

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 604 vom 29. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__604

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 604 du 29 septembre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 604 del 29 settembre 2014

Regeste

ACCOMPAGNEMENT POUR FAIRE FACE AUX NÉCESSITÉS DE LA VIE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, HOME POUR INVALIDES, DÉCISION DE RENVOI | 42 LAI, 17 LPGA, 38 RAI, 87 RAI, 88a RAI, 88bis RAI

Erwägungen

E. 1

er mai 2004 par décisions des 23 juin 2006 et 8 septembre 2006. B. En date du 13 février 2008, l'assurée a sollicité une allocation pour impotent, par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI, précisant avoir besoin d'un accompagnement socio-éducatif pour faire face aux nécessités de la vie d'une durée de plus de huit heures par semaine depuis 2008, ainsi que d'une surveillance personnelle d'environ quatre heures par semaine. Domiciliée auprès de ses parents à [...] à la date de sa demande, elle a indiqué que l'assistance était cependant prodiguée par la Fondation D. _____ à [...]. L'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée le 30 juin 2008. Le rapport corrélatif du même jour retient un besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie à hauteur de plus de huit heures hebdomadaires, sans toutefois qu'une surveillance personnelle permanente ne soit nécessaire. Les observations suivantes ont plus particulièrement été consignées : « [...]

4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante [...]

L'assurée nécessitera de l'aide pour structurer son quotidien. Si elle est capable de se lever seule et de se préparer pour aller travailler, la présence familiale est nécessaire pour l'aider à gérer son quotidien, effectuer les tâches quotidiennes, et assumer la gestion de son entretien propre. L'assurée sait faire un certain nombre de choses, mais il n'est pas possible de savoir si elle serait en mesure de se mobiliser pour pouvoir gérer son quotidien et l'entretien de son ménage seule. Des éléments obtenus, l'assurée nécessite d'être stimulée et accompagnée pour effectuer ces tâches. N'ayant jamais vécu seule et au vu de son atteinte à la santé, il est nécessaire qu'elle bénéficie d'un soutien pour l'aider à structurer les tâches, s'organiser pour la gestion de son ménage, de sa nourriture et des tâches administratives, qui sont encore actuellement gérées par la maman. L'assurée est en mesure de faire pas mal de choses mais aurait du mal à se mobiliser pour faire le ménage et nécessitera soit une stimulation soit une aide pour le ménage, en fonction de la manière dont évoluera la situation. 3 h par semaine pour l'entretien personnel et du ménage et 30 minutes pour les questions administratives semblent être nécessaires pour commencer (l'assurée ne pouvant assumer toutes ses charges seule) [...].

E. 1.1

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 (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 LPGA).

E. 1.2

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

E. 1.3

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a ; 122 I 97 consid. 3b ; 114 III 51 consid. 3c et 4 ; 103 V 63 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 124 V 400 consid. 2b ; 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 103 V 63 consid. 2a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_413/2011 du 15 mai 2012).

E. 1.4

En l'espèce, la recourante allègue ne pas avoir reçu la décision de suppression de l'allocation pour impotent du 28 octobre 2013. Quant à l'OAI, il concède ne pas avoir expédié sa décision par courrier recommandé et se trouve en conséquence dans l'impossibilité d'en prouver la notification effective. En conséquence, à l'instar de ce que l'intimé a lui-même suggéré, il convient de retenir les allégations de la recourante et de considérer que le recours a été interjeté en temps utile dès la suppression effective en décembre 2013 de la prestation en cause. Le recours respecte en outre les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il doit être considéré comme recevable.

2. 2.1 En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

2.2 Est litigieux in casu le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'AI de degré faible, singulièrement eu égard à la question de la qualification de son nouveau lieu de vie à compter du mois d'octobre 2012, à savoir si ce lieu doit être assimilé à un home,

ainsi que le soutien l'intimé. N'est en revanche pas contestée la question du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie que rencontre effectivement la recourante des suites de son invalidité depuis sa majorité et son droit théorique à une allocation pour impotent de degré faible de ce chef. Partant, conformément à la jurisprudence précitée, le bien-fondé de cette prémisse ne sera pas examiné dans le cadre de la présente procédure.

2.3 Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3). Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

2.4 L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : - vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou - éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). L'art. 38 al. 2 RAI précise que si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et liés aux situations mentionnées à l'al. 1. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre des mesures tutélaires au sens des art. 398 à 419 du code civil ne sont pas prises en compte (al. 3).

2.5 Cela étant, le présent litige s'inscrit dans le contexte d'une procédure de révision initiée d'office par l'intimé le 24 juin 2011. Dès lors, il convient de déterminer préalablement sur quelle base l'intimé a prononcé la suppression du droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré faible, la décision querellée ne précisant pas si l'OAI a agi dans le contexte d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. 3.

E. 3

h 30 hebdomadaires.

4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile [...] Nécessité d'accompagner l'assurée, non pas forcément pour ses contacts hors domicile, mais pour l'aider à les poursuivre, les maintenir sur la durée (stimulation,

encouragements). L'assurée se passionne pour la vulcanologie, mais se démobilise rapidement et tout événement anodin peut altérer son envie de poursuivre. S'agissant de cet aspect des contacts extérieurs, 30 minutes hebdomadaires minimum. 4.2.3 Présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable [...] Difficile de déterminer si l'assurée aura besoin de soutien pour cet aspect, mais nous estimons que celui-ci pourrait être apporté dans le cadre de l'accompagnement aux autres activités avec le temps retenu. [...]

E. 3.1

En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'art. 35 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]) prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis sont applicables. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation en cause peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La prestation peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2). L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

E. 3.2

Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA U 98/04 du 12 août 2004). Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, la décision portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de

reconsidération ne pouvant d'ailleurs pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références ; 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du

E. 3.3

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations, l'art. 88bis al. 1 RAI vient préciser que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt : - si la révision a été demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; - si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; - s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où le vice a été découvert (let. c). L'art. 88bis al. 2 RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : - au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; - rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

E. 3.4

In casu, il y a premièrement lieu d'examiner, sous l'angle de l'art.

E. 5

Remarques Entretien avec l'assurée, ses parents, ainsi que Mme [...] [de la Fondation D. _____] qui s'occupe du placement et du soutien de l'assurée dans ses démarches en vue de trouver un appartement et organiser l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'assurée travaille actuellement au [...] du lundi au jeudi et y effectue des activités informatiques ou de la mise sous pli. Elle est suivie par la Fondation D. _____ qui tente de trouver un appartement pour l'assurée, pour lui permettre d'acquérir une certaine autonomie. L'assurée vit actuellement c/o ses parents, qui l'[amènent] et vont la rechercher la plupart du temps. Depuis avril 2008, des démarches sont en cours avec le soutien institutionnel pour tenter cette autonomisation. A l'heure actuelle, l'assurée habitant encore chez ses parents, il est difficile de déterminer clairement le temps et l'accompagnement effectif qui serait nécessaire pour l'assurée, dès lors que sa maman se charge (par habitude et parce qu'elle tente de ménager sa fille) de certaines tâches qu'il serait difficile de savoir si l'assurée est capable d'assumer. Au vu de ce qui précède, bien que l'assurée vive encore auprès de ses parents, il s'avère qu'elle nécessite un accompagnement pour pouvoir assumer et gérer son quotidien. S'agissant de la prise en charge, elle dépendra de l'adaptation de notre assurée dans son nouveau domicile, et nous vous suggérons de réviser la situation dans 18 mois pour juger du temps et de l'investissement effectif nécessaire à notre jeune assurée [...]. S'agissant de la date du début de l'accompagnement, nous avons retenu arbitrairement 2005, soit l'année des 20 ans de notre assurée, partant du principe que jusqu'à 20 ans, un jeune bénéficie d'un statut particulier, que sa famille en assume la charge (ménage, administratif, gestion des repas...) mais cela ne change pas à notre sens le droit effectif, la demande ayant été déposée en 02.2008. » Le 11 novembre 2008, le Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis février 2008, a complété un rapport médical initial à l'adresse de l'OAI, retenant au titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail un « épisode dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle (F33.5) »,

une « phobie sociale (F40.1) », une « personnalité dépendante (F60.7) » et « évitante (F60.6) », ainsi qu'un « fonctionnement intellectuel limite (F41.8) ». Il a fait état notamment des constats suivants : « [...] La patiente se montre surtout très dépendante dans la relation, immature, présente des projets irréalistes, se montre vite déstabilisée par rapport à tout changement. Absence de troubles de nature psychotique ou de la série maniforme. Elle cherche à être encadrée et se montre avide de contacts. Elle présente une bonne motivation pour être réhabilitée dans une activité occupationnelle, voire professionnelle. [...] La patiente vient de déménager dans un appartement protégé de la Fondation D. _____ à [...]. Il s'agit d'un changement majeur nécessitant la sollicitation de ses meilleures ressources adaptatives pour accroître son autonomisation. Dans ce contexte, la patiente se montre perdue, isolée, sans repères et dans une quête importante d'encadrement. Cette démarche est toutefois nécessaire et positive du point de vue du processus thérapeutique et a de bonnes chances de réussite. L'encadrement social actuel consiste en 4 séances d'une heure avec l'assistante sociale de la Fondation D. _____ mais semble être insuffisant et devrait être probablement au moins doublé. [...] » A la demande de l'OAI, l'assurée a fait parvenir un tirage du bail à loyer conclu le 24 septembre 2008 pour la location d'un appartement de deux pièces sis [...] à [...]. Sollicité pour avis, le Dr Z. _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que l'assurée présentait une impotence de degré faible et indiqué ce qui suit le 9 décembre 2008 : « Depuis ses 18 ans et surtout maintenant qu'elle vit seule dans un appartement protégé, il est possible d'admettre l'accompagnement. Elle semble capable de prendre de l'autonomie, dès lors une révision dans une année est à prévoir. Du point de vue médical, ce besoin d'accompagnement est nécessaire depuis la majorité [...]. » Partant, par projet de décision du 18 décembre 2008, confirmé par décision formelle du 13 février 2009, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} février 2007, retenant le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis l'enfance. C. Dans l'intervalle, soit le 3 février 2009, l'assurée a requis le bénéfice de mesures d'ordre professionnel, singulièrement de mesures de réinsertion, par l'intermédiaire de la Fondation D. _____. Dans le contexte de cette demande, sur questions de l'OAI, le Dr X. _____ a signalé ce qui suit en date du 26 février 2009 : « [...] Le diagnostic d'un trouble schizotypique n'est pas d'actualité. On ne constate en particulier pas d'idées de référence, des croyances bizarres, une pensée magique ou des illusions corporelles. Il existe en effet une certaine tendance à la rêverie, sur un mode plutôt immature, mais celle-ci n'est pas considérée chez l'adulte comme un critère suffisant pour établir un trouble de la personnalité schizotypique. Les diagnostics figurant dans mon rapport de novembre 2008 sont en revanche toujours d'actualité. On peut y ajouter une conduite de type anorexique, au seuil d'une véritable anorexie mentale. La personnalité est fortement immature, très dépendante, évitante, subissant une forte inhibition sociale, avec de graves difficultés d'affirmation de soi, et [l'assurée] présente un degré important d'anxiété de base qui s'accroît encore face à une exposition à tout stress de nature professionnelle ou sociale. Ceci rend l'exigibilité dans un circuit professionnel normale nulle. La patiente a quitté le foyer de la Fondation D. _____ à [...] et habite dans un logement indépendant. Elle bénéficie toutefois d'un accompagnement socio-éducatif à domicile d'au moins 8 heures hebdomadaires, encadrement dont l'intensité a été augmentée récemment. En effet, [l'assurée] a des problèmes très importants d'émancipation et a du mal à gérer son quotidien sans une aide extérieure. Elle continue à travailler dans un atelier protégé de la Fondation D. _____, et il n'est pas concevable qu'elle puisse faire

davantage. [...] » Compte tenu de cet avis, suivi par le SMR, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles le 3 juin 2009, confirmant un projet de décision dans le même sens du 9 avril 2009. D. En date du 18 janvier 2010, l'OAI a initié une révision d'office du droit à l'allocation pour impotent par envoi du questionnaire ad hoc, que l'assurée a retourné dûment complété le 22 janvier 2010. Elle a précisé avoir besoin d'un accompagnement socio-éducatif, ainsi que d'une aide au ménage depuis le 1^{er} novembre 2008, dispensés par le Service d'accompagnement à domicile de la Fondation D._____. La Dresse V._____, et T._____, respectivement médecin associé et psychologue au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B._____, ont fait parvenir un rapport médical daté du 8 mars 2010 à l'attention de l'OAI, attestant de la prise en charge de l'assurée depuis juillet 2009 du fait d'un état de dénutrition important. Elles ont retenu les diagnostics de « trouble schizotypique (F21) depuis la fin de l'adolescence » et « anorexie mentale atypique de type restrictif (F50.1), associée à un état de dénutrition de grade 3 [...] diagnostiquée en août 2009 ». Par ailleurs, elles ont précisé les restrictions psychiques de leur patiente en ces termes : « En raison de son état de dénutrition, [l'assurée] présente une fatigabilité mentale importante. Sur le plan psychique, nous constatons une grande difficulté à effectuer des liens logiques évidents (p.ex. entre son alimentation et son poids) et une faible tolérance au stress. Elle manifeste également un grand besoin d'étayage pour la gestion de la vie quotidienne (ménage, repas). » Fondé sur ces éléments, l'OAI a maintenu le droit à l'allocation pour impotent de degré faible, sans modification, par communication du 24 mars 2010. E. L'OAI a entamé une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente et à l'allocation pour impotent le 24 juin 2011. En réponse au questionnaire corrélatif, l'assurée a indiqué le 12 juillet 2011 que son état de santé était stationnaire et qu'elle nécessitait toujours un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a précisé bénéficier d'un « suivi éducatif mis en place depuis plusieurs années par des éducateurs de la Fondation D._____ ». La Dresse C._____, cheffe de clinique adjointe du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B._____, ainsi que la psychologue T._____, ont confirmé l'absence d'évolution notable de l'état de santé de l'assurée dans un rapport médical intermédiaire du 3 octobre 2011, réitérant les diagnostics précédemment retenus. Aux termes d'une communication du 27 janvier 2012, l'OAI a annoncé à l'assurée le maintien sans changement de son droit à la rente extraordinaire d'invalidité. F. Par pli du 27 septembre 2012, l'assurée a signalé à l'OAI son changement d'adresse, soit l'emménagement dans un appartement sis [...] à [...]. Par décision du 6 décembre 2012, communiquée le 5 mars 2013, la Justice de paix du district de [...] a désigné M._____ en qualité de curatrice de l'assurée. Suite à la réforme de la loi, la mesure a été transformée en curatelle d'accompagnement et de gestion au sens des art. 393 et 395 al. 1 CCS dès le 1^{er} janvier 2013. La curatrice précitée a informé l'OAI de son mandat le 14 mars 2013. Un rapport médical intermédiaire a été complété le 21 mai 2013 par la Dresse L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue T._____, lesquelles ont confirmé que l'état de santé de l'assurée justifiait un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie du fait de ses difficultés importantes dans la gestion de son quotidien, en dépit d'une amélioration du trouble du comportement alimentaire. L'OAI a adressé le 5 juillet 2013 un questionnaire à la curatrice de l'assurée, en vue de déterminer la nature exacte du lieu de vie de sa pupille, à savoir si l'appartement « protégé » occupé à [...] devait être considéré comme un « home ». Par téléphone du 13 juillet 2013 à l'OAI, la curatrice s'est engagée à faire parvenir le contrat de bail, ainsi que les différents contrat de travail et de prestations conclus avec la Fondation

D. _____, laquelle ne s'occupait à son sens pas sérieusement de sa pupille en dépit de la teneur de ces documents. Elle a produit subséquemment les pièces suivantes : - un contrat d'accompagnement socio-éducatif en appartement protégé, daté du 11 mars 2008, valable dès le 1^{er} avril 2008 des suites de l'entrée de l'assurée dans un tel appartement ; - un contrat de travail des ateliers productifs, daté du

E. 8

décembre 2008, prévoyant l'engagement de l'assurée à l'atelier « Blanchisserie » dès le 25 novembre 2008 ; - le planning des activités hebdomadaires de l'assurée au sein dudit atelier, valable dès le 5 janvier 2009 et démontrant l'emploi de celle-ci à temps partiel les après-midi du mardi au vendredi ; - un contrat de bail à loyer entre l'assurée et la Fondation D. _____, pour la location de l'appartement sis à [...], [...], dès le 1^{er} octobre 2012 ; - une notification de hausse de loyer pour l'occupation dudit appartement du 1^{er} février 2013, consécutivement à des travaux de peinture effectués d'entente entre les parties. Le contrat d'accompagnement socio-éducatif du 11 mars 2008 précité contient notamment les dispositions suivantes : « 4. Prestations socio-éducatives Selon les besoins, les prestations socio-éducatives spécifiques à chaque usager sont définies dans les documents complémentaires [...]. Ces prestations peuvent couvrir les domaines suivants : - Evaluation globale de la situation. - Coordination des différents réseaux impliqués (tout en restant les référents principaux de la situation). - Recherche et adaptation d'un logement adéquat. - Soutien psycho-médico-social. - Supervision de l'aide à domicile. - Aide à l'administration personnelle et à la gestion du budget. - Aide à la régulation des relations avec l'employeur. - Mise à jour annuelle des besoins, objectifs et prestations. - Aide au départ du logement, déménagement, accueil en établissement spécialisé, etc. Les prestations sont fournies toute l'année, en principe durant les jours ouvrables, du matin jusqu'en soirée, pour un maximum de 4 heures d'intervention par semaine et par usager (en moyenne annuelle). Une permanence téléphonique est assurée pendant les jours ouvrables. En cas d'urgence pendant le week-end ou les jours fériés, les usagers s'adressent au personnel de piquet de l'institution. Dans tous les cas, les intervenants des AP [appartements protégés] restent garants de l'accompagnement global de l'usager. Le mandat des intervenants des AP n'a pas pour objectif de se substituer à la famille, ni d'assumer une fonction de représentant légal (tutelle ou curatelle). 5. Autonomie de l'usager L'usager d'un appartement protégé doit être à même d'assumer dans une large mesure sa vie quotidienne de façon autonome. [...] [L']aide doit garder des proportions correspondant aux moyens des organismes ou des personnes qui interviennent. Si nécessaire, des apprentissages peuvent être organisés pour gagner de l'autonomie dans certaines activités, soit en institution, avant d'emménager dans un appartement protégé, soit dans les premiers temps de l'installation en appartement protégé. [...] » G. Par projet de décision du 18 septembre 2013, l'OAI a envisagé la suppression de l'allocation pour impotent de degré faible du fait de l'emménagement de l'assurée au sein d'un appartement « protégé dépendant de la Fondation D. _____ », considérant que ce logement devait être assimilé à un home. La curatrice de l'assurée, à réception de ce projet, a contacté l'OAI le 27 septembre 2013 pour s'enquérir des effets de la suppression de l'allocation pour impotent. L'OAI, reprenant les termes du projet du 18 septembre 2013, a adressé une décision de suppression de l'allocation pour impotent à la curatrice en date du 28 octobre 2013, la fin du versement de cette prestation prenant effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision. Par courrier du 20 décembre 2013 à l'OAI, rappelé le 6 janvier 2014, après avoir constaté que l'allocation pour impotent de l'assurée n'était de facto plus versée, la curatrice a indiqué ne pas avoir reçu de

décision formelle conforme au projet de décision du 18 septembre 2013 et sollicité la notification d'un tel acte. H. Par acte du 27 décembre 2013, la curatrice de l'assurée s'est adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, contestant le bien-fondé de la suppression de l'allocation pour impotent précédemment allouée à sa pupille et relevant préalablement ne pas avoir reçu de décision formelle suite au projet de décision du 18 septembre 2013. Sur le fond, elle a fait valoir que l'assurée ne vivait pas en institution, mais en appartement protégé loué auprès de la Fondation D. _____, pour lequel elle restait responsable du paiement du loyer. Elle a rappelé que l'assurée était liée à cette fondation par un contrat d'accompagnement socio-éducatif au domicile privé, prévoyant un service d'aide et de conseil en vue d'assurer son autonomisation, lequel correspondait aux besoins engendrés par son invalidité. Etaient jointes à son envoi les pièces justificatives de ses allégués. L'OAI a communiqué sa réponse au recours le 12 février 2014, s'interrogeant à la forme sur la représentation de la recourante, assumée tant par sa curatrice que par Protekta Assurance de protection juridique SA. En outre, s'agissant de la réception de la décision de suppression de l'allocation pour impotent du 28 octobre 2013, identique au projet de décision du 18 septembre 2013, l'intimé a émis des doutes eu égard aux allégations de la curatrice de l'assurée, tout en concédant ne pas avoir adressé sa décision du 28 octobre 2013 par courrier recommandé. Partant, il a proposé l'entrée en matière sur le fond du recours, sans que ne soient sanctionnées d'éventuelles irrégularités de notification. Il a réservé sa détermination sur le fond dans l'éventualité de l'aval du juge instructeur avec sa suggestion. La curatrice de l'assurée a répliqué le 21 février 2014, se prévalant des décisions rendues en matière de prestations complémentaires pour confirmer que sa pupille ne se trouvait pas résidente de la Fondation D. _____, et a produit notamment les tirages desdites décisions, de ses échanges de correspondance avec l'OAI depuis le projet de décision de suppression du 18 septembre 2013, ainsi que du bail à loyer conclu par sa pupille le 24 septembre 2012 et de la notification de hausse de loyer du 1^{er} février 2013. Par écriture du 24 février 2014, Protekta Assurance de protection juridique SA a informé la Cour de céans de son mandat de représentation de la recourante et complété les écritures déposées par la curatrice de celle-ci. Elle a fait valoir que les prestations dispensées par la Fondation D. _____ à la recourante se limitaient à un accompagnement socio-éducatif, soit une visite au domicile privé une fois par semaine. Elle a souligné que l'assurée préparait elle-même ses repas avec le concours de sa famille et de sa curatrice, que l'appartement loué par la Fondation D. _____ n'était pas meublé à l'entrée dans les locaux et qu'un éventuel besoin de soins particuliers serait décidé et mis en œuvre à la discrétion de l'assurée. Ces éléments permettaient de déduire que la communauté d'habitation, où se situait le logement occupé par l'assurée, ne correspondait pas à la notion de home au sens de la LAI. Elle a dès lors conclu à l'annulation de la décision de suppression de l'allocation pour impotent et à la poursuite du versement de cette prestation. L'OAI a communiqué sa duplique le 19 mars 2014, procédant au fond et concluant au rejet du recours. Il s'est fondé sur les chiffres 8005 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS) pour souligner que la Fondation D. _____ disposait de personnel qualifié et proposait une vaste gamme de prestations en vue de l'accompagnement des résidents, au demeurant obligés de souscrire au contrat corrélatif. En conséquence, il ne faisait à son sens pas de doute que le lieu de vie de l'assurée devait être considéré comme un home. Protekta Assurance de protection juridique SA a indiqué ne pas avoir de déterminations supplémentaires à formuler en date du 11 avril 2014. E n d r o i t : 1.

E. 12

septembre 2011).

E. 17

al. 2 LPGA, si un changement important des circonstances est intervenu entre la date de la décision initiale d'octroi de l'allocation pour impotent, soit le 13 février 2009, et celle de la décision querellée du 28 octobre 2013. Ainsi qu'il a été relevé supra sous considérant 2.2, il apparaît que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie que requiert la recourante depuis la majorité est demeuré constant en l'état et n'est pas remis en cause par l'OAI. En particulier, les différents rapports médicaux versés au dossier de l'assurée font état de peu d'évolution de son état de santé psychique en lien avec le trouble schizotypique diagnostiqué à répétitions reprises depuis 2004. Seul le diagnostic d'anorexie mentale semble s'être amendé sous suivi psychiatrique intensif, sans toutefois que cette atteinte à la santé n'eût d'impact notable sur le besoin d'accompagnement socio-éducatif global de la recourante. L'unique changement de circonstances avéré à ce stade, intervenu dans la période déterminante pour l'examen, a trait au lieu de vie de l'assurée, qui a déménagé à compter du 1^{er} octobre 2012. Cela étant, les pièces au dossier – en particulier les contrats de bail conclus par la recourante – ne permettent pas de déterminer précisément la mesure de ce changement. Certes, le bail à loyer conclu le 24 septembre 2012 a-t-il été passé directement avec la Fondation D. _____, alors que le précédent bail du 4 décembre 2008 était conclu avec une tierce personne. Néanmoins, ces baux ne font ni l'un, ni l'autre, mention de droits et d'obligations particuliers en lien avec une communauté d'habitation spécifique. Il n'est pas davantage indiqué que l'assurée eût intégré un logement « protégé », les deux contrats ayant été conclus au moyen des formulaires standardisés usuels. L'intégration de l'assurée en appartement « protégé » figure uniquement sur le contrat d'accompagnement socio-éducatif du 11 mars 2008, soit à une date bien antérieure à celle de la décision d'octroi d'allocation pour impotent du 13 février 2009. En outre, la mention d'une intégration prochaine dans un tel contexte, sous l'égide de la Fondation D. _____, avait été expressément consignée dans l'enquête diligentée par l'OAI le 30 juin 2008, de même que dans le rapport médical du Dr X. _____ du 11 novembre 2008. Cette intégration avait par ailleurs pour partie motivé l'avis du SMR du 9 décembre 2008. Dès lors, l'on ne voit pas dans quelle mesure la domiciliation dans l'appartement sis [...] serait différente, en termes de prise en charge socio-éducative, de la situation régnant durant la domiciliation dans l'appartement sis [...] à [...], étant précisé qu'aucune de ces deux adresses ne correspond au lieu de l'activité déployée par la Fondation D. _____, elle-même sise [...] à [...]. Force est ainsi d'en déduire, en l'état de ce dossier, qu'un motif de révision du droit à l'allocation pour impotent de l'assurée en vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA n'est pas démontré. Il en va de même, deuxièmement, d'un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'OAI ne s'étant aucunement exprimé à cet égard, ce ni aux termes de la décision entreprise, ni dans ses écritures à la Cour de céans. L'on ignore en conséquence si l'intimé a qualifié sa décision du 13 février 2009 de manifestation erronée et aurait procédé à sa reconsidération par le biais de la décision du 28 octobre 2013. Il ne ressort d'ailleurs pas du dossier que l'OAI aurait investigué spécifiquement les fondements de la décision du 13 février 2009, notamment eu égard au lieu de vie de la recourante, dans la mesure où le statut effectif de celle-ci au sein de la Fondation D. _____ depuis la conclusion de son premier contrat de bail le 24 septembre 2008 demeure inconnu. La Cour de céans constate en définitive qu'il n'est pas possible de déterminer le fondement légal de

la décision du 28 octobre 2013. Cette question pourrait rester ouverte, vu que les effets d'une procédure de révision ou de reconsidération éventuellement bien-fondée seraient de toute façon les mêmes en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI. Cela étant, en l'occurrence, ainsi qu'il sera développé sous considérant 4 infra, le dossier de la cause souffre de carences telles qu'il s'impose de le compléter. Il incombera à l'OAI dans le contexte d'un renvoi à cette administration d'examiner si les conditions d'application des art. 17 al. 2 et/ou 53 al. 2 LPGA sont réunies dans le cas particulier.

4. 4.1 S'agissant de la notion de séjour dans « un home ou une institution » au sens de l'art. 38 al. 1 RAI, il y a lieu de se référer aux directives édictées par l'OFAS en l'absence de toute disposition légale ou réglementaire à cet égard.

4.1.1 Il est toutefois souligné à ce stade que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales ; elles visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Les directives administratives ne lient ainsi pas le juge des assurances sociales : il ne doit en tenir compte que si une interprétation correcte et adaptée au cas particulier des dispositions légales applicables le permet et s'en écarte si elles sont incompatibles avec les dispositions légales (ATF 132 V 321 ; 131 V 45 consid. 2.3 ; 130 V 172, consid. 4.3.1 ; 126 V 232 consid. 2.1 ; 129 V 204 consid. 3.2 ; 127 V 61 consid. 3a ; 126 V 68 consid. 4b ; 126 V 427 consid. 5a).

4.1.2 La CIIAI (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013]) indique à son chiffre 8005 qu'est réputée « home » toute forme de logement collectif qui sert à l'encadrement et/ou aux soins, mais non au traitement curatif. Est donc réputé « séjour dans un home » tout séjour de personnes handicapées dans une division pour séjours de longue durée de cliniques ou d'établissements médico-sociaux. Il convient de distinguer dans chaque cas entre « communauté d'habitation ayant un statut de home » et « communauté d'habitation assimilable à un séjour à domicile. » On ne se fonde pas principalement sur le mode de financement pour définir un home. Que l'institution figure sur une liste fédérale ou cantonale n'est pas non plus déterminant. Il n'existe aucune base légale pour une telle distinction (ch. 8005.1 CIIAI). La notion de « communauté d'habitation avec statut de home » est définie au chiffre 8005.2 CIIAI qui impose que la communauté d'habitation soit sous la responsabilité d'un support juridique avec une direction et des employés et que les résidents ne disposent pas seulement d'un espace qui leur est loué, mais qu'ils bénéficient aussi, contre paiement, d'autres offres telles que nourriture, conseil, encadrement, soins, occupation ou réinsertion ; en d'autres termes, du type de services dont ils ne disposeraient justement pas – dans cette mesure – s'ils vivaient dans leur propre logement ou que, dans ce cas, ils devraient organiser eux-mêmes. Le fait qu'il y ait une atmosphère particulière, au sens d'une ambiance familiale, du respect de l'individualité des résidents et d'un maximum d'autonomie à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté d'habitation, ne change rien à la nécessité de considérer celle-ci comme un home. L'élément déterminant est la fourniture d'une gamme de prestations qui ne sont pas fournies, du moins durablement, dans un logement individuel ou dans une communauté de vie ordinaire, mais qui sont caractéristiques d'un home. Selon le chiffre 8005.2 CIIAI, on parle ainsi de home quand : - il y a une structure préexistante (p. ex. direction, employés,

etc.), - la personne assurée n'est pas responsable du déroulement de la journée, - il y a dépendance et/ou rapport de subordination. A l'inverse, à teneur du chiffre 8005.3 CIIAI, on considère qu'il y a « communauté d'habitation sans caractère de home » lorsque la communauté en question se caractérise par l'auto-organisation et la responsabilité propre. «Auto-organisation» signifie que c'est aux personnes qui y vivent de décider tous les aspects de l'organisation, de la gestion et de la communauté. Les résidents décident donc eux-mêmes quand et par qui les soins sont fournis, et comment les soins et l'encadrement doivent être structurés. Ils choisissent les personnes qui prennent la place de ceux qui partent et donc avec qui ils partageront le logement, qui en assurent la propreté, etc. Si le logement est fourni par un support juridique responsable du fonctionnement de la communauté, il n'y a pas auto-organisation. On ne peut en effet plus parler alors de groupe autonome et indépendant, qui tranche toutes les questions touchant la vie collective et décide de manière autonome de son encadrement et de tous les aspects qui y sont liés. Ainsi, selon le chiffre 8005.3 CIIAI, on ne parle pas de « home » quand : - l'assuré peut payer lui-même les prestations dont il a besoin pour les soins et l'encadrement (soins de base et soins thérapeutiques, mais pas surveillance), c'est-à-dire, par ex., qu'il peut engager et congédier lui-même le personnel qui lui fournit ces prestations, - les résidents assument eux-mêmes, dans la mesure du possible, la responsabilité et la gestion de la communauté, - l'assuré peut choisir et organiser lui-même ses conditions de logement (location ou achat, aménagement).

4.1.3 C'est le lieu de rappeler l'esprit de la 4^{ème} révision de la LAI, prévoyant notamment une « adaptation ciblée des prestations destinée à accroître l'autonomie des personnes handicapées » (Message du Conseil fédéral du 21 février 2001 concernant la 4^{ème} révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité ; FF 2001 3046). Dans cette optique, le nouveau régime des allocations pour impotents avait pour but de permettre aux personnes handicapées de choisir librement leur mode de vie et de logement en disposant des fonds nécessaires pour « acheter » l'assistance dont elles ont besoin. L'augmentation des montants versés à ces personnes devait leur permettre d'éviter un éventuel placement dans un home et de vivre de manière indépendante aussi longtemps que possible (Message du Conseil fédéral précité ; FF 2001 3086). A la lumière de l'objectif du législateur, le critère le plus important pour déterminer si un assuré en foyer doit être assimilé à une personne vivant seule ou non apparaît être l'accès à des soins et à une prise en charge régulière, soit l'accompagnement socio-éducatif global : si la structure dans laquelle vit l'assuré répond au besoin d'accompagnement de ce dernier, alors il faut la considérer comme un « home ».

4.2 En l'espèce, la Cour de céans ne peut déterminer si le lieu de vie intégré par l'assurée depuis le 1^{er} octobre 2012, voire éventuellement depuis le 1^{er} octobre 2008, est assimilable à un « home » tel qu'envisagé par le législateur à l'origine de la 4^{ème} révision de la LAI, ainsi d'ailleurs qu'au sens des directives administratives précitées. En effet, en l'état de ce dossier, il n'est pas possible d'avoir une idée précise de la nature de l'accompagnement socio-éducatif prodigué par la Fondation D. _____ à l'assurée, ni si cet accompagnement a connu des fluctuations depuis sa mise en place dans le courant de l'année 2008. Si l'on peut certes déduire avec l'intimé que ladite fondation est dotée d'une organisation et d'une structure propre, en sus d'un personnel particulièrement qualifié pour la prise en charge de personnes en situation de handicap, l'on ignore si ce personnel est présent et à disposition de l'assurée sur son lieu de vie en sus des disponibilités envisagées par le contrat d'accompagnement du 11 mars 2008. Singulièrement, on ne sait pas si les parties ont prévu des modalités complémentaires spécifiques aux besoins de l'assurée, ainsi que l'envisage l'article 4 de ce contrat. On peut

cependant remarquer que l'assurée a disposé a priori d'une certaine autonomie, à défaut de laquelle elle n'aurait pas été susceptible d'intégrer un appartement tel que celui qui lui a été confié en 2008 (cf. article 5 du contrat d'accompagnement socio-éducatif du 11 mars 2008). Elle a d'ailleurs signé personnellement les contrats de bail portant sur les appartements successivement occupés. Cela étant, il n'est pas possible de déterminer si la mesure de son autonomie est restée identique suite au déménagement en octobre 2012. En définitive, le litige n'est pas en l'état d'être tranché, ce qui justifie d'examiner l'opportunité d'un renvoi à l'OAI pour complément d'instruction.

5. Dans le domaine des assurances sociales, 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 (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000, in : DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318). In casu, il apparaît que le dossier sur lequel se fonde la décision du 28 octobre 2013 est manifestement incomplet (cf. considérant 4 supra), de même d'ailleurs que ladite décision (cf. à cet égard considérant 3 supra). L'intimé a constaté les faits de façon sommaire sans réunir les éléments pertinents dans le cas concret. En particulier, l'on observe que l'enquête du 30 juin 2008 évoquait un réexamen à brève échéance de la situation de l'assurée au vu des changements futurs de son mode de vie (emménagement dans son propre logement). Un tel réexamen eût été pleinement justifié dans le cadre de la révision initiée d'office par l'intimé afin de clarifier le statut précis de l'assurée par rapport à la Fondation D._____ et les prestations effectivement fournies par cette institution avant de statuer sur l'éventuelle intégration en « home » de l'assurée. Il

n'appartient pas à la Cour de céans de pallier ces carences, mais bien à l'OAI, lequel est invité à procéder notamment à une enquête sur le lieu de vie de l'assurée. A l'issue de ce complément, avant de statuer sur le maintien ou non du droit à une allocation pour impotent en faveur de la recourante, l'OAI aura pu déterminer s'il dispose d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. 7. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. Obtenant gain de cause, la recourante, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.