

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 53 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, a, par décision du 19 avril 2002 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 1998, en raison de troubles somatoformes sur la base d'un trouble mixte de la personnalité et de syndrome de fatigue chronique entraînant une incapacité de travail totale.

A la suite de deux procédures de révisions d'office initiées par l'OAI en 2005 et 2010, la rente de l'assurée a été maintenue sans modification du droit.

b) En 2013, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a mandaté la N._____SA pour effectuer une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) sur la personne de l'assurée. En date du 8 mai 2015, la Dresse M._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu un rapport y relatif. Les experts ont notamment retenu le diagnostic de trouble de somatisation, tout en estimant que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée, toutefois en respectant certaines limitations fonctionnelles (port occasionnel de charges limité à 25 kg et port fréquent de charges limité à 5-10 kg).

Dans un avis du Service médical régional (SMR) de l'AI [assurance-invalidité] du 5 juin 2015, le Dr Q._____ a jugé l'avis des experts de la N._____SA concluant et s'est rallié à leurs conclusions.

Dans un avis juriste du 19 janvier 2016, l'office, tout en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 mai 2015, a mentionné que les critères posés par le Tribunal fédéral dans sa nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux étaient respectés et que la suppression de la rente était par conséquent justifiée selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI.

Par projet de décision du 10 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente d'invalidité à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision formelle à venir. L'office a retenu que l'examen de la rente à la lumière des dispositions finales de la LAI du 18 mars 2011 avait abouti à la conclusion que les diagnostics qui avaient ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Il n'y avait aucun fondement anatomique objectivable qui pouvait, du point de vue de la médecine des assurances, fonder une incapacité de travail durable. Il n'y avait pas non plus de rattachement à une comorbidité psychiatrique ni de graves limitations fonctionnelles autres. Il n'existait enfin aucun autre critère susceptible de mettre en doute avec vraisemblance prépondérante la capacité à surmonter la douleur. Dès lors que l'expertise effectuée en mars 2015 avait retenu comme diagnostic un trouble de somatisation et que l'atteinte à l'origine de l'octroi de la rente relevait de la classification des troubles somatoformes douloureux, les conditions du droit à la rente n'étaient plus remplies.

Par décision du 9 juin 2016, confirmant le projet de décision du 10 mars 2016, l'OAI a supprimé la rente versée à l'assurée depuis le 1^{er} août 1998 avec effet au 1^{er} août 2016. L'office s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire rendu le 8 mai 2015 par la N. _____ SA, pour estimer que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, dès lors que tant le diagnostic à l'origine de l'octroi de la rente que celui de trouble de la somatisation posé par les experts étaient considérés comme non incapacitants.

L'OAI a également rendu une décision le 10 juin 2016 de poursuite du versement de la rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2016 pour une durée de deux ans, compte tenu des mesures de nouvelle réadaptation mises en œuvre en faveur de l'assurée. Ces mesures ont été suivies par l'assurée du 1^{er} août 2016 au 31 janvier 2018.

Par courrier du 1^{er} mars 2018 adressé à l'OAI, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a relevé que la N. _____ SA avait été sanctionnée par la justice pour de graves manquements dans la réalisation de dizaines d'expertises, en citant l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017. Elle précisait à cet égard que la décision de suppression de sa rente était fondée sur une expertise réalisée en 2015 par la N. _____ SA et qu'au vu des graves violations des devoirs professionnels avérées de ses médecins, il convenait de réexaminer sa situation, en mettant en œuvre une nouvelle expertise.

Par projet de décision du 22 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer le versement de la rente avec effet au 1^{er} avril 2018, compte tenu de l'interruption des mesures de nouvelle réadaptation.

Par courrier du 23 mars 2018, l'assurée a repris les arguments mentionnés dans son courrier du 1^{er} mars 2018, relatifs au rapport d'expertise de la N. _____ SA, tout en précisant que cette expertise était entachée d'un doute sérieux et important quant à sa valeur probante compte tenu des faits qui s'étaient déroulés au sein de la N. _____ SA et qu'il y avait par conséquent motif à révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Par projet de décision du 28 mars 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de révision procédurale, aux motifs que la valeur probante du rapport d'expertise du 8 mai 2015 avait déjà été examinée tant par le SMR que par son

service juridique et que les manquements invoqués en lien avec la N. _____SA ne concernaient pas la situation de l'intéressée.

En date du 2 février 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par courrier du 3 mai 2018, l'assurée, par le biais de Procap, a invité l'office à procéder à la révision de la situation de l'assurée en application de l'art. 53 al. 1 LPGA, relevant des anomalies dans le rapport d'expertise effectué par la N. _____SA. Elle a joint à son courrier une correspondance du 13 mars 2018 du Directeur de l'Office fédéral des assurances sociales adressé à l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés, mentionnant que la collaboration avec la N. _____SA avait été suspendue depuis 2015 et qu'il devait encore être déterminé quels étaient les dossiers dans lesquels une expertise médicale réalisée par la N. _____SA avait été manipulée. L'assurée a également produit une attestation de son médecin traitant du 16 mai 2018, par laquelle celui-ci soulignait que les résultats du rapport de la N. _____SA n'étaient pas du tout en corrélation avec les différents symptômes de la patiente et qu'il était donc important de rouvrir le dossier et d'effectuer une nouvelle expertise.

L'OAI a, par la suite, rendu deux décisions. L'une, datée du 17 mai 2018, confirmant le projet de décision du 22 mars 2018, supprimant la rente transitoire de l'assurée à compter du 1^{er} avril 2018 ; l'autre, datée du 4 juin 2018, confirmant le projet de décision du 28 mars 2018, rejetant la demande de révision procédurale de l'assurée. Dans un courrier explicatif, daté du même jour, joint à la seconde décision, l'OAI a estimé que les différents éléments soulevés par l'assurée quant à la forme et au contenu du rapport d'expertise de la N. _____SA ne pouvaient être considérés comme des faits nouveaux, dès lors qu'ils auraient pu être invoqués dès réception de la copie du rapport d'expertise en mai 2015. Par ailleurs, ils n'étaient pas de nature à remettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise

en question. L'OAI a encore précisé que le courrier de l'OFAS n'était pas non plus propre à modifier sa position, la situation de l'assurée n'étant pas concernée par les manquements reprochés à la N._____SA. Quant à l'attestation du médecin traitant, elle ne faisait pas état de faits nouveaux importants et ne constituait pas un moyen de preuve nouveau, soulignant que le rapport d'expertise du 8 mai 2015 respectait pleinement les exigences jurisprudentielles en la matière.

B. Par acte du 25 juin 2018, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation des décisions rendues par l'OAI en date des 17 mai et 4 juin 2018 et, principalement, à la révision de la décision de suppression de rente d'invalidité du 9 juin 2016, une rente d'invalidité entière lui étant versée et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante fait en substance valoir que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa sont réalisées, dans la mesure où de graves manquements dans le fonctionnement de la N._____SA ont été découverts et où cette Clinique a été sanctionnée par la suspension de l'autorisation d'exploiter durant trois mois. Ainsi, l'arrêt TF 2C_32/2017 du 2 février 2018 de même que la suspension de l'autorisation d'exploiter de la N._____SA constitueraient le motif de révision. La recourante relève également diverses anomalies du rapport d'expertise du 8 mai 2015 qui ferait ainsi douter du caractère probant de l'expertise. Enfin, la recourante précise qu'elle recourt également contre la décision du 17 mai 2018 supprimant la rente entière d'invalidité au 1^{er} avril 2018 à la suite de l'interruption des mesures de nouvelle réadaptation.

Par courrier du 16 juillet 2018, l'assurée a complété son recours, en invoquant l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2017 du 14 mai 2018, selon lequel on ne pouvait accorder pleine valeur probante aux conclusions d'une expertise pratiquée au sein du département « expertise » de la Clinique. Ainsi, toutes les expertises réalisées par cette Clinique devaient être invalidées.

Par réponse du 16 août 2018, l'intimé considère que les conditions d'une révision procédurale ne sont pas réalisées. Il relève en particulier que le simple fait que la N._____SA ait réalisé une expertise n'est pas un motif suffisant pour justifier un réexamen du droit aux prestations de l'AI sous l'angle de la révision d'une décision entrée en force. Il soutient également que le cas jugé par la Tribunal fédéral en 2018 (TF 2C_32/2017) était particulier et que la situation de la recourante n'est pas concernée par les manquements constatés dans l'arrêt précité. L'intimé reprend pour le surplus les arguments invoqués dans son courrier explicatif du 4 juin 2018.

Par déterminations du 29 août 2018, l'assurée relève que le Tribunal fédéral, dans l'arrêt en question, s'est bel et bien référé à l'« affaire » N._____SA pour invalider la valeur probante des expertises réalisées par ce Centre que les juges cantonaux avaient écartés pour d'autres motifs. C'étaient donc bien les motifs liés à la manipulation d'expertises qui avaient conduit les juges fédéraux à renvoyer l'affaire à l'intimé.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA

notamment), le recours contre les décisions des 17 mai et 4 juin 2018 est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, notamment sur la question de savoir s'il y a motif à révision procédurale d'une décision entrée en force de suppression de rente.

3. La recourante critique tout d'abord la décision rendue le 4 juin 2018 par l'intimé relative au rejet de sa demande de révision (procédurale) de la décision de l'OAI du 9 juin 2016 supprimant le versement d'une rente entière d'invalidité. Le grief de la recourante porte sur la violation des règles relatives à la révision procédurale d'une décision, singulièrement sur le point de savoir si les moyens de preuve invoqués conduisaient à la révision procédurale de la décision du 9 juin 2016, laquelle a été rendue à l'issue d'une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'intéressée. Se fondant sur un rapport d'expertise du 8 mai 2015 établie par la N. _____ SA, l'intimé a, à l'époque, considéré que les conditions d'octroi de la rente n'étaient plus remplies.

4. L'art. 53 al. 1 LPGA prévoit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux

importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b).

5. a) A l'appui de son recours, l'assurée invoque en particulier l'arrêt TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017, dans lequel le Tribunal fédéral a constaté de très graves manquements dans la réalisation d'expertises médicales effectuées par la N._____SA et le fait que cette Clinique ait été sanctionnée par la suspension de son autorisation d'exploiter pour une durée de trois mois. Ces seuls motifs suffiraient à permettre la révision de la décision de suppression de rente.

b) Dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du « département expertise » de la N._____SA avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existait ainsi un intérêt public

manifeste à ce que des acteurs intervenants dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturaient d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité pouvaient avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier de graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le « département expertise » n'était pas contraire au droit (TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 6 et 7).

Dans un arrêt plus récent, invoqué par la recourante, le Tribunal fédéral a considéré que l'on ne pouvait reprocher à la Cour cantonale de s'être écartée des conclusions d'un expert travaillant au sein de la N._____SA mandaté par l'assureur-accidents, relevant en particulier qu'il n'était pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de l'expertise pratiquée au sein du « département expertise » de la Clinique précitée en raison des faits constatés (TF 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2).

Enfin, le Tribunal fédéral s'est prononcé de manière claire sur cette question dans l'arrêt 9F_5/2018 du 16 août 2018, publié aux ATF 144 V 258. Il a rappelé l'importance, en droit des assurances sociales, que revêtait une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art pour l'établissement des faits pertinents. Cela impliquait en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie visait à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure, ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. A cet égard, le Tribunal fédéral relève que les manquements constatés au sein du « département

expertise » dans la procédure relative au retrait de l'autorisation d'exploiter de la N._____SA soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertise avaient été effectuées au sein de cet établissement et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne pouvait se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplissait les exigences en matière de valeur probante lorsqu'il existait des circonstances qui soulevaient des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective, il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause. Le Tribunal fédéral est ainsi parvenu à la conclusion qu'il n'était pas possible d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un médecin psychiatre au sein de la Clinique concernée, peu importait le point de savoir si le responsable médical du « département expertise » était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport de l'expert psychiatre, voire en avait modifié le contenu à l'insu de son auteur (consid. 2.3.2 de l'arrêt précité).

c) En l'occurrence, l'intimé a mandaté la N._____SA pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, médecine interne et rhumatologie) dans le cadre de la troisième révision d'office du droit à la rente de l'assurée, alors que celle-ci était au bénéfice d'une telle rente depuis le 1^{er} août 1998 et que son maintien avait été confirmé à deux reprises (2005 et 2010). L'expertise en question a eu un poids décisif dans la décision de suppression de la rente entière d'invalidité de l'assurée, puisque l'intimé s'est fondé essentiellement, voire exclusivement, sur le rapport y relatif rendu le 8 mai 2015 pour aboutir à la conclusion que la recourante n'avait pas d'atteinte à la santé invalidante et qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité. L'expertise a été effectuée par trois

médecins dont un médecin psychiatre au sein de la N._____SA et réalisée à une époque où le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. Indépendamment de savoir si ce responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, force est d'admettre que cette expertise ne peut servir de fondement pour statuer sur le droit de la recourante au maintien des prestations de l'assurance-invalidité (en l'espèce une rente ordinaire entière). En effet, les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne peuvent être considérées comme suffisamment garanties au sein du « département expertise » de la N._____SA. Ainsi, comme le soutient à juste titre la recourante, les faits en cause sont de nature à modifier l'état de fait à la base de la décision dont elle demande la révision, dès lors que si l'intimé, contrairement à ce que celui-ci laisse entendre, avait eu connaissance de ces faits, il n'aurait pas pu valablement se fier à une telle expertise pour déterminer le droit aux prestations de l'assurée, d'autant plus qu'en l'état, le dossier ne contient aucun autre document médical suffisamment étayé pour permettre de se déterminer sur les atteintes à la santé de l'assurée et sur leur éventuel impact en lien avec la capacité de travail de celle-ci.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les griefs de la recourante relatifs à la forme et au contenu de l'expertise incriminée, dès lors que le seul fait que l'on ne puisse accorder pleine confiance au rapport compte tenu des circonstances dans lesquelles il a été rendu suffit à admettre la réalisation des conditions d'une révision procédurale. Par conséquent, dans la mesure où la recourante a établi l'existence d'un élément de fait nouveau faisant apparaître la base de la décision du 9 juin 2016 comme comportant des défauts objectifs, l'intimé n'était pas fondé, par sa décision du 4 juin 2018, à rejeter la demande de révision de l'assurée.

Au demeurant, la demande de révision déposée moins de trois mois après que la recourante a eu connaissance du motif de

révision respecte le délai légal de 90 jours (art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA), ce qui n'est du reste pas contesté.

Dès lors que le rapport d'expertise du 8 mai 2015 de la N. _____ SA ne pouvait servir de fondement à la décision relative au droit aux prestations AI et faute d'autres pièces médicales au dossier qui aurait permis à l'intimé de confirmer les conclusions du rapport d'expertise, il n'est pas possible d'apprécier de manière circonstanciée l'état de santé de la recourante ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur sa capacité de travail.

d) Il s'ensuit que la cause doit être renvoyée à l'intimé - auquel il revient au premier chef d'instruire - pour qu'il complète l'instruction sur le plan médical, en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle devra être effectuée conformément à l'art. 44 LPGA, et pour qu'il statue à nouveau, une fois le rapport d'expertise rendu.

6. Dès lors que les conditions d'une révision procédurale sont réalisées, les parties se trouvent replacées dans la situation existante lorsque la première décision a été rendue. En effet, le présent arrêt a un effet réformateur et modifie le prononcé avec effet *ex tunc* pour le passé. Partant, il y a lieu d'annuler les décisions rendues par l'OAI les 9 juin 2016, 10 juin 2016 et 17 mai 2018.

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours contre la décision du 4 juin 2018 doit être admis, en ce sens que la décision précitée est annulée, la demande de révision admise et, par voie de conséquence, les décisions rendues les 9 juin 2016, 10 juin 2016 et 17 mai 2018 annulées, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Dans la mesure où la décision du 17 mai 2018 est annulée, le recours contre cette décision est sans objet.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, il convient de fixer les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter en l'espèce à 2'000 fr. et de mettre à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours contre la décision rendue le 4 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est admis, en ce sens que la décision précitée est annulée, la demande de révision admise et, partant, les décisions rendues les 9 juin 2016, 10 juin 2016 et 17 mai 2018 par l'Office précité annulées, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
- II.** Le recours contre la décision rendue le 17 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est sans objet.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour C. _____),
- 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 :