à D10 est sensible. La pression en regard de la jonction lombosacrée droite provoque une douleur dans la fesse droite. En appui sur les coudes, la lordose lombaire est tolérée.

Signes et symptômes de non organicité de Waddell : 4 à 5/5.

Membres supérieurs

Mains

Force de préhension nettement diminuée à droite sans que cela puisse s'expliquer par une lésion. Excellente trophicité musculaire ddc, aucune limitation des amplitudes articulaires des articulations des doigts, distance pulpe-paume 0 cm. Pas de callosité.

Poignets

Flexion/extension 55-0-55°, inclinaison radio-cubitale 15-0-30°, signe de Tinel négatif.

Coudes

Flexion/extension 140-5-0°, prosupination 70-0-70°.

Epaules

L'assuré peut poser la main sur l'épaule controlatérale, sur la nuque ou la mettre dans le dos (distance pouce-C7 21 cm) de façon symétrique. L'élévation et l'abduction actives sont de 140°, passives de 150°. Rotation externe coudes au corps 45° ddc. Les tests de

conflits sont négatifs, les tests contre résistance montrent une coiffe des rotateurs compétente ddc.

Périmètres

| | D | G |
|-----------------------|---------|-------|
| Milieu du bras : | 31,5 cm | 32 cm |
| Avant-bras proximal : | 29 cm | 29 cm |

Membres inférieurs

Hanches

Flexion/extension 120-0-10° et rotation externe/interne 50-0-15°. Abduction 45° à gauche et variant de 35° à 45° à droite (arrêt mou). FARE un peu moins ample à droite (arrêt mou). Tous les mouvements des hanches provoquent une douleur dans les muscles étirés et c'est cette douleur qui explique les discrètes limitations d'amplitude constatées à droite.

Genoux

Pas d'épanchement. Flexion/extension 130-0-0°. Pas de laxité anormale dans les plans frontal et sagittal, pas de crépitation fémoro-patellaire.

Chevilles

Flexion dorsale/flexion plantaire 20-0-40° ddc, prosupination normale et symétrique.

Pieds

Discret valgus des gros orteils qui sont indolores et dont la mobilité en flexion/extension est ample.

Périmètres

| | D | G |
|---|-------|-------|
| Cuisse à 10 cm du bord supérieur de la rotule | | 50 cm |
| 49,5 cm | | |
| Mollet maximal | 41 cm | 40,5 |
| cm | | |

[...]

DIAGNOSTICS

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

:

- **Lombosciatalgies bilatérales chroniques (M 54.4)**
- **Hémilaminectomie et discectomie L5-S1 droite le 25.11.1994 pour un syndrome radiculaire droit irritatif et déficitaire sur le plan sensitif, prédominant dans le territoire S1 (Z98.8)**

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- **Possible déficit sensitif dans le territoire radiculaire S1 droit (séquelle)**

(Z 86.6)

- **Discrets troubles dégénératifs du rachis (M 47.8)**
- **Anomalie transitionnelle lombosacrée (Q76.4)**
- **Polyneuropathie sensitive axonale à investiguer (G 62.9)**
- **Probable hypertension artérielle (I 10)**
- **Dermatose chronique (L 30.9)**

APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Monsieur H._____ est un homme de 49 ans, natif du Kosovo, non qualifié et qui travaille comme machiniste-verrier à plein temps et plein rendement lorsqu'apparaissent en 1993 des lombosciatalgies droites qui conduisent à une incapacité de travail puis à une discectomie L5-S1 droite en novembre 1994. L'intervention chirurgicale ne conduit pas à une diminution importante de la douleur et à la reprise d'une activité professionnelle. L'office AI octroie une rente entière dès le 01.10.1995. Selon l'assuré et son médecin-traitant, l'état de santé ne s'est par la suite pas amélioré.

Le 23.05.2011, 3 inspecteurs effectuant un contrôle de chantier constatent la présence de l'assuré sur un lieu de travail. Il est fortement suspecté que M. H._____ effectue des travaux de jardinage et de paysagisme (pour les détails, se référer au rapport de contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud du 23.11.2011). Le 30.05.2011, l'OAI décide de suspendre la rente dès le 30.06.2011. L'assuré et le médecin traitant estiment toujours que l'état de santé ne s'est pas amélioré et que tout travail lucratif est impossible. L'assuré fait recours contre la décision de l'OAI, la rente reste suspendue et la procédure suit son cours. Une expertise multidisciplinaire est demandée à la F._____.

Selon M. H._____, les douleurs ont évolué en 3 temps. Il y a eu la douleur intolérable lombaire et du membre inférieur droit qui a conduit à l'intervention chirurgicale en 1994, puis la persistance de la même douleur mais moins intense qu'avant l'opération, puis enfin une extension de la douleur à presque tout le corps depuis 2005 environ.

Les douleurs ont maintenant, selon l'assuré, de multiples localisations. Il y a toujours la douleur lombaire irradiant dans le membre inférieur droit, mais il y a aussi des douleurs dans l'autre membre inférieur, une impression d'explosion douloureuse dans les mollets, des douleurs dans les chevilles, de vives douleurs entre les omoplates irradiant vers la nuque et la tête, des céphalées, des douleurs dans les épaules et les membres supérieurs, un point douloureux sous-claviculaire droit. Il s'ajoute des lâchages intermittents des membres inférieurs ainsi qu'un manque de force dans les mains, surtout la droite.

Les examens physiques de médecine interne et de rhumatologie ne montrent aucune anomalie reproductible qui soit significative, à l'exception d'une tension artérielle élevée. Quant à l'examen neurologique avec ENMG, il met en évidence avant tout une polyneuropathie. Celle-ci peut rendre compte des plaintes les plus distales des membres inférieurs (mollets douloureux et tendus, par exemple), devra être investiguée et ne limite pas la capacité de travail. Le neurologue propose diverses investigations au médecin-traitant. L'IRM lombaire réalisée le 26.08.2010 met en évidence un état cicatriciel minime au niveau opéré, ce qui est très favorable

après une opération de hernie discale. Quant aux clichés lombaires actuels, ils montrent une anomalie transitionnelle lombosacrée qui n'a pas de signification clinique et de discrets troubles dégénératifs banals pour l'âge. L'IRM lombaire n'est pas répétée, car il n'y a rien de nouveau qui puisse le justifier.

Les examinateurs relèvent de multiples discordances tant au cours de leur anamnèse que pendant les examens physiques. Seules quelques-unes sont citées ici : discordance entre la distance doigts-sol debout et la distance doigts-orteils assis, force de préhension très basse de la main droite qui ne s'explique pas. D'autres incohérences sont mentionnées dans le chapitre "Coopération et cohérences" du rapport de l'évaluation des capacités fonctionnelles et dans l'expertise rhumatologique.

Une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) a été réalisée. Celle-ci comprend d'abord l'administration de l'auto-questionnaire PACT dans la langue du sujet, puis le passage des tests physiques fonctionnels. Le questionnaire PACT ou Spinal Function Sort permet deux choses. La première est l'appréciation du niveau de cohérence des réponses données par l'assuré et celui-ci est bas ici. La seconde est la connaissance de l'appréciation faite par l'assuré de ses propres capacités fonctionnelles. Ceci se fait en calculant un score à partir des réponses au questionnaire, puis en cherchant à quel niveau d'effort du D.O.T. (5 niveaux croissants d'effort allant de sédentaire ou essentiellement assis à très lourd) correspond ce score. Dans le cas de l'assuré, le score calculé est inférieur au score le plus bas donné par le concepteur du questionnaire (Matheson), ce qui signifie que l'assuré ne se considère même pas capable d'accomplir des activités correspondant au niveau d'effort le plus bas, soit au niveau sédentaire ou essentiellement assis. Ceci est une incohérence majeure, car les données anamnestiques (promenade de 3 heures, par exemple), les observations faites durant l'expertise, les données des examens physiques et les résultats des tests fonctionnels prouvent que l'assuré est capable d'en faire bien davantage.

Les résultats des tests fonctionnels physique de l'ECF (appréciation selon la méthode standardisée kinésiophysique) se trouvent dans le chapitre "Aptitudes/déficits principaux". L'assuré a presque toujours autolimité son effort, prétextant des douleurs. Par conséquent, les performances indiquées ne sont pas les capacités fonctionnelles résiduelles maximales, mais bien les performances que l'assuré a accepté de faire. L'ECF aide par conséquent peu à préciser l'exigibilité, mais elle a le mérite de mettre encore plus en évidence les incohérences déjà notées plus haut, et de montrer que le sujet peut pour le moins accomplir des efforts correspondant à un niveau d'effort léger.

Les nombreuses incohérences notées peuvent-elles s'expliquer par une comorbidité psychiatrique? L'expert psychiatre affirme que ce n'est pas le cas. Il mentionne bien une réaction dépressive après l'opération de 1994, puis un bref suivi psychiatrique vers 2004, mais il ne constate rien qui permette de poser actuellement un diagnostic psychiatrique. Il relève d'excellentes ressources culturelles et intellectuelles et signale que l'assuré s'est tenu assis durant les quelques 70 minutes de l'entretien.

Au total et après un entretien de synthèse entre les intervenants, l'expert principal retient que les plaintes et le handicap fonctionnel

rapporté par l'assuré ne peuvent pas s'expliquer dans leur intégralité par les anomalies objectives. La récupération objective 17 ans après l'opération lombaire peut être qualifiée de bonne. Une partie des douleurs lombaires, notamment celles irradiant dans le membre inférieur droit, sont explicables compte tenu du passé médical. Certaines des plaintes dans les membres inférieurs peuvent être en rapport avec la polyneuropathie. D'autres plaintes musculo-squelettiques sont non spécifiques.

Etant donné tout ce qui précède, l'expert principal estime qu'on ne peut pas exiger de l'assuré qu'il accomplisse des tâches mettant grandement à contribution son dos mais il ne partage pas le point de vue du médecin-traitant concernant les limitations fonctionnelles et l'incapacité à travailler quelle que soit la profession. Les capacités fonctionnelles actuelles de l'assuré lui permettent d'accomplir à plein temps et plein rendement une activité professionnelle légère à moyennement lourde.

D'un point de vue uniquement du dos le pronostic est plutôt bon. La cause de la polyneuropathie devra être recherchée avec l'espoir qu'elle soit traitable. La réintégration professionnelle pourrait être difficile en raison de l'âge et du comportement d'invalidé.

REPONSES AUX QUESTIONS DE L'ASSURANCE AI

[...]

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés au plan physique, au plan psychique et mental, au plan social

Au plan physique, on ne peut pas exiger davantage que ce qui suit : lever du sol à hauteur de la taille dans de bonnes conditions ergonomiques 7,5 à 10 Kg rarement, 5 à < 7,5 Kg occasionnellement, < 5 Kg sans limitation ; lever de la taille à hauteur de la tête 7,5 Kg rarement, 5 à < 7,5 Kg occasionnellement, jusqu'à 5 Kg sans limitation ; lever horizontalement 10 à 12,5 Kg rarement, 7,5 à < 10 Kg occasionnellement, < 7,5 Kg sans limitation ; porter de la main droite ou de la main gauche 10 Kg au maximum, position assise prolongée jusqu'à 70 min sans pause, rotation du tronc en position debout non limitée, maintien du tronc légèrement penché en avant pas trop longtemps en continu. Il faut aussi éviter l'exposition très prolongée du corps entier aux vibrations, éviter l'exposition prolongée au froid, éviter les déplacements prolongés en terrain très difficile, favoriser l'alternance des positions assise et debout.

Au plan psychique et mental : aucune.

Au plan social : aucune.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercées jusqu'ici ?

Il n'y a aucun renseignement sur les exigences physiques du poste de travail de machiniste verrier de l'époque. Il n'est donc pas possible de comparer ces exigences aux aptitudes physiques liées au travail actuelles, puis de se prononcer sur la capacité de travail actuelle dans cette activité.

[...]

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

Dans l'extrait du dossier sont citées les périodes d'incapacité de travail certifiées par le Dr B._____ et celles rapportées par l'employeur. L'incapacité de travail de 20% au moins semble avoir débuté au début de l'année 1994.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Les périodes d'incapacité de travail certifiées depuis 2004 par le Dr B._____ sont mentionnées dans l'extrait du dossier. L'assuré n'a jusqu'ici pas repris d'activité professionnelle, ayant été reconnu invalide et touchant une rente AI complète jusqu'il y a peu. L'expert ne peut pas se prononcer rétroactivement sur le degré d'incapacité de travail dans une activité adaptée. La pleine capacité de travail reconnue actuellement dans une activité adaptée sera effective dès le 30.08.2012, soit dès le lendemain du dernier jour de cette expertise multidisciplinaire.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

L'assuré n'a pas de trouble psychique limitant sa capacité d'adaptation à un environnement professionnel.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants : la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

L'assuré a les aptitudes et les ressources pour des mesures de réadaptation professionnelles, bien que le comportement d'invalide puisse constituer un facteur défavorable.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

Oui

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

La place de travail doit être bien conçue du point de vue ergonomique et les exigences du poste de travail doivent respecter les limitations fonctionnelles mentionnées au point B1.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (p. ex. heures par jour) ?

A plein temps et plein rendement.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Il n'y a pas de diminution du rendement.

[...] »

Pendant son séjour à la F._____, l'assuré a été examiné par le Dr K._____, lequel a établi un rapport d'expertise rhumatologique daté du 29 août 2012. Ce médecin a conclu comme suit (cf. rubrique « *appréciation* » du rapport) :

« **APPRECIATION**

[...]

En conclusion, M. H._____ souffre de lombosciatalgies persistantes plus de 15 ans après l'opération d'une hernie discale lombaire. Toutefois, l'intensité de la douleur alléguée paraît disproportionnée et les doléances actuelles dépassent, et de loin, les symptômes théoriquement imputables aux lésions organiques objectivées. Le handicap relaté par l'intéressé est, dans le même ordre d'idée, inconsistant. On peut admettre qu'une activité lourde, dans la construction ou le génie civil par exemple, ne peut plus être exigée. En revanche, une activité légère en termes de posture (évitement de la position maintenue en porte-à-faux du rachis et de manutention répétée de charges au-delà de 10 kg) est médicalement exigible, et ce avec un plein rendement. Le champ de l'orientation professionnelle est large : travail à un établi, petite mécanique, activités de contrôle, montage de tableaux électriques... »

Quant à l'expertise psychiatrique du 30 août 2012 réalisée par le Dr G._____ (toujours dans le cadre du séjour de l'assuré à la F._____), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, elle a permis la discussion suivante :

« **Discussion et suggestion à l'expert principal**

Nous avons donc devant nous un assuré de 51 ans, originaire du Kosovo, sans antécédents psychiatriques familiaux. L'enfance, l'adolescence et la première phase de l'âge adulte sont exemptes de troubles psychiques chez un homme qui fut bien intégré sur les plans professionnel, familial et psychosocial. Après son arrivée en Suisse, il a conduit un bon processus adaptatif et s'est bien inséré dans la communauté locale et dans le milieu albanophone. Ses enfants sont également tous bien insérés.

Une incapacité de travail de longue durée, sur hémisyndrome L5-S1 pérennisé, lui est octroyée depuis 1995 et semble n'avoir jamais été formellement remise en cause jusqu'en 2011. Au plan psychiatrique, l'anamnèse ne contient qu'une réaction dépressive, après l'opération de 1994, qui s'est rapidement amendée.

Bien que désinséré au plan professionnel, M. H. _____ a gardé un bon fonctionnement au plan familial et psychosocial durant toute la période d'incapacité de travail. Il se décrit comme un bon lecteur, a écrit des poèmes en Albanais, et donne épisodiquement des coups de main dans des bibliothèques.

On note un très bref suivi psychothérapeutique vers 2004 (2 à 3 séances). Dans le récit qu'il livre sur les circonstances de ce suivi, on ne note pas d'élément suggérant une intense souffrance psychologique. Plus récemment, après la suspension de la rente, il annonce des moments de tristesse et de découragement dont l'intensité n'atteint pas le niveau d'une dépression. Il n'a par ailleurs pas consulté de psychiatre et bénéficie d'une médication antidépressive très réduite en posologie (37,5 mg de Venlafaxine par jour).

Le status que j'observe ce jour ne livre aucun élément psychopathologique.

L'intéressé m'est par ailleurs apparu authentique et je n'ai pas observé d'éléments de séduction ou de dissimulation volontaires.

Il n'y a pas, sur la base de mon status et de l'anamnèse à disposition, d'élément, relevant de mon champ de compétence, ayant un impact négatif sur la capacité de travail.

L'expertisé m'est apparu intelligent : il dispose d'excellentes ressources culturelles et intellectuelles. Au cas où un processus de réadaptation professionnelle venait à être engagé, on peut penser que ces ressources pourraient être mises à profit : une activité comme aide bibliothécaire ou documentaliste pourrait constituer une piste.

La longue période sans travail (déconditionnement) pourrait constituer un obstacle, de même que le fort ancrage de cet assuré, qui m'est apparu sincère, dans un statut de malade et de handicapé.
»

La radiographie lombaire (debout, face, profil) du 28 août 2012 réalisée dans le cadre de l'expertise a montré : *« de face, les pédicules et les apophyses transverses sont tous présents et de profil l'alignement est harmonieux entre les murs antérieur et postérieur. Vertèbre de transition sous forme d'une sacralisation de L5. Spondylose dorsale D10-D11, D11-D12 et discrets signes de discarthroses D12-L1. Pas de bascule significative du bassin. »* (cf. rapport du Dr [...], spécialiste en radiologie, du 29 août 2012).

Dans un avis du 6 décembre 2012, le Dr D. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que l'expertise de la F. _____ était convaincante et qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter. Il a également mentionné s'agissant de la

date du début de la pleine exigibilité qu'il était vraisemblable que, compte tenu des conclusions du contrôle des chantiers réalisé en avril 2011 et de l'absence de faits médicaux nouveaux depuis lors, l'assuré possédait déjà une telle capacité de travail en 2011.

Dans un courrier du 27 décembre 2012 à l'OAI, le Service des rentes de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a indiqué que le montant des rentes versées à l'assuré de mai à juin 2011 s'élevait à 2'850 fr. (1'425 fr. x 2).

Par communication du 5 février 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré un stage d'observation et d'évaluation effectué auprès de l'E. _____ à [...], qui s'est déroulé du 15 avril au 10 mai 2013.

Dans un rapport du 13 mai 2013, le Dr W. _____, médecin-conseil auprès de l'E. _____, a notamment exposé les éléments suivants :

« **Examen physique**

M. H. _____ est en bon état général, de grande taille, présente un bon état d'hygiène corporelle et vestimentaire, parle bien le français. La marche est lente, mais sans boiterie. Toute la mobilisation est lente, mais le déshabillage et l'habillage se font sans entrave fonctionnelle. Le discours est centré sur les douleurs qualifiées de « terribles et partout ». Chaque mouvement déclenche des plaintes douloureuses, des sursauts, toutefois sans expression douloureuse du visage. La musculature paraspineuse et des membres est bien conservée. L'assuré nous parle de fibromyalgie, de nombreux points sont effectivement douloureux, périscapulaires, 2^{ème} sterno-costale ddc, épicondyles interne et externe ddc, pattes d'oie ddc. Le pli cutané paraspineux est souple de bas en haut ddc. Le pincé-roulé est sans particularité. La cicatrice opératoire lombaire est calme. Distance doigts-sol 58 cm, Schober lombaire 10-12 cm, flexion latérale 5° ddc. La rotation et la pression axiale selon Waddell déclenchent des douleurs lombaires. La marche sur les talons et sur les pointes est possible ddc. Il n'y a pas de déficit neurologique des membres inférieurs. Le Lasègue est de 90° ddc en position assise, mais l'assuré se plaint de douleurs lombaires et poplitées en fin de course. Nous relevons qu'au fil de l'examen, des symptômes non décrits pendant le temps de l'anamnèse apparaissent. Nous n'envisageons aucun symptôme dépressif ni anxieux. Au terme de cet examen, nous demandons à l'assuré de concentrer ses nombreux rendez-vous médicaux et paramédicaux sur le mercredi après-midi ou le vendredi en fin de journée pour ne pas réduire le temps d'observation.

Nous avons revu M. H. _____ le 16 avril 2013 à son entrée une semaine après le préexamen. Lors d'un rendez-vous médical la veille, le médecin traitant a changé la Novalgine et l'Irifen contre l'Aulin. Il prend aussi du Lioréal. Il se plaint à cet entretien de douleurs au genou D avec une difficulté à marcher, à descendre les escaliers et de lâchages de ce genou. Il se plaint aussi de diminution de la sensibilité aux paumes des deux mains et à tous les doigts, plus seulement à la paume de la main D comme annoncé au préexamen. Pendant l'entretien, il reste debout et piétine sans cesse. Ce piétinement cesse toutefois pendant notre examen soigneux de la pallesthésie au diapason. La vibration est perçue jusqu'au bout des doigts, mais plus faiblement qu'aux poignets ou aux avant-bras. La perception est décrite comme plus faible à droite qu'à gauche.

Le même jour, une heure après cette entrevue, l'assuré demande à nous revoir. Il s'est plaint à la maîtrise de douleurs de la nuque et de tout le dos, ce qu'il nous redit. Il se plaint aussi d'avoir de la peine à marcher et nous dit qu'il a fréquemment ce genre de symptôme brusquement pendant quelques heures, même à la maison. Il boîte à la salle d'examen. La configuration des lieux nous permet d'observer l'assuré sur une partie de son parcours entre l'atelier et le cabinet médical l'assuré marche lentement, mais toutefois sans boiterie ni à l'aller ni au retour. Le déshabillage se fait lentement avec des soupirs. Nous retrouvons la bonne musculature du dos et des membres. Il n'y a pratiquement pas de trouble statique vertébral. Le pli est souple de bas en haut ddc, le pincé-roulé est sans particularité et indolore. La palpation des points classiques de fibromyalgie est cette fois négative, sauf une douleur à la palpation des trapèzes, de l'insertion scapulaire des muscles angulaires de l'omoplate ddc, de la crête iliaque à droite et de la patte d'oie ddc. Les points de Valleix supérieur et moyen D sont douloureux, la palpation du grand trochanter D est douloureuse. Nous ne notons pas de contracture musculaire par rachidienne. La distance doigts-sol est de 57 cm, le Schober lombaire de 10-11 cm. Pendant cette flexion antérieure, M. H. _____ se laisse tomber en avant en se retenant à une tablette fixe et se retrouve au sol à plat ventre. Constatant notre absence totale de réaction, il se met assis, puis se relève lentement, mais sans aide et explique cette chute par un vertige « la tête a tourné ». Cet épisode dure en tout une à deux minutes. A aucun moment, il n'y a eu perte de conscience, il ne s'est pas blessé et n'a d'ailleurs aucune plainte douloureuse liée à cette chute. L'examen physique reprend comme si rien ne s'était passé. Les flexions latérales du rachis sont de 5° ddc. La marche sur les talons et sur les pointes est possible ddc. L'examen neurologique des membres inférieurs est symétrique, sauf qu'il décrit une diminution circonferentielle de la sensibilité de tout le membre inférieur D. La rotation et la pression axiale selon Waddell déclenchent une douleur lombaire ddc. Il n'y a aucun symptôme des séries dépressive ni anxieuse.

Nous recevons le 23 avril 2013 un téléphone du Dr B. _____, médecin traitant, qui décrit son patient comme dépressif, au bord de la décompensation physique et psychique et il m'informe qu'il doit mettre son patient à l'arrêt de travail. A but transactionnel, nous négocions un arrêt de travail partiel à mi-temps pour sauver au moins une partie de l'observation professionnelle, ce qu'il accepte de faire.

Nous avons réexaminé M. H. _____ le 7 mai 2013 dans sa dernière semaine de stage. Il a poursuivi son stage à 50% depuis le mercredi de la deuxième semaine. Il a dû consulter les urgences de l'hôpital de [...] à cause du dos, où on lui a prescrit du Tramal 50 qui le calme, mais qui l'endort. Il prend aussi du Réméron. Il a eu plusieurs rendez-vous chez son médecin traitant et encore un le lendemain après-midi. A l'atelier, certains jours ça va, d'autres non. Il n'est par exemple pas arrivé à dévisser les vis d'un bornier en aluminium (le maître d'atelier lui a fait la démonstration qu'on peut les dévisser sans effort à deux doigts). Il se plaint de s'être blessé le bout des doigts lors d'un travail de ponçage. Il dit manquer de précision. Il se plaint de gonflements du 3^{ème} doigt de la main D, lorsqu'il a mal à la nuque, mais à l'examen, nous ne le constatons pas à ce moment. Il dit que le travail n'est pas difficile, mais que c'est son état physique qui ne suit pas.

Discussion

M. H. _____ est un kosovar albanophone de 51 ans, à l'arrêt de travail depuis 1994 à la suite de l'opération d'une hernie discale. Il a bénéficié d'une rente entière de l'assurance-invalidité de 1995 à 2012 où elle a été suspendue à la suite d'un contrôle de chantier où il a été observé en train de travailler à des travaux de paysagisme. A la suite d'une expertise pluridisciplinaire d'octobre 2011, le SMR, suivant l'avis des experts, estime entière la capacité de travail dans une activité adaptée. Nous n'avons aucun motif médical pour nous écarter de cette estimation. Lors de nos entretiens et examens, nous nous trouvons en face d'un assuré collaborant à l'entretien, mais faiblement à l'examen, plaintif, rajoutant des plaintes touchant toutes les parties du corps au fil de l'entretien, démonstratif. La démonstration va jusqu'à une chute sans conséquence, dont il se relève seul. Nous relevons de nombreuses incohérences aussi bien à l'examen médical qu'à l'atelier. Il a été mis à l'arrêt de travail partiel par son médecin traitant au motif d'une péjoration de son état et d'un risque de décompensation psychique et physique. Notons que lors de nos entretiens et lors des entretiens avec notre psychologue, nous n'avons noté à aucun moment de signe de la série dépressive dans le discours.

A l'atelier, pendant le peu de temps où on a pu observer cet assuré, il se montre surtout plaintif et démonstratif, s'octroyant des pauses ou ne venant pas ou partant plus tôt. Il travaille lentement, avertit que tel ou tel mouvement ne sera pas possible, ne parvient pas à développer de la force aussi minime soit-elle, pour dévisser par exemple, sans qu'on puisse l'expliquer, ni sur le plan fonctionnel ni sur le plan médical.

Au total, cet assuré n'a pas pu être observé de façon contributive à l'étude de son cas. Prolonger le stage des jours manqués n'aurait pas amélioré la qualité d'observation. Les plaintes subjectives douloureuses sont omniprésentes, justifiant aux yeux de l'assuré son absentéisme et ses maigres performances, mais ne sont pas expliquées objectivement. »

Dans un avis médical du 9 juillet 2013, le Dr V. _____, médecin auprès du SMR et spécialiste en médecine interne générale, a constaté que le stage à l'E. _____ n'avait pas été concluant et qu'il

convenait de procéder à une approche théorique de la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Le 22 juillet 2013, l'OAI a rendu un projet de décision de suppression de rente avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2011, dont la motivation était la suivante :

« Résultat de nos constatations :

Par décision du 11 novembre 1996, nous vous avons octroyé une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%.

Un contrôle effectué le 30 avril 2011 par le contrôle des chantiers de la construction, a révélé que vous travailliez en qualité de faux indépendant dans le domaine du jardinage et du paysagisme. Au vu de ces éléments, nous avons suspendu le versement de votre rente par voie de mesures provisionnelles et poursuivi l'instruction de votre dossier, notamment au niveau médical.

Des éléments médicaux portés au dossier, notamment de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la F. _____ en août 2012, il ressort qu'une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (activité légère à moyennement lourde avec épargne du rachis).

Ainsi, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans votre ancienne activité de machiniste verrier, soit CHF 73'773.-, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée à 100%.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4901.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5109.29 (CHF 4901.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1.80% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62420.02 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56178.02.

Votre perte économique découle du calcul suivant :

Comparaison des revenus :

| | | | | | |
|----------------------------|-----|----------|---|----|-------|
| sans invalidité | CHF | 73773.00 | | | |
| avec invalidité | CHF | 56178.00 | | | |
| La perte de gain s'élève à | CHF | 17595.00 | = | un | degré |

d'invalidité de 23.85%.

Par ailleurs, le stage d'observation professionnel effectué au centre E. _____ de [...] a mis en évidence qu'il n'existait pas de mesures professionnelles permettant de réduire votre perte économique.

Comme le degré d'invalidité est inférieur à 40% depuis le 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} mai 2011.

Le non-respect de l'obligation de renseigner porte sur la période allant du 1^{er} mai 2011 au 30 juin 2011. Les prestations indûment perçues, d'un montant de CHF 2850.-, 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 16 septembre 2013, l'assuré, représenté par Procap, a contesté le projet de décision précité et requis le maintien de son droit à une rente entière, ainsi que les versements rétroactifs des rentes suspendues depuis le 1^{er} juillet 2011.

Dans un rapport du 17 septembre 2013, le Dr B. _____ a estimé que son patient était inapte à travailler compte tenu de son déconditionnement au travail depuis presque vingt ans, des troubles musculo-squelettiques et dégénératifs de la région lombo-sacrée, des

troubles neurologiques et d'un état dépressif, le tout combiné avec un traitement lourd.

Dans un courrier du 13 décembre 2013 à l'OAI, la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir rencontré l'assuré à quatre reprises (les 3 et 16 mai 2013, le 3 juin 2013 et le 12 novembre 2013). Elle a exposé que ces entretiens avaient montré un tableau clinique presque superposable à celui noté par le Dr G._____ dans son expertise du 30 août 2012. Seule l'irritabilité semblait avoir augmenté et des troubles du sommeil étaient apparus. Ces changements ne modifiaient toutefois pas les conclusions de l'expert psychiatre de la F._____.

Le 13 décembre 2013, le Dr B._____ a annoncé une aggravation de l'état de santé de l'assuré au niveau cervical. Il a joint un rapport du Dr [...], spécialiste en radiologie, du 21 novembre 2013 concernant une IRM de la colonne cervicale réalisée le 19 novembre 2013. Elle montrait des sténoses foraminales C5-C6 nettement prédominant à gauche, ainsi que des discopathies C3-C4, C5-C6 et C6-C7. Il n'y avait en revanche pas d'hernie discale ni de signe de myélopathie.

Dans un avis médical du 17 février 2014, le Dr D._____ du SMR a préconisé de compléter l'instruction sur ce point.

Dans un rapport du 5 mai 2014 à l'OAI, le Dr B._____ a exposé qu'au statut clinique, la mobilisation active et passive de la nuque de son patient était douloureuse, ainsi que la participation para-cervicale des deux côtés. La rotation n'était pas limitée, l'inclinaison l'était en revanche légèrement de 40° des deux côtés. Au niveau des membres supérieurs, la force était nettement diminuée du côté droit et la sensibilité était difficile à évaluer. Le Dr B._____ a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 30-40% dans une activité permettant d'épargner la nuque (rotation et flexion-extension) et prenant en compte la diminution marquée de la force du membre supérieur droit.

Le Dr D._____ a retenu, dans son avis du 24 juin 2014, que le statut clinique des cervicales et des membres supérieurs décrit dans le rapport du 5 mai 2014 du Dr B._____ était superposable à celui figurant dans le rapport d'expertise de la F._____, de sorte qu'il confirmait les conclusions émises dans l'avis médical SMR du 6 décembre 2012.

Le 9 juillet 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport de la Dresse J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 23 juin 2014. A teneur de ce rapport, l'état dépressif de l'assuré s'était péjoré. Elle affirmait que depuis le 28 février 2014, il présentait un état dépressif sévère réactionnel à sa situation psychosociale, une péjoration des douleurs et une fatigue chroniques. Elle attestait une incapacité de travail totale.

Par décision du 30 juillet 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 juillet 2013.

Par décision du 13 août 2014, l'OAI a rendu une décision demandant à l'assuré la restitution d'un montant de 2'850 fr. à titre de prestations versées à tort en mai et juin 2011.

H. Le 11 septembre 2014, H._____, représenté par Procap, a interjeté un recours de droit administratif contre ces décisions. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à leur annulation et à la constatation de son droit à une rente entière au-delà du 1^{er} mai 2011, ainsi qu'aux versements des rentes suspendues depuis le 30 juin 2011, intérêts en sus. Il fait essentiellement valoir que le rapport d'expertise de la F._____ constitue une nouvelle appréciation d'une situation restée identique, de sorte que son droit aux prestations doit être maintenu en l'absence de motif de révision. Il conteste également avoir violé son obligation de renseigner l'administration et soutient que l'instruction reste lacunaire à cet égard. A titre de moyens de preuve, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), le relevé des sms entrants et sortants lié au numéro [...] durant le mois d'avril 2011, l'audition en qualité de témoin de Mme U._____ et des inspecteurs

présents lors du contrôle de chantier du 30 avril 2011. Il demande également être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la présente procédure.

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 16 octobre 2014, en exposant que l'état de santé du recourant s'était notablement amélioré depuis la décision initiale du 11 novembre 1996, se fondant principalement sur le rapport d'expertise de la F._____. L'aggravation annoncée postérieurement à l'expertise de la F._____ en 2012 n'était par ailleurs pas susceptible de modifier cette constatation.

Le 24 octobre 2014, le recourant s'est déterminé et a maintenu ses conclusions.

Le 8 décembre 2014, l'intimé a également maintenu sa position.

Le 29 avril 2015, le Tribunal a informé les parties que les requêtes d'instruction complémentaire étaient rejetées et que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

Le 29 mai 2015, le recourant a maintenu ses réquisitions de preuve et demandé en outre la production de son dossier auprès des services sociaux.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé

dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales, auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. Le litige porte, d'une part, sur la suppression de la rente d'invalidité du recourant à compter du 1^{er} mai 2011, et d'autre part, sur la restitution d'un montant de 2'850 fr. correspondant aux prestations perçues en mai et juin 2011.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 (cf. TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les

circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 et les références).

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 al. 1 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.

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%.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI

2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

4. Dans le cas présent, la décision à prendre en compte au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3a) est celle du 11 novembre 1996, à savoir la dernière décision reposant sur un examen matériel des faits.

a) S'agissant de la période qui prévalait en 1996, la rente entière d'invalidité avait été octroyée sur la base de deux rapports médicaux du Dr B. _____ (17 mai et 29 juillet 1996), médecin traitant du recourant. Ce médecin avait posé les diagnostics d'état dépressif et de status une année après une hémilaminectomie L5-S1 droite, sur hernie discale à ce niveau, avec lombosciatalgies et syndrome déficitaire sensitif du membre inférieur droit.

b) Du point de vue somatique, les Drs R. _____ et K. _____ ont retenu, dans le rapport d'expertise du 23 octobre 2012, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales chroniques, ainsi que d'hémilaminectomie et discectomie L5-S1 droite le 25 novembre 1994. En revanche, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail les diagnostics de possible déficit sensitif dans le territoire radiculaire S1 droit (séquelle), de discrets troubles dégénératifs

du rachis, d'anomalie transitionnelle lombosacrée, de polyneuropathie sensitive axonale, de probable hypertension artérielle et de dermatose chronique. Ces médecins ont observé que l'intensité de la douleur alléguée par le recourant paraissait disproportionnée et dépasser, de loin, les symptômes théoriquement imputables aux lésions organiques objectivées. Ils ont ainsi reconnu au recourant une pleine capacité de travail dès le 30 août 2012 (date de l'expertise) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : lever du sol à hauteur de la taille dans de bonnes conditions ergonomiques 7,5 à 10 kg rarement, 5 à < 7,5 kg occasionnellement, < 5 kg sans limitation ; lever de la taille à hauteur de la tête 7,5 kg rarement, 5 à < 7,5 kg occasionnellement, jusqu'à 5 kg sans limitation ; lever horizontalement 10 à 12,5 kg rarement, 7,5 à < 10 kg occasionnellement, < 7,5 kg sans limitation ; porter de la main droite ou de la main gauche 10 kg au maximum ; position assise prolongée jusqu'à 70 minutes sans pause, rotation du tronc en position debout non limitée, maintien du tronc légèrement penché en avant pas trop longtemps en continu ; une activité évitant l'exposition très prolongée du corps entier aux vibrations, l'exposition prolongée au froid, les déplacements prolongés en terrain très difficile, et enfin une activité favorisant l'alternance des positions assise et debout). Cette expertise réalisée dans le cadre du séjour du recourant à la F._____ revêt une pleine valeur probante. En effet, ces médecins ont rédigé leur rapport après avoir étudié les pièces du dossier (y compris le dossier radiologique), pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. Ils se sont exprimés, de manière détaillées et cohérentes, sur la capacité de travail résiduelle du recourant, ainsi que sur les limitations fonctionnelles liées à ses atteintes. Leurs conclusions à cet égard sont convaincantes et dûment motivées. Ainsi, il convient de se fier à ce rapport d'expertise pour évaluer la capacité de travail du recourant.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le point de vue des médecins de la F._____ ne constitue pas une nouvelle appréciation d'une situation restée identique, puisque par rapport à l'état de santé du recourant en 1996, on note effectivement une amélioration. En 1996, le médecin traitant soulignait que, compte tenu de ses douleurs, le recourant

ne se déplaçait que très difficilement et ne tenait la position assise que quelques minutes (cf. rapport du 29 juillet 1996). Or, en 2012, le recourant affirme faire régulièrement une longue promenade d'environ 3 heures et les médecins de la F._____ relèvent en outre une bonne récupération dix-sept ans après l'opération lombaire.

S'agissant de la date du début de l'exigibilité, il ressort des constatations des médecins de la F._____ que l'état de santé du recourant n'a guère évolué depuis avril 2011, à l'époque où il a été surpris sur un chantier. Dans ce contexte, le rapport SMR du 6 décembre 2012 est convaincant et il établit, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis l'octroi de la rente en 1996 et que cette amélioration était déjà effective en avril 2011.

Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne peut tirer aucune conclusion du stage qu'il a effectué à l'E._____ en ce qui concerne l'incapacité de travail alléguée. En effet, le Dr W._____, médecin-conseil de l'E._____, a relevé que le recourant n'avait pas pu être observé de façon contributive à l'étude de son cas, les plaintes subjectives douloureuses étant omniprésentes bien qu'inexpliquées objectivement. Le rapport du 13 mai 2013 du Dr W._____ fait état d'une attitude très démonstrative du recourant et de nombreuses incohérences, aussi bien à l'examen médical qu'à l'atelier. A cet égard, la F._____ avait d'ailleurs souligné que le recourant adoptait un comportement d'invalidé qui entraînait un pronostic défavorable pour une réadaptation professionnelle.

Enfin, s'agissant de l'aggravation somatique au niveau cervical annoncée par le médecin traitant en décembre 2013, elle a été réfutée de manière convaincante par le SMR dans son rapport du 24 juin 2014. Ce rapport expose à juste titre que le statut clinique des cervicales et des membres supérieurs décrit dans le rapport du Dr B._____ du 5 mai 2014 est superposable à celui figurant dans le rapport d'expertise de la F._____. Le Dr B._____ n'amène au demeurant pas d'élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par les experts.

c) Au plan psychiatrique, le Dr G._____ a retenu dans son expertise du 30 août 2012 – qui remplit les exigences jurisprudentielles en la matière – qu’il n’y avait pas, sur la base de son status et de l’anamnèse à disposition, d’élément ayant un impact négatif sur la capacité de travail du recourant. Il a mentionné, à l’anamnèse, une réaction dépressive après l’opération de 1994, qui s’est rapidement amendée, ainsi qu’un très bref suivi psychothérapeutique en 2004, qui ne démontrait toutefois pas une intense souffrance psychologique selon le récit qu’en a fait le recourant. Le Dr G._____ a précisé que l’expertisé n’avait pas consulté de psychiatre après cet épisode et qu’il bénéficiait d’une médication antidépressive très réduite en posologie. Dans son rapport du 13 décembre 2013, la Dresse I._____ a indiqué avoir rencontré le recourant à quatre reprises en 2013 et retrouvé un tableau clinique superposable à celui décrit par l’expert de la F._____. Selon elle, l’augmentation de l’irritabilité et l’apparition de troubles du sommeil n’étaient pas de nature à modifier les conclusions de l’expert psychiatre de la F._____. Dans le même sens, le Dr W._____, médecin-conseil auprès de l’E._____, n’a pas noté de signe de la série dépressive dans le discours du recourant « *lors de nos entretiens et lors des entretiens avec notre psychologue* » (cf. rapport du 13 mai 2013).

Le rapport de la Dresse J._____ du 23 juin 2014, mentionnant un état dépressif sévère, n’est pas susceptible de remettre en cause les avis des Drs G._____ et I._____. Il s’agit d’un avis isolé, de surcroît pas suffisamment détaillé. En effet, trop sommaire, le rapport énonce uniquement le diagnostic. Il n’indique pas si le recourant bénéficie d’un suivi régulier, ni si un traitement spécifique à un état dépressif sévère a été mis en place. La Dresse J._____ se limite à attester une incapacité de travail totale sans autre explication. Elle ne rend dès lors pas vraisemblable une péjoration sur le plan psychique depuis l’expertise de la F._____. En conséquence, il convient de considérer que le recourant ne présente pas d’incapacité de travail d’un point de vue psychiatrique, à tout le moins depuis avril 2011 jusqu’en été 2014, date des décisions litigieuses.

d) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites dans l'expertise de la F._____, et ce dès avril 2011.

5. a) 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 (art. 85 al. 2 et 88^{bis} al. 2 RAI).

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).

b) A la suite du jugement du Tribunal cantonal du 7 novembre 2011 (qui a confirmé la décision du 30 mai 2011 de l'intimé supprimant la rente d'invalidité du recourant à titre superprovisionnel), l'OAI a entendu le recourant sur sa présence lors du Contrôle de chantier d'avril 2011, puis a contacté par téléphone l'un des inspecteurs présent sur place lors de cet événement. Ces mesures d'instruction certes minimales sont cependant

suffisantes. Elles ont conduit l'OAI à rendre une décision le 27 février 2012 confirmant la suppression de la rente d'invalidité à titre provisionnel. H._____ a recouru contre cette décision sans demander d'autre mesure d'instruction que la production du contrat conclu entre U._____ et lui-même. Il n'a finalement requis l'audition de U._____ et des contrôleurs, ainsi que la production par [...] du relevé des SMS entrant et sortant liés au numéro [...] que dans son recours du 11 septembre 2014 lié à la présente procédure, soit plusieurs années après les faits. Quoiqu'il en soit, ces mesures d'instruction ne sont pas nécessaires, les preuves au dossier permettant d'établir de manière suffisante le fait que le recourant travaillait sur un chantier lorsque les inspecteurs l'ont surpris. Le rapport d'inspection, les comptes-rendu d'entretien verbal et téléphonique et les déclarations de U._____ aux inspecteurs, tels que rapportés par ces derniers, sont suffisants. Les explications du recourant sont trop confuses et embrouillées pour être crédibles, notamment en ce qui concerne les raisons pour lesquelles il portait une blouse bleue, et l'aurait enlevée pour la photo, mais également s'agissant des raisons de sa présence sur le chantier. Ses explications sont de surcroît contredites par les affirmations de U._____ données lors de l'inspection sur le chantier le 30 avril 2011, et par celles de l'inspecteur contacté téléphoniquement par l'OAI le 15 février 2012. Au surplus, le recourant avait dûment été avisé de son obligation de signaler toute modification de sa situation personnelle ou économique lors des communications de l'OAI des 15 décembre 2005 et 22 avril 2010. En conséquence, le recourant ayant failli à l'obligation de renseigner qui lui incombait, la suppression de la rente d'invalidité prend effet rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré (art. 88^{bis} al. 2 RAI), soit dès le 1^{er} mai 2011.

6. Dans sa décision du 13 août 2014, l'intimé a arrêté le montant de la restitution des rentes à 2'850 francs.

a) Selon l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées (al. 1 première phrase). Le droit de demander la restitution 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 (al. 2, première phrase).

Le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'autorité administrative aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 122 V 270 consid. 5a). Elle doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde – quant à son principe et à son étendue – la créance en restitution à l'encontre d'une personne déterminée, tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3).

b) Dans le cas présent, l'OAI n'a eu connaissance des éléments décisifs au plus tôt qu'en décembre 2012, date où le SMR s'est prononcé, affirmant que la capacité de travail du recourant était vraisemblablement déjà nulle en avril 2011 (cf. avis du 6 décembre 2012). L'OAI n'a toutefois eu connaissance de l'étendue de la créance que le 27 décembre 2012, date à laquelle le Service des rentes de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS lui a communiqué le montant des prestations versées au recourant pour les mois de mai et juin 2011.

Le droit d'exiger la restitution des prestations servies à tort n'était donc pas périmé au moment où il a été exercé, l'intimé ayant rendu son projet de décision le 22 juillet 2013. Le calcul du montant à restituer, d'ailleurs non contesté par le recourant, correspond aux pièces du dossier. Vérifié d'office, il doit être confirmé. Le montant de 2'850 fr. est ainsi dû par le recourant.

c) Quant à la question de la bonne foi et de la situation économique du recourant, elles pourront être appréciées, lors de la demande de remise que le recourant aura la possibilité de déposer auprès de l'intimé après l'entrée en force du présent arrêt (art. 25 LPGA et 4 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). Pour ce motif, la requête de complément d'instruction du 29 mai 2015 tendant à la production du

dossier des services sociaux concernant le recourant - au demeurant tardive - est dépourvue de pertinence et doit être rejetée.

7. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et les deux décisions attaquées confirmées.

b) La procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs. Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 17 octobre 2014, de sorte que les frais judiciaires sont provisoirement laissés à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant sera tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Vu l'issue du recours, le recourant n'a pas droit à des 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.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues les 30 juillet et 13 août 2014 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Caroline Ledermann (pour H. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :