

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 mars 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
M. Dépraz, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**AB.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; 88<sup>bis</sup> al. 2 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** AB.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 mai 2002, sollicitant l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession en raison de « lombalgies sur spondylolisthésis L5-S1 » et de troubles dégénératifs dorsaux.

**B.** En date du 28 mai 2002, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a diagnostiqué des rachialgies subaigües communes, une « spondylolyse isthmique bilatérale L5-S1 avec listhésis de L5-S1 » et une discarthrose pluri-étagée prédominant à la charnière dorso-lombaire. Il précisait que cette affection avait débuté de façon brutale le 5 mars 2002, lorsqu'en soulevant un treillis, l'assuré avait ressenti une violente douleur dorso-lombaire qui avait persisté. Il relevait en outre que les diagnostics posés n'expliquaient pas l'ensemble de la symptomatologie et constatait plusieurs signes de non-organicité selon Waddell, ce qui l'inquiétait pour le pronostic.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2002 adressé à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a confirmé les diagnostics précités. Il estimait que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 5 mars 2002 et appuyait la demande de mesures d'ordre professionnel, considérant que son patient ne pourrait certainement plus travailler comme manœuvre.

Dans un rapport médical du 10 octobre 2002 adressé au Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé les diagnostics de « lombalgies sur spondylolisthésis de L5, de degré I sur lyse isthmique M54.5 - Q76-4 » et de troubles somatoformes douloureux persistants. Il précisait que dans une activité

adaptée, la capacité de travail pouvait être complète et ne s'opposait pas à la reprise du travail à 50 %, reprise qui a toutefois échoué.

En date du 28 avril 2003, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, indiquant que l'activité exercée jusque-là n'était plus exigible et que son patient ne pouvait pas exercer d'autre activité. Ce médecin joignait différents rapports médicaux à ses écritures, dont en particulier :

- un rapport du 5 décembre 2002 du Dr KK.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, confirmant que l'assuré était incapable de reprendre son activité professionnelle de maçon, « même dans une activité adaptée » ;
- un rapport du 3 février 2003 du Dr GG.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, signalant notamment une importante perte de poids de l'assuré ;
- un rapport du 24 avril 2003 du Dr HH.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, faisant suite à un CT-scan de la colonne lombaire du même jour ;
- un rapport du 28 avril 2003 du Dr F.\_\_\_\_\_, mentionnant une aggravation de l'état de santé de l'assuré et le fait qu'en raison des douleurs, ce dernier était incapable de reprendre toute activité professionnelle.

Une évaluation professionnelle au sein du II.\_\_\_\_\_ de [...] a été mise sur pied à partir du 5 janvier 2004. L'assuré a mis un terme à cette mesure le jour-même invoquant des problèmes psychiques.

Par courrier du 9 janvier 2004, W.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport d'expertise psychiatrique du 31 octobre 2003 du Dr M.\_\_\_\_\_.

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et d'G.\_\_\_\_\_, psychologue, mentionnant un « trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale de sévérité légère ». Sur le plan psychopathologique, ces experts considéraient notamment que l'assuré présentait quelques signes atypiques de la lignée dépressive, mais insuffisants pour entrer dans le cadre d'un état dépressif majeur, voire même d'une dysthymie. Ils soulignaient en outre que le trouble douloureux pouvait être estimé comme tout au plus d'une sévérité légère. Selon eux, la capacité de travail sur le plan psychiatrique était dans tous les cas supérieure à 80 %, voire entière dans toute activité adaptée aux problèmes lombaires d'AB.\_\_\_\_\_.

Le 5 mars 2004, l'assuré, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a transmis à l'OAI un rapport médical du 12 décembre 2003 du Dr L.\_\_\_\_\_ adressé au Dr F.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport médical du 9 février 2004 du Dr F.\_\_\_\_\_ à dite protection juridique. Selon le Dr L.\_\_\_\_\_, l'état dépressif apparaissait au premier plan et le pronostic était sombre. Ce médecin ne voyait pas d'alternative à une rente pour motifs psychiatriques. Le Dr F.\_\_\_\_\_ allait également dans le sens de son confrère, précisant en particulier que le trouble douloureux était de sévérité grave. Il ajoutait que la capacité de travail de son patient était toujours nulle pour des motifs psychiatriques essentiellement.

Dans un rapport d'examen du 9 août 2004, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a considéré que dans une activité adaptée, la capacité résiduelle de travail de l'assuré était de 80 à 100 %, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique.

Par décision du 21 décembre 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était de 80 à 100 %. Procédant à une comparaison du revenu sans invalidité et avec invalidité, l'OAI a estimé que le taux d'invalidité était de 32 % et ne donnait ainsi pas droit à une rente.

L'assuré a fait opposition à cette décision en date du 14 janvier 2005, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci. À l'appui de cette écriture, il invoquait le fait que selon ses médecins, notamment les Drs F.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une quelconque activité professionnelle.

Le 1<sup>er</sup> avril 2005, en complément à son opposition, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport d'expertise psychiatrique du 16 mars 2005 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressortait ce qui suit :

« **Appréciation :**

L'étude du dossier relate chez Monsieur AB.\_\_\_\_\_ une atteinte à la santé brusque et intense, en mars 2002, sous forme d'une douleur lombaire dans le cadre d'une activité professionnelle lourde et sur fond d'atteinte congénitale et de lésions dégénératives classiques de la colonne lombaire.

Monsieur AB.\_\_\_\_\_ est décrit comme un bon ouvrier, fidèle puisqu'il n'a connu qu'un seul employeur en dix-huit ans (1984 à 2002) d'activité d'aide maçon.

L'atteinte à la santé empêche Monsieur AB.\_\_\_\_\_ de poursuivre son activité d'aide maçon selon tous les médecins spécialistes qui l'examinent après cet incident, étiqueté maladie et non pas accident.

Aussi bien des prises en charges spécialisées du dos, hospitalières et ambulatoires, que trois tentatives de reprise du travail se soldent par un échec.

Une aggravation du tableau clinique somatique est signalée, sous forme de sciatalgies nouvellement apparues, depuis janvier 2003.

Une évaluation en vue de mesures professionnelles sous l'égide de l'AI n'a lieu que vingt mois après le début de l'incapacité de travail et cinq mois après que l'assurance indemnités journalières a cessé le versement de ses prestations. Au moment de cette évaluation, Monsieur AB.\_\_\_\_\_ se trouve dans un état psychique incompatible avec un tel projet selon le moniteur qui l'accueille au II.\_\_\_\_\_ et selon le médecin traitant.

L'investigation actuelle permet de confirmer un tableau clinique grave, qui correspond à un état dépressif sévère chez une

personne dont le mental est actuellement fortement désorganisé, avec atteinte importante des fonctions cognitives (attention, concentration, mémoire, raisonnement). D'autre part, comme plusieurs intervenants l'ont constaté, il s'avère que Monsieur AB. \_\_\_\_\_ est un homme docile et serviable, mais passif.

Il était manifestement peu réaliste en mars 2003 de demander à cet homme fruste, travailleur de force, pourvu de peu de ressources psycho-affectives et intellectuelles, de trouver seul un nouvel emploi mieux adapté à ses aptitudes résiduelles. Le revirement de la W. \_\_\_\_\_ a probablement contribué à perturber chez l'expertisé les représentations mentales de son environnement, de ce qui est et de ce qui n'est pas, ainsi que sa propre cohérence psychique.

L'expérience dans le domaine de la réinsertion, plus particulièrement dans les pathologies douloureuses du dos, met en évidence clairement qu'il s'agit d'intervenir rapidement et de manière multidisciplinaire pour favoriser un retour dans le circuit professionnel. Une telle attitude de la part des assurances et du corps médical est non seulement prônée par la SUVA, mais correspond également aux objectifs visés par les modifications en cours à l'AI dans le cadre des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> révisions de la LAI.

Dans le cas de Monsieur AB. \_\_\_\_\_, une prise en charge multidisciplinaire ne s'est pas faite et il n'y a pas de cohérence entre la position des médecins et celle des assureurs.

L'impact psychique de l'atteinte du dos a manifestement été sous-estimé chez cet homme fruste et peu expressif. La mise en garde du Dr L. \_\_\_\_\_ en octobre 2002 est restée sans suites.

Il n'est pas étonnant de constater une détérioration progressive de l'état de santé de l'expertisé, lui-même totalement démuni et impuissant face à l'atteinte de sa santé dans un contexte social et professionnel complexe.

L'investigation psychiatrique et psychologique met en évidence chez l'expertisé une personnalité bancale, structurée probablement sur un mode prépsychotique, qui a décompensé au moment de l'atteinte brusque du dos. Monsieur AB. \_\_\_\_\_ a pleinement assumé ses charges de famille tant qu'il était valide, mais il n'a pas pu faire face à cette nouvelle donne qui exigeait un changement d'emploi et d'employeur de sa part, modifiant par là considérablement son équilibre psycho-social.

Il a présenté selon toute vraisemblance un état dépressif quelques semaines après l'atteinte, d'abord larvé, ne se manifestant chez cet homme peu expressif que par une perte de poids importante, puis, dès octobre 2002, de manière cliniquement perceptible, puisque le Dr L. \_\_\_\_\_ soulève cet aspect.

Si le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostic clinique de dépression c'est que son évaluation n'aurait pas mis en évidence de symptômes dépressifs majeurs, selon lui.

Pourtant le Dr M.\_\_\_\_\_ a bien constaté des traits dépressifs lors de l'évaluation psychométrique et qu'il a constaté une difficulté relationnelle au cours de l'examen clinique.

Il fait état dans son rapport de la perte de poids importante, sans l'expliquer aucunement, de troubles du sommeil majeurs et de la réduction de l'activité sexuelle. Mais il rattache cette symptomatologie uniquement à l'état douloureux.

L'exo-anamnèse (anamnèse fournie par le fils), met en évidence une faible sociabilité chez l'expertisé depuis toujours et une désintégration sociale progressive, puis complète depuis l'atteinte de 2002. Le Dr M.\_\_\_\_\_ décrit par contre une vie familiale et relationnelle idyllique, un peu de la même façon qu'il n'accorde aucun poids émotionnel au décès précoce du père et à la constellation particulière de la famille d'origine de Monsieur AB.\_\_\_\_\_.

De suivre, dans la fratrie, un frère décédé peut avoir son importance dans la compréhension du fonctionnement de la personnalité de l'expertisé, mais cet élément n'est pas signalé par le Dr M.\_\_\_\_\_ et n'est de toute manière pas significatif dans la situation actuelle.

Mon investigation conclut clairement à un état dépressif allant d'une intensité légère à fin 2002 à une intensité sévère depuis fin 2003, chez une personnalité fruste.

Le tableau clinique actuel est celui d'un état dépressif sévère, avec agitation psychomotrice, résistant à un traitement antidépresseur administré selon les règles de l'art. L'état mental de Monsieur AB.\_\_\_\_\_ est actuellement totalement désorganisé et correspond à un état psychique proche de l'impotence.

Si des facteurs psycho-sociaux jouent un rôle dans l'évolution de cette personne, comme chez toute personne, l'incapacité de travail est clairement et uniquement imputable à l'état dépressif sévère. »

Le Dr X.\_\_\_\_\_ posait ensuite les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de probable personnalité anxieuse (évitante), précisant que l'épisode dépressif sévère dont souffrait l'expertisé depuis 2003 au moins impliquait une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative quelle qu'elle soit du fait de l'atteinte des fonctions cognitives (concentration, attention, mémoire), de la désorganisation mentale, de la perte de l'élan vital, et de l'agitation psycho-motrice associée dans ce cas.

Dans un rapport médical du 20 septembre 2005, les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère

sans symptômes psychotiques, de syndrome douloureux chronique et de dorso-lombalgies chroniques sur trouble dégénératif dorso-lombaires pluri-étagé et possible irritation sciatalgique sur spondylolisthésis L5-S1. Ils estimaient que l'activité exercée jusque-là n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de rendement de 100 %. Ils précisaient en outre que l'assuré ne pouvait pas exercer d'autre activité et qu'un reclassement professionnel était compromis.

Dans un avis médical du 19 octobre 2005, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé par une dégradation importante de l'état psychiatrique sous forme d'une décompensation sévère d'un état dépressif chronique avec dépendance d'autrui pour la vie de tous les jours. Cette aggravation entraînait selon ce médecin une incapacité de travail totale, l'assuré n'étant plus en mesure de prendre des décisions seul et de conduire le cours de son existence.

Par décision sur opposition du 8 décembre 2005, l'OAI a admis l'opposition et réformé sa décision en ce sens que l'assuré avait droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 mars 2004 puis à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> avril 2004. Des rentes pour les enfants de l'assuré ont par la suite également été versées.

**C.** Dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente, un rapport médical a été établi le 3 avril 2009 par les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr JJ.\_\_\_\_\_, dans lequel ces médecins ont notamment indiqué que la situation restait inchangée depuis l'intervention de l'AI en 2006. Ils estimaient que l'incapacité de travail était toujours de 100 % pour une durée indéterminée.

Par communication du 19 août 2009, l'OAI a informé l'assuré du fait que sa rente entière était maintenue.

**D.** En date du 24 octobre 2011, les membres de la famille d'AB. \_\_\_\_\_ ont déposé une demande d'allocation pour impotent.

Interpellée par l'OAI, l'une des filles de l'assuré a rempli le formulaire idoine en date du 22 novembre 2011. Dans ce document, elle indiquait notamment que son père avait besoin d'aide de la part d'un tiers pour se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger (en ce sens que le repas devait être apporté au lit pour raisons médicales et que la nourriture devait être coupée), pour les soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner et se doucher), pour aller aux toilettes, se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux. Elle précisait également que son père avait besoin de surveillance personnelle « sous toute forme, pour toute chose quotidienne de la vie courante ». Il était en outre mentionné que l'assuré n'acceptait aucune aide extérieure et qu'un accompagnement était nécessaire pour les rendez-vous chez les médecins, « à pied pour le tenir par la main et en voiture également ».

Dans un rapport médical du 9 décembre 2011, le Dr F. \_\_\_\_\_ a souligné que l'impotence lui semblait surévaluée par les enfants de l'assuré et qu'une évaluation à domicile devait être réalisée.

Une collaboratrice de l'OAI s'est rendue chez AB. \_\_\_\_\_ le 6 mars 2012. L'entretien a eu lieu en présence de l'une des filles et de l'épouse de l'assuré, ce dernier étant venu saluer l'enquêtrice avant de retourner se coucher dans sa chambre car il se sentait trop mal. Dans son rapport du 20 mars 2012, la collaboratrice de l'OAI a notamment indiqué que l'assuré avait besoin d'aide pour se vêtir (aide direct pour enfiler les habits en raison du tremblement des mains, du manque de force et de l'oubli des gestes), préparer ses vêtements (l'assuré n'ayant notamment pas les capacités d'évaluer les conditions météorologiques et adapter ses tenues en conséquence), couper les aliments, se coiffer, se doucher ou se baigner, se raser, mais non pour se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, apporter les aliments au lit, porter les aliments à la bouche, faire sa toilette, mettre de l'ordre dans ses habits avant et après être allé aux toilettes, laver le corps après être allé aux toilettes et contrôler la

propreté, étant précisé que l'assuré portait des protections contre l'incontinence. Il était également mentionné que l'assuré avait besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur car ce dernier devait être accompagné « dans tous ses déplacements, soutenu par le bras. Ceci en raison de la difficulté à marcher, des pertes d'équilibre, du manque de force et des oublis » ainsi que pour entretenir des contacts sociaux, les sorties à l'extérieur n'étant en particulier plus possibles. Il était souligné que l'assuré n'arrivait plus à lire ni à regarder la télévision (il semblait ne pas comprendre), ni écrire ni répondre au téléphone. Il ressort en outre de ce document que l'assuré dépendait de ses enfants pour effectuer les achats de nourritures et de vêtements et qu'il n'était jamais laissé seul, son épouse et ses enfants se relayant par peur qu'il ne se mette en danger, comme par exemple qu'il chute ou qu'il sorte dans la rue et qu'il se perde.

Dans un avis médical du 27 août 2012, la Dresse B. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que les atteintes présentées par l'assuré, tant sur le plan psychique que somatique, n'expliquaient ni la nature (perte d'équilibre, tremblements des membres supérieurs, incontinence urinaire) ni l'ampleur (manque de force, oubli des gestes, impossibilité d'écrire et de répondre au téléphone, incapacité à évaluer les conditions météorologiques) des limitations retenues lors de l'enquête.

L'OAI a dès lors fait appel à un détective privé, EE. \_\_\_\_\_, lequel a observé l'assuré durant six jours non consécutifs entre le 12 octobre et le 20 novembre 2012. Il ressort du rapport d'observation dudit détective, daté du 22 novembre 2012, que l'assuré a été vu au volant de son Opel pour se rendre dans des centres commerciaux de la région [...]. Lors de chacune de ses sorties dans ces commerces, il était accompagné de son épouse et de deux petit enfants, dont un bébé qui se trouvait dans une nacelle style « Maxi Cosi ». À cet égard, le détective a notamment décrit que l'assuré avait lui-même sorti la nacelle de la voiture et l'avait déposée sur un caddie. De retour des courses, il avait réinstallé la nacelle sur le siège arrière avant de ranger les achats dans le coffre de la voiture. Dans les centres commerciaux, l'assuré a été régulièrement vu alors qu'il

donnait la main au plus grand des deux enfants, ou alors seul, alors que son épouse poussait le caddie où était posée la nacelle du bébé. Il ressort également de ce rapport que l'assuré a été observé alors qu'il se rendait seul, au volant de sa voiture, à la déchetterie. À cet endroit, le détective a indiqué que l'assuré avait ouvert le coffre du véhicule puis s'était éloigné vers les bennes avec plusieurs sacs dans les mains. Une fois les déchets déposés, il était rentré à son domicile. Il a en outre été vu lorsqu'il allait déposer un sac poubelle dans le local prévu à cet effet à l'arrière de l'immeuble où il habite. Un lot de photographies extraites de vidéos tournées par le détective et montrant l'assuré dans les situations décrites dans le rapport était également joint à celui-ci.

Un entretien avec l'assuré a eu lieu le 14 décembre 2012 à l'OAI. Il ressort notamment ce qui suit du procès-verbal de cette rencontre :

« Ce dernier [l'assuré] se présente à l'heure au rendez-vous (10h00) fixé à notre Office. Il est accompagné de son épouse et de l'une de ses filles apparemment, lesquelles le soutiennent dans sa lente démarche pour arriver au comptoir de notre réception puis jusqu'aux chaises de notre zone d'attente.

Nous sommes en présence d'un personnage faisant plus que son âge, mal rasé et coiffé, marchant lentement, les mains tremblantes jointes l'une à l'autre. Nous commençons l'entretien uniquement avec notre assuré. Nous lui posons diverses questions, mais aucun mot ne sort de sa bouche. Il reste prostré sur sa chaise, veste  $\frac{3}{4}$  complètement fermée, regard vide, mains jointes et toujours tremblantes posées sur la table. Il tente vainement de répondre à l'une ou l'autre de nos questions. Seul un souffle est audible à la sortie de sa bouche. Nous sollicitons donc la présence de notre épouse restée avec leur fille à notre réception. Là, il est constaté que toutes deux sont en larmes et chacune essuie leurs yeux avec un mouchoir. Nous sommes également renseignés par la fille que sa mère ne parle pas le français. Nous invitons donc la fille, Mme P. \_\_\_\_\_, à participer à notre entretien. Précisons donc que toutes les informations obtenues viennent uniquement d'elle. Relevons aussi que durant ledit entretien et ce à plusieurs reprises, notre assuré se lève de sa chaise, effectue un tour sur lui-même puis se rassoie, ceci sur une trentaine de secondes environ.

[...]

Questionnée sur l'état de santé de son papa, elle le considère comme étant stable avec quelques fluctuations, soit des hauts et des bas. Le jour qui nous occupe, il est estimé comme être un « bas ». Nous lui demandons quelles sont les signes, indications,

comportements, attitudes qui lui permettent de considérer un moment comme étant un « haut ». Elle relève que lorsque son père est considéré comme bien, il répond par un simple et unique petit mot, moyennement audible, compréhensible selon ses explications. Elle précise que généralement, il ne le fait pas. Aucun autre indice probant ne nous est narré par l'intéressée pour décrire ces bons moments. Cette dernière ajoute qu'actuellement, son paternel consulte le Dr F. \_\_\_\_\_, généraliste à [...], 1 à 2 fois/mois, ainsi que 3 à 4 fois/année, il se rend au [...]. Il a également été plusieurs fois hospitalisé à cet endroit, la dernière fois en octobre 2012, 3 ou 4 jours environ. Les décisions d'hospitalisation sont prises soit par la famille [...] directement ou par le médecin traitant, Dr F. \_\_\_\_\_. Sa médication est toujours similaire à celle mentionnée dans les précédents rapports médicaux et elle-même et sa famille veillent à ce que l'usage en soit fait selon les recommandations reçues du médecin précité notamment.

Concernant le quotidien de M. AB. \_\_\_\_\_, il est décrit par sa fille de la manière suivante : réveil selon la qualité de la nuit soit entre 08h00 et 11h00 — il reste dans son lit — des membres de sa famille ou elle-même le sortent du lit pour lui faire manger le repas de midi, lequel est apprêté (coupé) afin qu'il n'ait plus qu'à mettre la nourriture dans la bouche - lui font écouter les nouvelles sur la TV, au salon, en restant à ses côtés afin de lui les commenter pour une meilleure compréhension, ceci afin qu'il ne soit pas coupé du monde plus ce qu'il l'est actuellement — notre assuré passe beaucoup de son temps au lit, tant l'après-midi que le soir. Une fois chaque 2 mois, ils le sortent pour aller se promener du côté de la rivière « [...] ». Actuellement, 2 enfants vivent encore au domicile. La journée, il y a principalement l'épouse et l'une des filles [...] qui sont au chevet de M. AB. \_\_\_\_\_. Le reste du temps, les autres membres de la famille se relaient, s'organisent pour venir en aide au papa. Elle explique notamment que son papa doit être coiffé, qu'il n'arrive pas à le faire lui-même et que ses soucis d'incontinence ne sont plus aussi fréquents que par le passé. Questionnée, elle explique qu'il n'y a aucune autre aide d'une tierce personne, soit familial, ami ou encore connaissance de la famille. À ce sujet, notre interlocutrice relève que son père n'a contact avec personne d'autre que des membres de sa famille directe. Il est ajouté qu'actuellement, 4 petits-enfants, âgés de 2 et 10 ans, viennent grandir les rangs de la famille AB. \_\_\_\_\_. Il nous est expliqué qu'il n'y a quasi aucune relation entre lui et les petits. Ces derniers arrivent, lui disent bonjour puis partent à d'autres occupations.

Il est relevé que les tâches ménagères sont effectuées par l'épouse. Celles liées à l'administratif sont quant à elles gérées soit par elle-même (Mme P. \_\_\_\_\_) ou l'un de ses frères. Les diverses courses sont faites par tous les membres de la famille, dans différents commerces de la ville selon les besoins du moment. Notre assuré pour sa part ne participe aucunement aux tâches précitées. Il nous est dit que tous les 2 mois environ, afin de ne pas perdre la main et pour tenter de garder une certaine capacité dans le domaine, l'intéressé conduit sa voiture. Selon les explications reçues, il resterait dans le quartier, ferait que quelques kilomètres, 3 ou 4 apparemment, ceci toujours en étant accompagné.

Finalement, nous la questionnons sur les raisons et autres circonstances du dépôt de demande d'impotence. Elle déclare avoir vu sur le site internet de notre assurance nos possibilités d'aide, financière notamment. Elle et sa famille estiment que l'état de santé de son papa et sa prise en charge répondent aux critères demandés pour ce type d'aide. S'ils en avaient eu connaissance avant, la demande aurait été faite plus tôt, soit dès 2003.

Nous informons Mme P. \_\_\_\_\_ de nos doutes quant à certaines limitations décrites par elle-même ou sa famille au sujet de notre assuré. Nous ajoutons que les faits précités nous ont appelés à pousser nos investigations plus en profondeur. Là, nous lui présentons une photographie (n°3 du rapport d'observation) sur laquelle figure un couple, accompagné de deux enfants dont l'un d'eux est assis dans un caddie et l'autre placé dans un couffin. Nous lui demandons qui est l'homme sur cette image. Après un très bref silence et un brin d'hésitation, elle dit : « vous me dites l'enfant...? ». Nous la coupons dans ses propos et réitérons notre demande au sujet de l'homme. Là, Mme P. \_\_\_\_\_ confirme qu'il s'agit de son père. À cet instant, nous l'informons alors avoir mis sur pied une surveillance de 6 jours, dates fixées de manière aléatoire entre octobre et novembre 2012, afin d'observer son père dans son quotidien. Le résultat de l'opération précitée a permis de constater qu'à 3 reprises, M. AB. \_\_\_\_\_ a été vu quitter son domicile, au volant de sa voiture, accompagné de son épouse et de deux enfants en bas âge. Par la suite, il a été observé à déambuler dans les allées de divers centres commerciaux des environs de [...]. Nous ajoutons qu'il a également été repéré à sortir une poubelle ou encore se déplacer, seul au volant de son automobile, jusqu'à la déchetterie de la ville. Notre interlocutrice reste silencieuse. Nous renseignons les personnes présentes à l'entretien qu'un rapport relatant les constatations précitées notamment ont été transcrites dans un rapport (écrit, photos et images), lequel est versé au dossier de M. AB. \_\_\_\_\_.

Après un brin de réflexion et une ou deux audibles déglutitions, Mme P. \_\_\_\_\_ explique qu'il s'agit probablement d'un moment où son papa est bien. Elle fait le rapprochement avec « les hauts et les bas » exprimés en début d'entretien (état de santé fluctuant). Elle n'a pas d'autre explication à nous donner. Nous lui rappelons alors que, selon ses déclarations, le seul signe permettant de dire que son père va mieux est lorsque ce dernier leur répond. Aussi, nous lui faisons part de l'importante différence de comportement entre l'assuré rencontré le jour du présent entretien et tel que décrit par les familiers qui l'entourent et celui constaté lors des observations susmentionnées. Avec des signes d'une certaine nervosité, elle persiste à dire que son état de santé est fluctuant, que des jours sont mieux que d'autres, sans aucun argument ou commentaire supplémentaire.

Elle est renseignée de la poursuite de l'instruction du présent dossier. Nous l'informons qu'un projet de refus de prestations en matière d'impotence va leur parvenir et que nous nous réservons le droit de donner des suites pénales à cette affaire. Aussi, nous la rendons attentive de l'ouverture de révision d'office concernant son droit à la rente ordinaire. Pour ce faire et avec son accord, nous remplissons le questionnaire ad hoc, lequel a été signé tant pas elle-

même que son père. Précisons qu'aucun changement d'attitude, de comportement n'a été constaté chez notre assuré. Il s'est levé plusieurs fois, effectué un tour sur lui-même puis s'est assis sur sa chaise. Notons finalement que M. AB. \_\_\_\_\_ a signé, seul et sans aide aucune, le questionnaire de révision, son tremblement des mains a fortement diminué voire complètement disparu.

La parole n'étant plus demandée, tout le monde est accompagné jusqu'à la sortie de notre Office, vers les 11h00. »

Suite à cet entretien, une procédure de révision du droit aux prestations AI de l'assuré a été mise en œuvre.

Le 19 décembre 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rendre une décision de refus d'une allocation pour impotent, au motif que les indications fournies à l'enquêtrice de l'OAI étaient en contradiction avec ses observations et que le droit à une telle allocation n'était dès lors pas ouvert.

Dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente, le Dr F. \_\_\_\_\_ a établi un rapport médical en date du 8 janvier 2013 indiquant que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il diagnostiquait un trouble de la personnalité, sans précision, un syndrome douloureux somatoforme et un trouble dépressif récurrent. Selon lui, l'incapacité de travail était toujours de 100 %. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a joint à ce document un rapport d'hospitalisation signé par les Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, dont il ressortait que l'assuré avait séjourné au [...] du 4 octobre 2012 au 7 octobre 2012. Ces médecins, qui confirmaient l'existence d'un trouble de la personnalité, sans précision, et d'un syndrome douloureux somatoforme, syndrome douloureux persistant, observaient notamment ceci :

« M. AB. \_\_\_\_\_ est un homme de 50 ans, faisant son âge, à la tenue hygiéno-vestimentaire correcte. Le contact est très pauvre, le patient n'ayant un contact visuel que par intermittence. La démarche est très ralentie, dans le cadre d'un ralentissement psychomoteur global. Le patient est quasiment mutique durant l'entretien. Il parle d'une voix monocorde et très faible. Nous récupérons peu d'informations. Il arrive à esquisser 2 éléments, à savoir une tristesse et des possibles hallucinations auditives, sans que puissions récupérer d'informations supplémentaires concernant

les idées suicidaires ou une éventuelle symptomatologie psychotique. »

Les médecins précisait qu'il s'agissait du dix-huitième séjour de l'assuré dans leur établissement.

Dans un rapport médical du 7 février 2013 adressé à l'OAI, les Dresses N.\_\_\_\_\_, médecin praticien, et AA.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de trouble douloureux chronique. Elles ont indiqué que l'état de santé était stationnaire et que l'incapacité de travail était de 100 % dans toute activité.

Par décision du 27 mai 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent, reprenant l'argumentation développée dans son projet de décision du 19 décembre 2012.

Une expertise pluridisciplinaire a été mise sur pied auprès de la BB.\_\_\_\_\_ (ci-après : la BB.\_\_\_\_\_), laquelle a rédigé un rapport en date du 19 novembre 2013 sous la plume des Drs CC.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecine du travail, et DD.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ceux-ci ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, un trouble de la personnalité et un syndrome somatoforme douloureux persistant, avec effet sur la capacité de travail. Sous la rubrique « appréciation du cas », ils ont en outre mentionné ceci :

« Monsieur AB.\_\_\_\_\_, 51 ans, originaire du [...], en Suisse depuis [...], est marié et père de six enfants âgés de 29 à 18 ans. Il a travaillé comme ouvrier sur des chantiers jusqu'en 2002 où il est en incapacité de travail totale pour des dorso-lombalgies accompagnées d'un état dépressif. L'évolution sur le plan psychiatrique est défavorable, le trouble dépressif nécessitant jusqu'à aujourd'hui plus de 25 hospitalisations en milieu psychiatrique. En 2005, une expertise psychiatrique retenait le diagnostic de trouble dépressif sévère et Monsieur AB.\_\_\_\_\_ bénéficie d'une rente AI à 100% depuis 2006, reconduite en 2009 après révision.

En novembre 2011, Monsieur AB.\_\_\_\_\_ dépose une demande d'aide pour impotent auprès de l'AI. Une enquête ménagère réalisée

en mars 2012 a constaté de nombreuses limitations et l'expertisé a été vu au volant de sa voiture en octobre 2012. Dans ce contexte, une expertise multidisciplinaire est sollicitée afin d'évaluer les capacités résiduelles de Monsieur AB. \_\_\_\_\_

Sur le plan rhumatologique, Monsieur AB. \_\_\_\_\_ a présenté des dorso-lombalgies suite au levage d'un treillis de fer en mars 2002, douleurs qui se sont étendues au fil des années à l'ensemble du corps, notamment à la région cervico-dorso-lombaire, scapulaire, pelvienne et la face postérieure des jambes. Un spondylolisthésis de degré I L5-S1, sans ostéophyte d'instabilité, avec lyse isthmique L5 bilatérale, a été mis en évidence sur les investigations radiologiques réalisées à cette époque. Cependant, ce spondylolisthésis est vraisemblablement antérieur au soulèvement et n'est pas imputable à ce mouvement. De plus, sa présence n'explique pas l'ensemble de la symptomatologie douloureuse, ni son intensité, ni la topographie des plaintes algiques. Il n'y a par ailleurs aucun autre élément orientant vers une étiologie à l'origine de ces plaintes.

Sur le plan strictement rhumatologique, en l'absence de lésion organique (qui ne remet cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de l'assuré), il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative.

Sur le plan psychiatrique, ces douleurs non expliquées par des lésions organiques, chroniques, qui ne répondent pas au traitement depuis plus de 10 ans, qui sont envahissantes et entraînent un important sentiment de détresse, nous amènent à retenir le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Celui-ci est cependant en arrière-plan face aux importantes comorbidités psychiatriques présentées par l'expertisé.

En effet, depuis 2005, Monsieur AB. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé à plus de 25 reprises en milieu psychiatrique pour décompensation d'un état dépressif. En 2005, le Docteur X. \_\_\_\_\_, expert psychiatre, retenait déjà le diagnostic de trouble dépressif sévère. Depuis lors, Monsieur AB. \_\_\_\_\_ a été suivi par son médecin traitant généraliste, le Docteur F. \_\_\_\_\_, avec l'aide d'une infirmière en psychiatrie à domicile. Une amélioration transitoire de quelques semaines, en automne 2012, a permis à Monsieur AB. \_\_\_\_\_ de sortir un peu plus et c'est au cours de cette période qu'il aurait été vu au volant de sa voiture malgré la désapprobation de son entourage.

Depuis novembre 2012, la situation s'est à nouveau dégradée, Monsieur AB. \_\_\_\_\_ s'effondrant dans un état de prostration totale. Depuis 2013, Monsieur AB. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi psychiatrique intensif par le Docteur FF. \_\_\_\_\_, psychiatre responsable du [...], avec toujours visites d'une infirmière à domicile

Actuellement, à l'examen clinique, le patient est prostré, extrêmement ralenti, répond difficilement aux questions. L'investigation neuropsychologique qui était prévue n'a pu être effectuée, Monsieur AB. \_\_\_\_\_ apparaissant massivement effondré sans qu'aucune mobilisation cognitive ne soit possible. L'apraxisme et l'aboulie sont complets.

Ainsi, nous retenons actuellement un état dépressif sévère. Un diagnostic différentiel entre un trouble dépressif récurrent et un trouble dépressif chronique pourrait être discuté tant l'état de prostration et d'apragmatisme dépressif évolue peu. En regard d'une amélioration relative transitoire en automne 2012, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère. Par ailleurs, le Docteur FF.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, signale que Monsieur AB.\_\_\_\_\_ s'est plaint à certains moments de voix dans sa tête, de bruits qu'il ne comprend pas. En présence de l'attitude figée, probablement défensive, de traits de grande passivité et des probables éléments transitoires de type psychotique, nous retenons aussi un trouble de la personnalité, qui est cependant difficile à préciser en détail en raison d'un manque de dialogue avec l'expertisé.

Monsieur AB.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi psychiatrique intégré optimal avec en plus visites d'une infirmière à domicile. Cependant, l'état psychique est figé et fixé, peu accessible au traitement psychiatrique et aux hospitalisations psychiatriques qui sont en place depuis 2005.

En conclusion, Monsieur AB.\_\_\_\_\_ présente des troubles psychiatriques majeurs avec une aboulie et un apragmatisme qui entraînent une incapacité de travail complète dans quelque activité que ce soit et ceci depuis en tout cas 2005.

Concernant la demande pour impotent, bien que totalement effondré psychologiquement, Monsieur AB.\_\_\_\_\_ est encore autonome pour les actes quotidiens de la vie il peut manger seul, se laver et s'habiller sans aide. Il peut lui arriver de sortir occasionnellement avec sa famille. Il est vrai que cette autonomie peut varier en fonction du temps selon les aggravations de l'humeur mais actuellement Monsieur AB.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un encadrement familial adéquat et, à notre avis, il ne remplit pas les critères de dépendance qui pourraient justifier l'attribution d'une aide pour impotent. »

Les experts estimaient que la capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans toute activité et que le pronostic était extrêmement sombre. Ils ajoutaient que les limitations dues à l'atteinte à la santé étaient le port de charges, qui était contre-indiqué, l'aboulie, l'apragmatisme, la prostration, des hallucinations et qu'aucune mobilisation cognitive n'était possible.

En date du 28 novembre 2013, l'OAI a transmis le rapport d'observation du détective privé aux experts de la BB.\_\_\_\_\_ ainsi que les vidéos y relatives et leur a posé les questions suivantes :

« 1) Après visionnement des vidéos, dont la prise s'est étendue entre le 12 octobre et le 20 novembre 2012, le comportement de l'assuré (conduite d'un véhicule, comportement apparemment

normal dans une grande surface, faculté d'interactions normales avec son épouse et son petit-fils) permet-il de conclure à la présence d'un trouble dépressif sévère ?

2) Est-il possible qu'en l'espace de trois semaines (du dernier jour de l'observation, le 20 novembre, à l'entretien avec l'assuré le 14 décembre, au cours duquel il présente la même attitude que durant votre examen clinique), son état de santé puisse se dégrader aussi brutalement ? Si oui, quel en serait le motif ?

3) Au vu des éléments qui précèdent, peut-on envisager que l'assuré simule une atteinte psychiatrique dans le but de percevoir des prestations indument ? »

Par courrier du 10 décembre 2013, les experts de la BB. \_\_\_\_\_ ont notamment répondu ce qui suit :

« [...]

En remarque préliminaire, nous devons en effet constater que l'habitus et le comportement observé entre le 12 octobre et le 20 novembre 2012 ne correspondent pas avec ceux d'un homme nécessitant des prestations pour impotence. Il a été dit que l'expertisé pouvait avoir des moments "hauts" où il se sentait mieux ou plutôt moins mal. Ces moments "hauts" ont été décrits par la fille comme des moments où son père répondait par un mot seulement aux sollicitations, mais qu'en général il ne répondait pas. Durant un de ces moments de mieux-être l'expertisé aurait conduit sa voiture mais sans l'approbation de son entourage qui le considère comme inapte. Les vidéos mises à disposition montrent cependant un homme marchant d'un pas alerte, conduisant la voiture sans hésitation, attentionné envers ceux qui l'entourent, souriant et parlant, s'intéressant aux articles des magasins (ordinateurs, literie), s'affairant sans limitations à placer le siège enfant dans la voiture, portant des sacs poubelles et des commissions, etc. Ces activités réalisées avec entrain ne peuvent être le fait d'un homme impotent. Ces images ne montrent pas non plus ce que l'on peut attendre d'un homme gravement déprimé.

En deuxième remarque, même si l'on est troublé par la non concordance entre les observations et les descriptions fournies par l'entourage (et les médecins traitants aussi bien ambulatoires qu'hospitaliers), on ne peut pas s'appuyer sur des éléments médicaux qui permettrait d'exclure la possibilité de passages rapides entre mieux-être et état dépressifs sévères chez l'expertisé ou toute autre personne. La survenue d'un état dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques peut être brutale, inattendue et sans rapport avec l'état qui a précédé. Les réponses à vos questions ne peuvent malheureusement pas être entièrement étayées par des affirmations d'ordre médical.

Compte tenu de ce qui précède nous répondons de la manière suivante à vos questions :

- 1). Au moment où l'expertisé a été filmé, son comportement et son habitus ne donnent pas l'image d'un homme sévèrement déprimé, encore moins impotent. Ces images sont en contraste complet avec les observations réalisées lors des examens pour notre expertise.
- 2). Comme dit précédemment, un état dépressif sévère dans le cadre d'un trouble de l'humeur de type trouble dépressif récurrent peut également advenir brutalement, sans rapport avec l'état qui a précédé et sans qu'il y ait forcément de "cause" psychologique ou d'élément externe.
- 3). Au vu de ce qui précède nous ne pouvons ni exclure ni affirmer la présence d'éléments allant dans le sens d'une simulation. »

L'OAI a alors confié un second mandat de surveillance à EE. \_\_\_\_\_, qui a été réalisé durant six jours entre le 3 février et le 7 avril 2014. Il ressort du rapport d'observation du 16 avril 2014 que lors de la première matinée d'observation, l'assuré est sorti seul de chez lui, s'est installé dans sa voiture garée à cent-cinquante mètres de chez lui et s'est rendu dans une zone industrielle afin d'y laver son véhicule. Il a notamment nettoyé l'habitacle de la voiture avec un aspirateur et un chiffon ainsi que l'extérieur du véhicule avec un jet à haute pression, avant de regagner son domicile. En début d'après-midi, l'assuré a quitté le domicile en compagnie de son épouse et tous deux se sont rendus dans divers centres commerciaux. Le détective a constaté que durant environ cinquante minutes, l'assuré était allé seul dans plusieurs magasins pour y regarder des articles proposés et qu'il avait conduit son véhicule pour le retour. Lors du troisième jour d'observation, l'assuré a à nouveau été observé au volant de sa voiture se rendant dans un centre commercial. Un lot de photographies extraites de vidéos tournées par le détective et montrant l'assuré dans les situations décrites dans le rapport était également joint à celui-ci.

L'assuré a été convoqué à un entretien à l'OAI le 19 août 2014. Le procès-verbal de cette rencontre relate ce qui suit :

« L'assuré se présente à l'heure au RDV fixé. Il est accompagné de sa femme et de sa fille. Arrivés à la hauteur du parloir, nous

apercevons l'assuré debout dans la salle d'attente de la réception se déplaçant très lentement en traînant un peu la jambe. Dans un premier temps, nous tentons de nous entretenir uniquement avec l'assuré. Toutefois, comme lors de la rencontre précédente en 2012, et comme lors des examens médicaux pour l'expertise pluridisciplinaire, l'assuré sera totalement mutique, le regard figé dans le vide, les mains jointes, respirant bruyamment. Pendant la durée de notre conversation, il se lèvera à plusieurs reprises pour effectuer un tour sur lui-même et se rassoier. L'entretien se terminera donc en présence de la fille de l'assuré.

Pour commencer l'entretien, nous expliquons à Monsieur AB. \_\_\_\_\_ que nous le recevons dans le cadre de l'instruction de son dossier, suite à l'entretien dans nos bureaux le 14 décembre 2012, et à l'expertise médicale réalisée en septembre 2013. Devant son mutisme, nous lui demandons s'il se souvient d'être déjà venu dans nos bureaux et de s'être rendu à [...] pour l'expertise. Faiblement et de manière à peine audible, il nous répond qu'il ne croit pas se souvenir. Finalement, l'assuré parviendra à répondre à quelques questions et nous apprendrons qu'il va parfois un peu mieux, mais la plupart du temps qu'il ne va pas mieux. Il peut parfois conduire sa voiture. La dernière fois, il y a trois semaines, car il allait un peu mieux. A présent, cela va de nouveau mal.

Vu le peu d'échanges, nous choisissons ce moment pour faire entrer la fille de l'assuré (notons que cette dernière a déjà accompagné son père lors du dernier entretien en 2012 et que c'est également elle qui l'a accompagné pour l'expertise en septembre 2013).

La fille de l'assurée nous explique habiter tout près de chez ses parents et passer beaucoup de temps à leur domicile. Selon ses dires, l'état dans lequel se trouve son père ce jour est assez habituel. Cela dure plusieurs semaines, parfois cela va mieux. Elle explique que, normalement il ne sort pas, qu'il sort toujours avec sa femme. Mais quand il va bien, il va à la pharmacie chercher ses médicaments. Il sort parfois à l'insu de sa femme. Pour la conduite, il obligerait sa mère à venir conduire avec lui.

Concernant les médicaments, la fille de l'assurée confirme qu'il en prend, mais elle ne peut pas nous dire les noms de ces derniers. Ce sont bien des médicaments pour la dépression.

Selon les explications de sa fille, Monsieur AB. \_\_\_\_\_ voit son médecin le Dr F. \_\_\_\_\_, 1 à 2 fois par mois. D'autre part, une infirmière vient à domicile 1 fois par semaine, sur le conseil du Dr F. \_\_\_\_\_. Questionnée à ce sujet, la fille de l'assuré nous explique que cette infirmière n'a pas de jour de passage précis. Elle vient quand elle peut, surtout pour inciter Monsieur AB. \_\_\_\_\_ et sa femme à sortir. Elle ne sait pas si cette infirmière est employée par le CMS, car tout s'est fait avec le Dr F. \_\_\_\_\_.

Nous leur expliquons que, compte tenu de nos suspicions quant à une éventuelle simulation, nous avons à nouveau effectué une série de surveillance sur une durée de 6 mois dès le mois de février 2014.

Comme en 2012, les observations ont révélé un comportement diamétralement opposé à celui que présente l'assuré lors des entretiens dans nos bureaux ou lors de l'expertise.

Face à nos éléments, la fille de l'assuré se défend en nous incitant à venir passer du temps avec son père à son domicile pour connaître son quotidien. Nous lui faisons remarquer qu'elle habite à proximité, certes, mais qu'elle ne vit pas, elle non plus, au domicile des parents.

Elle explique qu'elle a accouché il y a deux mois et que depuis son père va un peu mieux, car cet événement l'a rendu plus joyeux. Nous notons que les observations ont débuté avant son accouchement, et que son père semblait aller déjà beaucoup mieux.

Finalement, la fille de l'assuré nous dira que le Dr F. \_\_\_\_\_ peut attester de ces moments où Monsieur AB. \_\_\_\_\_ va bien. Il aurait d'ailleurs donné son accord pour la conduite. Nous lui faisons remarquer que les rapports médicaux de ce médecin ne font pas mention des alternances d'état de santé pendant des périodes de temps si brèves.

Enfin, vu la perte de poids considérable de son père depuis le début de son état de santé, sa fille estime qu'il est vraiment déprimé et qu'il est impossible qu'il puisse travailler.

Compte tenu des résultats de nos surveillances, nous expliquons à nos interlocuteurs que nous avons le sentiment d'être face à un cas de simulation. Par conséquent, nous allons suspendre le versement de la rente d'ici la fin du mois et nous déterminer sur le droit à la rente.

Monsieur AB. \_\_\_\_\_ et sa fille n'ayant plus rien à ajouter, nous les laissons disposer. »

L'OAI a effectué de manière aléatoire cinq jours d'observation complémentaire de l'assuré, entre les 16 mai et 17 juillet 2014. Dans son rapport d'observation du 22 juillet 2014, l'autorité a notamment relevé qu'en date du 16 mai 2014, l'assuré, son épouse et un enfant en bas âge se sont rendus en voiture dans un centre commercial. Le 19 mai 2014, l'assuré a notamment été vu au volant de sa voiture se rendre dans une station-service pour y faire le plein. Il a aussi été observé au volant d'une jeep [...], dont il a également fait un plein. Il semble aussi qu'il ait amené ce véhicule à un contrôle d'expertise. Le même jour, il est allé dans un centre commercial en compagnie de son épouse et il a été vu lorsqu'il quittait son immeuble à pied en direction du centre-ville. Le 20 mai 2014, l'assuré s'est rendu dans un magasin au volant de sa voiture. Il a en outre été vu en compagnie de son épouse et d'un jeune homme flânant dans un

centre commercial de [...], et en train d'effectuer diverses manipulations dans le coffre de sa voiture. Le 16 juillet 2014, l'OAI a notamment relevé plusieurs allers-retours de l'assuré en voiture et a constaté que ce dernier, alors qu'il allait faire des courses avec son épouse, avait effectué diverses manipulations sur son véhicule, comme réparer le phare arrière depuis le coffre. Le 17 juillet 2014, l'assuré a été observé alors qu'il se rendait en voiture avec son épouse faire des courses. Dans le courant de l'après-midi, les époux [...] sont partis à pied depuis leur domicile, apparemment pour aller se promener. En conclusion, l'OAI a souligné ceci :

« Les informations collectées lors de la présente surveillance nous permettent de constater une similitude dans le quotidien de M. AB. \_\_\_\_\_ en regard aux constats effectués fin 2012 et début 2014 par un détective (cf. LFA Enquête externe des 22.11.2012 et 16.04.2014). Une fois encore, il se déplace, seul ou accompagné, à pied ou en voiture, sans aucune gêne apparente et même d'un pas alerte. Il ne présente ni les tremblements ni le mutisme qui semblent l'accabler lors des entretiens en nos locaux. Aussi, le contact avec autrui (proches et autres), dans les commerces et autres administrations n'apparaît aucunement être problématique et son quotidien ressemble à celui de tout un chacun. »

Par décision du 21 août 2014, l'OAI a suspendu, par voies de mesures provisionnelles, la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 31 août 2014, au motif qu'il soupçonnait une simulation.

Par courrier du 25 septembre 2014, annulant et remplaçant un premier projet de décision du 12 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rendre une décision de suppression de la rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> octobre 2012, les prestations indûment perçues, d'un montant de 58'127 fr. devant être restituées. Il était précisé qu'une décision séparée lui serait notifiée à ce sujet. À l'appui de ce projet, l'OAI invoquait, en substance, que les observations qu'il avait réalisées étaient en totale contradiction avec l'état de santé décrit dans les rapports médicaux du dossier ainsi qu'avec l'attitude de l'assuré lors des entretiens à l'OAI et que par conséquent ce dernier avait obtenu des prestations de l'AI par simulation. L'OAI considérait en outre que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré au plus tard depuis la date de la première observation réalisée, soit le 12 octobre 2012.

Le 26 septembre 2014, l'OAI a déposé une plainte pénale à l'encontre de l'assuré et de sa fille P.\_\_\_\_\_ pour escroquerie, subsidiairement pour le délit prévu à l'art. 87 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10). Il a chiffré son préjudice à 58'127 fr., correspondant à la rente perçue entre octobre 2012 et août 2014, et 12'970 fr. , soit les frais de détective.

Par décision du 23 octobre 2014, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> octobre 2012 pour les motifs développés dans son projet de décision du 25 septembre 2014. À l'appui de cette décision, l'OAI réitérait les motifs invoqués dans son projet de décision du 25 septembre 2014.

**E.** Par acte du 28 novembre 2014, AB.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 23 octobre 2014, concluant à l'annulation de celle-ci. À l'appui de ses écritures, l'assuré invoque que l'OAI se serait uniquement fondé sur le fait qu'il a pu se déplacer à l'extérieur de son domicile à pied ou en voiture à quelques reprises, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il n'est pas atteint dans sa santé. L'assuré rappelle qu'il continue à voir ses médecins traitants en moyenne tous les quinze jours et qu'il prend toujours des anti-douleurs pour son dos. Il conteste que son état de santé se soit amélioré et estime qu'au contraire, celui-ci s'est détérioré depuis l'attribution de sa rente AI.

Dans sa réponse du 5 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, sans formuler de commentaire particulier.

Dans sa réplique du 2 avril 2015, l'assuré a confirmé ses conclusions et produit deux rapports médicaux, tous deux datés du 4 mars 2015. Le premier est signé par le Dr F.\_\_\_\_\_. Ce médecin écrit que l'état de santé de l'assuré est stable, tout en étant fluctuant, et qu'AB.\_\_\_\_\_ n'a aucune capacité résiduelle de travail. Il ajoute que l'état de santé de son patient lui permet de se déplacer certains jours seul ou accompagné, aussi bien à pied qu'en voiture et que d'autres jours, il ne peut se déplacer

en raison de sa maladie psychiatrique. Il précise que le recourant peut parfois aller dans les commerces ou auprès de l'administration sans problème alors que certains jours son état de santé l'en empêche. Dans un second rapport médical, le Dr FF.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indique que l'état de santé de son patient est fluctuant, oscillant entre des périodes où le patient est plus ou moins stable et d'autres où il se décompense sur un mode anxio-dépressif nécessitant parfois des hospitalisations brèves. Il considère que l'assuré n'a aucune capacité résiduelle de travail. Il précise que ce dernier peut se déplacer seul à pied mais que l'utilisation de la voiture est limitée par le traitement psychotrope. Il ajoute que dans les périodes où l'assuré est plus ou moins stable, il peut aller dans les commerces ou auprès de l'administration. Le recourant reproche ainsi à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de son état de santé fluctuant, soulignant que lorsqu'il a été pris en photo, il se trouvait dans une période favorable et que si l'OAI avait poursuivi son enquête, il aurait constaté que certains jours son état de santé ne lui permettait pas de sortir de chez lui. Le recourant rappelle également que l'expertise de la BB.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 0 % dans toute activité et que cela signifie qu'une rente entière doit continuer à lui être versée. Enfin, le recourant reproche à l'OAI d'avoir supprimé sa rente sans procéder à aucun examen médical.

Dans sa duplique du 28 avril 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions, considérant que les prises de position des médecins traitants reposaient en bonne partie sur les déclarations de leur patient. Il rappelle notamment que les observations de l'assuré ont été réalisées sur une période de six mois et que les constatations étaient univoques, à savoir que le recourant évoluait sans entrave, menant seul ou accompagné de multiples activités. A l'opposé, selon l'intimé, il s'est systématiquement présenté affligé de limitations massives lorsqu'il était entendu par l'OAI ou par les experts.

Le 28 août 2015, l'OAI a transmis à la juge instructrice un acte d'accusation rendu par le Ministère public de l'arrondissement du [...]. Il ressort de ce document que le Procureur en charge de l'affaire renvoie les

prévenus devant le Tribunal de police et requiert une peine de cent-huitante jours-amende à 30 fr. le jour avec sursis pendant deux ans à l'encontre d'AB.\_\_\_\_\_ et de cent-cinquante jours-amende à 40 fr. le jour avec sursis pendant deux ans à l'encontre de P.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 9 septembre 2015, le recourant a invoqué la présomption d'innocence, dans la mesure où il n'avait pas encore été jugé.

Par courrier du 14 mars 2016, l'OAI a transmis à la Cour de céans le dispositif du jugement du 9 mars 2016 rendu par le Président du Tribunal de police de l'arrondissement de [...]. Ce jugement constatait qu'AB.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ s'étaient rendus coupables de tentative d'escroquerie et d'infraction à la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants. Il condamnait AB.\_\_\_\_\_ à une peine pécuniaire de cent-huitante jours-amende à 10 fr. le jour, avec sursis pendant deux ans, et P.\_\_\_\_\_ à une peine de cent-cinquante jours-amende à 20 fr. le jour, avec sursis pendant deux ans.

Le recourant s'est déterminé le 17 mars 2016, expliquant qu'il avait déposé une déclaration d'appel à l'encontre du jugement précité.

### **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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.

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

**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 fixées 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 et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Est litigieux dans le cas particulier la question de la suppression de la rente AI d'AB. \_\_\_\_\_ avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> octobre 2012, ainsi que de l'obligation de restituer les rentes perçues, au motif que le recourant aurait obtenu ces prestations par simulation. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une révision du droit à la rente intentée d'office par l'OAI suite aux observations réalisées lors d'une procédure de demande d'allocation pour impotent.

**3. a)** En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement

entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une

modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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%.

**b)** 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 ; 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).

**c)** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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 réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**d)** Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1; TF 8C\_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale in : RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la

base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Moser-Szeless, op.cit., p. 153; voir aussi TF 8C\_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 2.3 et réf. cit.).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**6.** En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les différents rapports d'observation (dix-sept jours d'observation effectués durant trois périodes de surveillance entre octobre 2012 et juillet 2014), réalisés tant par un

détective privé que par ses propres services, pour arriver à la conclusion qu'AB.\_\_\_\_\_ avait obtenu des prestations de l'AI par simulation, alors que son état de santé s'était amélioré depuis le mois d'octobre 2012 au plus tard.

**a)** Il convient préalablement de rappeler que le recourant a obtenu une rente entière en 2005 pour des motifs exclusivement psychiatriques, soit un état dépressif sévère en corrélation avec une personnalité anxieuse (évitante) (cf. notamment rapport d'expertise du 16 mars 2005 du Dr X.\_\_\_\_\_). Cette rente a été maintenue en 2009 suite à l'indication des médecins selon laquelle la situation demeurait inchangée et l'incapacité de travail était toujours de 100 % pour une durée indéterminée.

**b)** En 2011, dans le cadre d'une demande d'allocation pour impotent, l'assuré a été décrit par sa famille comme une personne extrêmement dépendante, ayant besoin d'aide pour accomplir presque tous les actes de la vie quotidienne et nécessitant une surveillance personnelle « sous toute forme, pour toute chose quotidienne de la vie courante », allant même jusqu'à devoir être « tenu par la main » lorsqu'il était à pied. Lors de l'enquête à domicile, à laquelle AB.\_\_\_\_\_ n'a pas participé parce qu'il se sentait trop mal, il a notamment été expliqué à la collaboratrice de l'OAI que ce dernier avait besoin d'aide pour enfiler ses habits en raison de « tremblement des mains, du manque de force et de l'oubli des gestes » et qu'il n'était pas en mesure d'évaluer les conditions météorologiques ni d'adapter ses tenues en conséquence. Il a en outre été exposé que le recourant devait être accompagné dans tous ses déplacements et être soutenu par le bras, ceci en raison de la difficulté à marcher, de pertes d'équilibre, du manque de force et d'oubli, ainsi que pour entretenir des contacts sociaux, les sorties à l'extérieur n'étant plus possibles. Selon les déclarations de la famille [...], l'assuré dépendait des siens pour effectuer les achats de nourriture et de vêtements ; il n'était jamais laissé seul de peur qu'il ne se mette en danger, comme par exemple qu'il sorte dans la rue et qu'il se perde.

Or ce tableau des plus sombres ne correspond nullement aux constatations du détective privé et de l'OAI. À l'examen du matériel d'observation, on constate en effet que le recourant s'est rendu à de nombreuses reprises au volant de sa voiture dans des centres commerciaux de la région. Lors de ces sorties, il a été vu en train de manipuler une nacelle de bébé, de porter des sacs et de ranger ceux-ci dans une voiture, de s'occuper d'enfants, d'interagir avec des tiers ou encore de flâner seul dans les magasins. Il ressort en outre des observations que l'assuré est capable de se rendre seul dans une station-service afin de nettoyer sa voiture ou de faire le plein, d'effectuer plusieurs manipulations sur celle-ci, comme de réparer un phare arrière, ou encore d'aller se promener.

Conformément aux exigences posées par la jurisprudence, les rapports de surveillance ainsi que le matériel vidéo ont été soumis aux experts de la BB.\_\_\_\_\_, qui ont été expressément invités à se déterminer. Ces derniers ont affirmé que les activités réalisées par le recourant, en particulier le fait de marcher d'un pas alerte, de conduire sa voiture sans hésitation, d'être attentionné envers ceux qui l'entourent, de sourire et de parler, de s'intéresser aux articles des magasins, de s'affairer sans limitations à placer un siège enfant dans la voiture ou encore à porter des sacs, ne pouvaient être le fait d'un homme impotent ni gravement déprimé. Tout en soulignant ne pas pouvoir exclure la possibilité de passages rapides entre mieux-être et état dépressif sévère chez l'expertisé, les médecins ont indiqué être troublé par la non-concordance entre les observations et les descriptions fournies par l'entourage et le milieu médical. Ils n'ont cependant pas pu exclure ni affirmer la présence d'éléments allant dans le sens d'une simulation.

Cela étant dit, il s'avère qu'à chaque fois qu'il a été observé à son insu, AB.\_\_\_\_\_ a adopté un comportement diamétralement opposé à celui décrit par sa famille et par les médecins, qui ne correspond nullement à celui d'une personne souffrant d'un trouble dépressif sévère, comme en attestent les experts de la BB.\_\_\_\_\_. Les contradictions sont également flagrantes s'agissant de l'attitude du recourant envers les

tiers : lorsqu'il se trouve dans les bureaux de l'OAI ou devant un médecin, il est décrit comme une personne « se déplaçant lentement, trainant la jambe, mutique ou parlant d'une voix monocorde et très faible, le regard figé dans le vide, les mains jointes, respirant bruyamment » et dont les troubles psychiatriques sont accompagnés par une aboulie et un apragmatisme. Or lorsqu'il est observé à son insu, l'assuré se déplace sans difficultés, porte des sacs de commissions ou une nacelle de bébé, procède à de menues réparations sur sa voiture, conduit celle-ci, la nettoie, se promène seul dans la rue ou dans les magasins et interagit tout à fait normalement avec son entourage et des tiers, ce qui semble de surcroît peu compatible avec un trouble d'aboulie. Il est difficile de croire à une coïncidence, à savoir qu'à chaque fois qu'un examen médical ou un entretien avec l'OAI devait être effectué, l'assuré se trouvait dans une phase dépressive sévère mais que par contre, lors des observations, il traversait à chaque fois une phase de mieux-être. Cela d'autant plus que selon la fille du recourant, lorsque ce dernier était considéré comme allant bien, il répondait par un simple et unique petit mot, moyennement audible mais compréhensible, et que généralement il ne le faisait pas (cf. procès-verbal d'entretien du 14 décembre 2012). Or cette description est totalement contredite par les observations réalisées.

**c)** Au vu des considérations qui précèdent, force est d'admettre que c'est à juste titre que l'OAI a considéré que le recourant avait obtenu des prestations par simulation, son état de santé s'étant vraisemblablement amélioré au plus tard depuis la date de la première observation, soit au mois d'octobre 2012. Les rapports des Drs F.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_ produits à l'appui de recours ne permettent pas de retenir une appréciation différente. En effet, ceux-ci ne sont guère documentés et les médecins précités ne semblent pas avoir eu connaissance des rapports d'observation. Enfin, un examen médical supplémentaire est superflu, dans la mesure où en présence des médecins, AB.\_\_\_\_\_ adopte systématiquement un comportement mutique. Un nouvel examen ne permettrait dès lors pas d'apporter de nouveaux éléments.

**d)** Aux termes de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la diminution ou la suppression de la rente d'invalidité prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b).

Par ailleurs, conformément à l'art. 7<sup>bis</sup> al. 2 let. c LAI, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré a obtenu ou tenté d'obtenir indûment des prestations de l'AI.

Au vu de ce qui précède, c'est donc bien à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012 que la rente d'invalidité doit être supprimée, cette date correspondant aux premières observations attestant de l'amélioration de l'état de santé du recourant et donc au moment où la rente a cessé de correspondre aux droits de ce dernier (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 RAI).

**7. a)** En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devra supporter les frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'AB. \_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laurent Damond (pour AB. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :