

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 296 vom 10. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2015___296

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 296 du 10 juillet 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 296 del 10 luglio 2015

Regeste

ALLOCATION POUR IMPOTENT, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, PRÉTENTION FRAUDULEUSE ENVERS L'ASSUREUR, DEVOIR DE COLLABORER, OBLIGATION D'ANNONCER, OBLIGATION DE RENSEIGNER, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 42 LAI, 17 LPGA, 31 LPGA, 9 LPGA, 37 RAI, 38 RAI, 77 RAI, 88a al. 1 RAI, 88bis al. 2 RAI

Erwägungen

E. 20

novembre 2013 et tend à l'annulation de ladite décision. L'assurée a pour l'essentiel repris les arguments développés au stade de la procédure d'audition, concluant à l'octroi de l'assistance juridique litigieuse au vu des particularités de son cas en présence d'un enjeu important. Elle a par ailleurs également sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, ainsi que la tenue de débats publics dans le contexte de cette seconde procédure, soit l'audition de son assistante sociale et de ses enfants. Dite procédure porte le numéro de cause AI 8/14. Après avoir requis des informations supplémentaires auprès du mandataire de l'assurée, le juge instructeur a émis sa décision en matière d'assistance judiciaire en date du 23 mai 2014 et l'a accordée à l'assurée pour les deux affaires l'opposant à l'OAI, soit les causes AI 4/14 et AI 8/14. La recourante a ainsi été exonérée d'avances et de frais judiciaires, l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc lui étant garantie. Elle a cependant été astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 100 fr. à l'attention du Service juridique et législatif. Un recours de l'assurée à l'encontre de cette décision a été ultérieurement déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 1^{er} octobre 2014 en la cause 9C_524/2014. L'intimé a communiqué sa réponse au recours relatif à la suppression de l'allocation pour impotent en date du 25 juin 2014, où il a conclu à son rejet. Après un bref rappel des faits, il a souligné que la recourante avait violé son obligation de renseigner l'OAI sur la reprise d'une activité auprès du café-restaurant, information qu'elle aurait même dissimulée en la taisant dans le questionnaire de révision complété le 23 décembre 2010 et au cours des entretiens des 24 juin 2011 et 8 mars 2012. Les conclusions du rapport d'expertise de la Clinique W. _____ du

E. 24

juin 2013 étaient sans équivoque quant à l'absence d'indication psychiatrique en faveur d'une quelconque impotence. Partant, vu la violation de l'art. 77 RAI, l'OAI a estimé qu'un motif de révision permettant la suppression rétroactive de la prestation litigieuse était réalisé, tout en relevant que l'effet de la suppression porté seulement au 31 mars 2012 était à l'avantage de la recourante. Si ces arguments venaient à ne pas être retenus, il n'en demeurerait pas moins que les investigations conduites par l'OAI avaient permis de découvrir un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA justifiant la suppression

rétroactive de la prestation, laquelle aurait pu être envisagée dès son octroi compte tenu d'une description travestie de son quotidien du fait de l'assurée. L'assurée a répliqué le 15 août 2014, signalant que son activité au café-restaurant avait été organisée avec l'aval de son assistante sociale et de ses médecins dans un but occupationnel et thérapeutique. L'appréciation du Dr T. _____ de la Clinique W. _____ serait dénuée de motivation, ce qui ne permettrait pas de retenir l'existence d'un motif de révision in casu. Par ailleurs, aucun fait nouveau ou moyen de fait nouveau conforme à l'art. 53 al. 1 LPGA n'aurait été établi, le délai de 90 jours imposé pour l'application de cette disposition n'ayant au surplus pas été respecté. L'assurée a ainsi maintenu ses précédentes conclusions, tout en réitérant sa requête de débats publics et d'audition de témoins. L'intimé a dupliqué le 23 septembre 2014 et confirmé sa position. Sous l'angle de la révision du droit de l'assurée à une allocation pour impotent, il a constaté que le caractère éventuellement occasionnel ou thérapeutique de l'activité déployée par la recourante ne modifiait rien au fait que celle-ci l'avait dissimulée à l'OAI, indiquant d'ailleurs que son médecin traitant n'en avait pas été informé lors de l'entretien du 9 mars 2013 [recte : 8 mars 2012]. En outre, il a souligné que l'allocation pour impotent avait été octroyée sur la base des déclarations de l'assurée, telles que consignées dans le rapport d'enquête du 15 septembre 2009, sans analyse médicale desdites déclarations. Il ne pouvait dès lors être reproché à l'expert psychiatre de la Clinique W. _____ de ne pas avoir motivé une divergence d'appréciation médicale. Du point de vue de la révision procédurale, l'intimé a estimé que le délai de 90 jours prévu par l'art. 67 al. 1 PA n'avait pu commencer à courir que le 13 août 2013, correspondant à l'avis du SMR des suites de l'expertise de la Clinique W. _____, et avait été interrompu par le projet de décision de suppression de l'allocation pour impotent du 18 [recte : 17] octobre 2013. Par écriture du 3 octobre 2014, la recourante a fait valoir que l'OAI n'était de toute façon pas légitimé à prononcer la suppression rétroactive de l'allocation pour impotent au regard de l'art. 88bis al. 2 RAI. En date du 10 novembre 2014, l'assurée est revenue sur la présente affaire pour mettre en exergue un arrêt du Tribunal fédéral du 26 septembre 2014 en la cause 9C_425/2014, où était étayée la notion d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie selon l'art. 38 RAI. Elle a considéré remplir les conditions imposées par cette disposition sans changement depuis 2009 et réitéré ses requisitions de preuves, de même que ses conclusions initiales. Invité à se déterminer, l'OAI s'est référé, par mémoire du 1^{er} décembre 2014, aux termes de sa réponse au recours du 25 juin 2014, relevant que les motifs psychiatriques à l'origine de l'octroi de l'allocation pour impotent querellée n'avaient pas été confirmés par les experts de la Clinique W. _____. Cette écriture a été transmise au mandataire de la recourante qui ne s'est plus manifesté. J. La Cour des assurances sociales a mis en œuvre des débats publics dans le contexte d'une audience du 2 juillet 2015, au cours de laquelle la recourante a été en mesure de s'exprimer. A cette occasion, ont été auditionnés divers témoins, à savoir le Dr L. _____, en sa qualité de médecin traitant, A. _____, employé du Café restaurant Y. _____, E. _____, tenancier de cet établissement et ami de la recourante et de sa famille, ainsi que les trois filles de l'assurée, B.B. _____, C.B. _____ et D.B. _____, de même que son assistante sociale, I. _____. S'agissant du témoignage de cette dernière et de celui de A. _____, la présence de la recourante au sein du Café restaurant Y. _____ a été pour l'essentiel confirmée sans que ces témoins n'eussent pu attester de l'exercice d'une activité lucrative. Ils ont en outre fait part de leurs impressions quant aux problèmes physiques et psychiques rencontrés par l'assurée. Le tenancier du Café restaurant Y. _____, E. _____, a par ailleurs indiqué fournir une assistance régulière à l'assurée à sa requête

et procéder à des vérifications fréquentes en cas d'indisponibilité de ses filles. Il a en outre maintenu que l'assurée ne travaillait pas dans son établissement et qu'elle n'était dès lors pas rémunérée. Quant aux témoignages des filles de l'assurée, il apparaît que ses deux cadettes ont quitté le domicile familial depuis plusieurs années, tandis que l'aînée fait ménage commun avec elle. De ce fait, B.B. _____ apporte soutien et assistance à sa mère en cas de besoin, étant précisé qu'elle est absente du domicile en semaine durant la journée du fait de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. Elle a déclaré assumer l'essentiel des tâches ménagères et administratives, tout en consacrant du temps pour sortir avec sa mère, pendant les week-ends. Elle a en outre précisé rappeler à sa mère périodiquement les médications à respecter. Cela étant, occasionnellement et à sa propre demande, sa mère était susceptible de lui préparer des plats simples au titre de repas du soir et d'effectuer quelques petites courses. Elle a exposé en outre la nécessité pour sa mère de ne pas être seule, raison pour laquelle elle ne déménageait pas. Dans ce même but, sa mère se rendait auprès des membres de sa famille, ainsi qu'au Café restaurant Y. _____ afin de socialiser et éviter de rester seule à son domicile. Elle a enfin indiqué qu'en son absence ses sœurs assuraient un soutien quotidien à leur mère en s'organisant entre elles, ce que les intéressées ont confirmé aux termes de leurs témoignages respectifs. Le Dr L. _____ a pour sa part déclaré notamment ce qui suit : « [...] [L'assurée] souffre d'un épisode dépressif récurrent profond enkysté avec une péjoration ces dernières années, soit environ depuis 2010-2011, avec des symptômes de la lignée psychotique d'apparition récente. Il y a un risque suicidaire évalué par les psychiatres et des propositions d'hospitalisation ont été suggérées, lesquelles n'ont pas toujours abouti. Il y a toujours la crainte d'être seule et d'un éventuel passage à l'acte. Elle a fait preuve d'un grand courage face aux événements de sa vie. Je vois ma patiente environ une fois par mois. Elle vient souvent seule, parfois accompagnée de ses filles. Je communique sans l'aide d'un interprète. Par rapport à la gestion du quotidien, elle est capable de gérer certaines tâches mais je pense qu'elle est beaucoup assistée de ses filles. Cela dépend des fluctuations de son état dépressif. Lorsque la situation est stable, elle est un peu plus en mesure de se gérer, mais je pense qu'elle ne pourrait pas tout assumer seule. Pour manger, elle serait susceptible de se faire un repas simple. Quant au ménage, je ne pense pas qu'elle pourrait l'accomplir pour des raisons somatiques, soit des douleurs rachidiennes et un syndrome pyramidal atypique. Sur questions de Me Duc, je précise que l'état global de [l'assurée] est multifactoriel. En phase de dépression et de douleurs, elle est difficilement en mesure de faire des courses. Par contre, quand la situation est stable, elle peut faire quelques achats. Ses possibilités dépendent des fluctuations du tableau psychique et somatique. Elle peut faire un œuf au plat p.ex et si elle va mieux, elle peut faire des plats plus élaborés. [...] Les phases durent des jours, voire des semaines, en fonction des circonstances. Il est difficile d'évaluer le nombre de décompensations depuis 2008, mais en tout cas, c'est plusieurs fois par année. Durant ces phases, quant à vivre seule, la situation ne s'est jamais présentée, vu la présence de ses filles. Sans elles, je pense que l'on prendrait de gros risques de passage à l'acte. S'agissant de la structuration de la journée de manière indépendante, je ne peux me prononcer que par rapport aux rendez-vous médicaux. Il n'y a aucun raté à cet égard. Je ne sais pas si c'est grâce aux filles de [l'assurée]. Je ne peux pas me prononcer pour le reste. Il y a un risque d'isolement social dans les phases de décompensation ; elle a tendance à refuser ou à ne pas donner suite à des aides extérieures. Ses filles sont d'une aide déterminante à cet égard. [...] Sur questions de l'intimé, je précise concernant la durée des phases de décompensation en termes de semaines qu'approximativement les crises représentent environ 3-4 mois par

année. Mais cette estimation est très aléatoire et difficile. En période favorable ou « haute », elle est capable d'aller vers l'autre mais à mon sens, elle ira toujours à la recherche des mêmes personnes compte tenu de son besoin de stabilité et de régularité, en raison de son syndrome post-traumatique. S'agissant des tâches ménagères, si elle est en bonne forme psychique, l'état somatique va suivre. Par contre en phase de décompensation, les problèmes somatiques s'accroissent. Je pense qu'elle est gênée dans les activités quotidiennes en raison du lien entre le psychisme et l'état somatique. J'ai été informé de l'activité dans le café-restaurant dans le contexte litigieux avec l'AI ; je ne lui ai pas recommandé préalablement cette activité ; je trouve a posteriori que c'est une bonne chose. Sur demande de Me Duc, je souligne que globalement à l'année, [l'assurée] ne pourrait pas à mon sens vivre seule. Elle a besoin d'une aide extérieure. Il ne s'agirait pas d'un accompagnement permanent, mais je pense qu'elle nécessite un soutien extérieur dont la fréquence est difficile à mesurer. J'imaginerais un passage quotidien du CMS, le recours à l'assistante sociale et une occupation dans un centre de soutien psychiatrique. Je suis très emprunté pour vous répondre. Ce soutien comprendrait aussi les phases hors décompensation. S'il n'y avait pas ses filles et son ami, il faudrait de l'aide pour qu'elle puisse gérer une partie de son quotidien. Les passages du CMS seraient sécuritaires, avec des vérifications de la situation globale, qui permettraient notamment d'éviter un passage à l'acte. Sur question de l'intimé, je rappelle que je la rencontre certes une fois par mois, mais qu'elle demeure suivie sur le plan psychiatrique régulièrement. La consultation une fois par mois est suffisante du fait de la présence des aidants naturels. Sans l'aide de tiers, l'assistance nécessaire par le CMS ou d'autres institutions dépasserait à mon avis largement deux heures par semaine ; une hospitalisation ou une intégration en institution ne serait toutefois pas nécessaire. Je pense que l'aide des proches, en particulier de ses filles, est capitale ; elles font plus que ce qu'elles devraient. [...] » A l'issue de l'audience en question, la recourante et l'intimé ont persisté dans leurs conclusions respectives. Me Duc a pour sa part produit la liste des activités déployées en faveur de sa mandante pour la période s'étendant du 6 janvier 2014 au 1^{er} juillet 2015. La cause a été gardée à juger sous réserve de plus amples mesures d'instruction. E n d r o i t : 1. 1.1 Les dispositions de la LPGGA (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 LPGGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGGA (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 LPGGA). 1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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). 1.3 In casu, le recours interjeté le 8 janvier 2014 contre la décision de l'OAI du 10 décembre 2013 a été interjeté en temps utile, qui plus est compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGGA). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à

une allocation pour impotent de l'AI au-delà du 31 mars 2012, prestation que l'intimé a supprimée par décision du 10 décembre 2013 dès la date précitée, motif pris d'une violation de l'obligation d'informer commise par l'assurée et faute de réalisation des conditions mises à la reconnaissance d'une impotence. Le présent litige s'inscrit dans le contexte d'une procédure de révision initiée d'office par l'OAI en date du 14 décembre 2010, tandis que la requête initiale d'allocation pour impotent, formulée par l'assurée le 21 janvier 2009, s'était soldée par la décision du 26 février 2010 d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible depuis janvier 2008. La décision de suppression entreprise fait par ailleurs suite à la suspension de l'allocation pour impotent, prononcée à titre provisionnel par décision de l'OAI du 26 mars 2012, confirmée par la Cour de céans par arrêt du 19 septembre 2012. Cette mesure provisionnelle avait été décidée par l'OAI après avoir obtenu les résultats de l'enquête conduite par un détective privé de novembre 2011 à janvier 2012, qui avait mis à jour l'exercice d'une activité régulière par l'assurée auprès du Café restaurant Y. _____ à [...]. L'on ajoutera que, sur le plan médical, l'OAI a fondé sa décision de suppression de l'allocation pour impotent sur les conclusions du rapport d'expertise communiqué par la Clinique W. _____ le 24 juin 2013, singulièrement sur les observations de l'expert psychiatre. Les décisions initiales d'octroi de la prestation en cause reposaient en revanche sur les constatations rapportées par l'enquêtrice de l'OAI à l'issue d'une enquête au domicile de l'assurée, effectuée le 14 septembre 2009. Le rapport corrélatif a toutefois été écarté de l'appréciation basant la décision actuellement entreprise. La recourante estime pour sa part que sa situation n'a pas changé depuis 2009 dans une mesure susceptible de constituer un motif de révision. Elle argue que son activité au sein du Café restaurant Y. _____ est de nature uniquement occupationnelle et exclurait également un éventuel motif de révision procédurale. Enfin, elle est d'avis que l'OAI n'était de toute façon pas habilitée à prononcer la suppression rétroactive de son droit à une allocation pour impotent. A cet égard, l'OAI a soutenu que l'assurée avait violé son obligation de renseigner ce qui légitimait l'application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), tandis qu'il aurait au surplus respecté le délai imposé par l'art. 67 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021). Compte tenu des arguments des parties, brièvement rappelés ci-dessus, il s'agira dans un premier temps de déterminer si l'assurée remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une allocation pour impotent, en particulier si elle a effectivement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens entendu par les dispositions légales et réglementaires applicables. A défaut, dans un second temps, il conviendra d'examiner si un motif de réexamen de son droit à une allocation pour impotent est survenu de nature à en entraîner la suppression. Dans cette hypothèse, il y aura enfin lieu de se prononcer sur les effets temporels d'une telle circonstance factuelle, au regard également de l'obligation d'information incombant à l'assurée.

3. 3.1 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). L'art. 42ter al. 1 LAI précise que le degré d'impotence est déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent. Celle-ci est versée individuellement et doit faciliter les choix dans les domaines centraux de la vie. L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). 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). 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 rappelle 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). 3.2 Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1 er janvier 2014, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références). 3.3 S'agissant de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens des art. 37 al. 3 let. e et 38 RAI, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que cette notion ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Dit accompagnement représente bien plutôt une aide

complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_425/2014 du

E. 26

septembre 2014 consid. 4.1 cité par la recourante ; 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2 ; 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3.1 ; 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 2). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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). Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ch. 8050 CIIAI ; ATF 133 V 450 consid. 9 et 10). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3 et ch. 8051 CIIAI). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI). Il n'y a enfin pas lieu de parler d'isolement si l'assuré entretient une relation avec un partenaire, exerce un emploi (même dans un atelier protégé) ou fréquente une structure d'accueil de jour (ch. 8052.2 CIIAI). (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1 ; 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173). La CIIAI souligne que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit ainsi avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique (cf. ch. 8040 CIIAI ; ATF 133 V 450 consid. 5). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI). N'est pas non plus déterminante la question de savoir si la personne assurée vit seule ou peut compter sur l'aide du conjoint, de parents ou d'enfants (ATF 133 V 450 consid. 5). En outre, relativement aux trois éventualités envisagées par l'art. 38 al. 1 RAI, le chiffre 8053 CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2 ; TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1 in fine ; 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2). 4. En l'espèce, l'assurée ne se prévaut pas sérieusement de difficultés dans l'accomplissement des

six actes ordinaires de la vie. Elle argue en revanche d'un besoin régulier d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, lequel se manifesterait dans les trois situations alternatives décrites à l'art. 38 al. 1 RAI. Il s'agit à ce stade de déterminer si tel est le cas au moyen des documents à disposition au dossier permettant de trancher cette question, soit essentiellement du rapport d'enquête à domicile du 21 septembre 2009, de l'expertise de la Clinique W._____ du 24 juin 2013 et des résultats des investigations conduites par le détective privé mandaté par l'OAI.

4.1 Concernant l'analyse des pièces médicales, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

4.2 Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que

s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2264 p. 610). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2). 4.3 In casu, le rapport d'enquête à domicile, établi le 21 septembre 2009, reprend les explications données sur place, telles qu'exposées par l'assurée et ses filles. L'enquêtrice n'a procédé à aucune vérification objective, notamment par une confrontation des déclarations consignées et des éléments médicaux versés au dossier. L'on observe en outre que ni les médecins traitants de l'assurée, ni le SMR – vu la validation dénuée de toute motivation des conclusions de l'enquête sur place par ce service en date du 2 décembre 2009 – ne s'est véritablement exprimé sur la question de l'impotence préalablement à l'octroi de cette prestation par décision du 26 février 2010. Il apparaît néanmoins qu'un avis médical étayé à cet égard se serait justifié précisément en présence de la problématique essentiellement psychique affectant la recourante afin de déterminer si les conclusions de l'enquête au domicile pouvaient être suivies (cf. jurisprudence citée sous considérant 4.2 supra). Cela étant, la question de la valeur probante du rapport d'enquête sur place du 21 septembre 2009 peut rester ouverte, en dépit des doutes légitimes quant à son objectivité. Il s'impose en effet de constater que les éléments médicaux et concrets réunis à l'occasion de la procédure de révision d'office justifient de s'écarter dudit rapport pour se prononcer en connaissance de cause sur la réalisation des conditions de l'impotence. Quoiqu'en dise la recourante, les observations de la Clinique W._____ à cet égard ont lieu d'être suivies, dans la mesure où le rapport communiqué le 24 juin 2013 remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés plus haut pour se voir accorder pleine valeur probante. Les experts de la Clinique W._____ ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de l'assurée, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète des rapports des médecins traitants de l'assurée et discuté l'ensemble des diagnostics évoqués dans son cas avant de faire part de leurs conclusions. Ces dernières, étayées et exemptes de contradictions, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques objectives. S'agissant de la notion d'impotence, si l'expert psychiatre de la Clinique W._____, le Dr T._____, s'est certes exprimé succinctement à cet égard, il n'en demeure pas moins que ses explications détaillées des troubles affectant la capacité de travail de la recourante, à l'inverse de sa capacité à faire aux nécessités du quotidien, emportent la conviction. Les conclusions de ce praticien eu égard à la question de l'impotence éventuelle de l'assurée ont par ailleurs été corroborées in concreto par les éléments ressortant de l'enquête conduite par le détective privé mandaté par l'OAI, soit au

vu de l'accomplissement d'une activité régulière hors du domicile, à laquelle elle s'est rendue seule, respectivement elle-même, et où elle a régulièrement des contacts avec des clients et des « collègues ». Partant, l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir écarté, à l'occasion de la révision d'office entamée le 14 décembre 2010, les observations consignées au terme de l'enquête sur place du 14 septembre 2009 au profit des appréciations médicales et des constats objectifs résultant de l'enquête du détective privé sur la vie quotidienne de l'assurée, laquelle porte sur une période de près de trois mois, en plus des observations déjà effectuées durant les mois précédents (de fin mars à début novembre 2011). 5. Relativement à la notion d'impotence, singulièrement du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, force est de nier en l'espèce la réalisation de l'une des situations alternatives prévues à l'art. 38 al. 1 RAI. En particulier, il apparaît peu vraisemblable que l'assurée ne soit pas en mesure de gérer sa vie quotidienne au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI. En l'absence de toute indication médicale parlant en faveur d'une impotence et au vu de la capacité de l'assurée à exécuter des activités simples au sein d'un café-restaurant, l'on peut retenir qu'elle est également susceptible de structurer sa journée et de faire face à des activités administratives simples, ou encore d'assurer son alimentation et son hygiène personnelle. Lorsque la recourante et ses filles déclarent que la première ne peut effectuer toutes les tâches administratives en raison de problèmes de la maîtrise de la langue française et de sa formation, ces empêchements ne relèvent pas de la maladie, mais sont d'ordre psycho-social et ne peuvent donc être pris en compte dans le cadre de l'AI. De plus, si la fille aînée, qui vit avec la recourante, a décidé à se charger de la prise en charge de la majeure partie du ménage, cela ne signifie pas que la recourante ne puisse pas vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne. Lorsqu'elle a été entendue par la Cour de céans, la recourante a tout de même admis pouvoir faire sa lessive. Les médecins de la Clinique W. _____ n'ont pas non plus retenu de réels obstacles, tant somatiques que psychiques, pour l'accomplissement des tâches ménagères. L'expert psychiatre a même constaté un potentiel non négligeable. Il a retenu que la recourante pouvait, selon ses propres dires, faire la vaisselle, mettre la table et procéder à des activités domestiques simples. Le fait que la recourante peut se charger de tâches ménagères correspond également aux constatations documentées par les prises de vues des détectives mandatés par l'OAI lors de leurs observations dans le café-restaurant où elle effectuait diverses tâches dans la cuisine et dans la salle. En outre, il ressort des témoignages que la recourante peut aussi prendre seule ses médicaments, sa fille aînée se limitant à préparer la boîte à médicaments pour la semaine (pilulier semainier) et à vérifier que sa mère ait pris les médicaments. S'il est certes reconnu que la recourante présente actuellement une atteinte à la santé qui justifie l'octroi d'une rente entière, il ne ressort néanmoins pas de toutes les informations recueillies qu'elle devrait être placée dans un home ou une clinique, si elle ne bénéficiait pas de l'aide ou de l'accompagnement de ses proches et devait vivre seule. Son médecin traitant ne l'a d'ailleurs pas non plus affirmé. Il est juste d'avis que sans le soutien de ses filles, la recourante aurait besoin du passage quotidien d'un collaborateur d'un service social pour vérifier que tout se passe bien. Il n'a toutefois pas spécifié ce besoin qui ne trouve par ailleurs pas de fondement dans l'expertise de la Clinique W. _____. Vu que la recourante peut se rendre et va spontanément et régulièrement, voire quotidiennement au café-restaurant ou auprès de ses frères et sœurs vivant dans le même village, lorsque sa fille aînée travaille, on ne voit donc pas dans quelle mesure, des visites quotidiennes seraient nécessaires. De même, étant donné la régularité de l'activité exercée auprès du Café restaurant Y. _____, telle qu'observée par le détective sollicité par

l'OAI, il faut considérer que l'assurée parvient à remplir les engagements du quotidien et à quitter son domicile pour honorer ses rendez-vous, que ce soit aux fins de loisirs ou de soins, dans le contexte prévu à l'art. 38 al. 1 let. b RAI. Enfin, eu égard à l'art. 38 al. 1 let. c RAI, il a été démontré – notamment par l'observation par les détectives, mais en fin de compte également par les témoignages recueillis lors de l'audience du 2 juillet 2015 – que la recourante est susceptible d'entretenir des contacts sociaux réguliers et usuels avec la clientèle et les collaborateurs du café-restaurant où elle déploie son activité et de maintenir des liens avec les personnes de son entourage, comme c'est le cas du gérant de l'établissement concerné, d'une ancienne enseignante de ses filles, de ses frères et sœurs, ainsi que de leurs conjoints. Si elle déplore quelques difficultés dans le contact avec ses petits-enfants, c'est uniquement parce qu'ils ne parlent ou ne comprennent que le français. L'on ajoutera que d'un point de vue médical, les experts de la Clinique W. _____ n'ont retenu aucune atteinte à la santé somatique qui soit de nature à requérir un besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ou un besoin quelconque d'accompagnement. Il en va de même sur le plan psychique, l'expert psychiatre ayant clairement exclu tout élément en faveur d'une impotence en l'occurrence. Les témoignages réunis à l'occasion de l'audience du 2 juillet 2015 ne sont par ailleurs pas susceptibles d'ébranler ces observations. Il ne ressort en effet aucunement des déclarations des témoins que l'assurée nécessiterait une aide régulière et importante dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Ces actes sont manifestement réalisés spontanément et sans aide externe, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas. Dans la mesure où le témoignage du propriétaire du café-restaurant pourrait être compris dans le sens que la recourante aurait besoin d'un accompagnement accru déterminant qu'il assurerait lui-même, il est retenu que ni les filles de la recourante, ni le médecin traitant ne l'ont relevé de la sorte. Certes, il doit être retenu l'attitude très positive de ce témoin dans la mesure où il permet à la recourante de venir dans son café-restaurant. Cependant, il est le seul à avoir déclaré qu'il accompagne la recourante quasiment partout, lorsque les filles ne sont pas disponibles. Pourtant, le médecin traitant, le Dr L. _____, ne l'a pas mentionné ainsi ; il ne pouvait pas non plus décrire la mesure de l'intervention dudit témoin dans le quotidien de la recourante, ce qui est singulier lorsqu'on considère le rôle que celui-ci s'attribue. Le témoignage de ce dernier ne rejoint pas davantage les constatations des détectives mandatés par l'OAI qui ont été documentées par des images et des vidéos. Les déclarations de ce témoin apparaissent donc peu pertinentes pour l'appréciation du cas. Quant à un éventuel besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 al. 1 RAI, il convient de remarquer que les témoins ont pour la plupart relaté que la recourante était en mesure de faire face à des activités simples du quotidien, telles que la préparation d'un repas frugal ou de petites courses. Ils ont également relevé que l'assurée était en mesure de se déplacer seule. Si le Dr L. _____ a certes exclu de telles activités en période de décompensation, il n'apparaît cependant pas à son sens que l'état dépressif de la recourante justifierait une mesure plus importante que des visites de surveillance. Il a par ailleurs expressément concédé que l'assurée se rendait seule à ses rendez-vous médicaux et recommandé l'activité occupationnelle déployée au sein du Café restaurant Y. _____. Ces éléments permettent manifestement d'exclure la réalisation des deux premières alternatives posées par l'art. 38 al. 1 RAI. Les phases de décompensation relevées par le Dr L. _____ ne permettent pas de reconnaître un droit durable à une allocation pour impotent. Il en va au demeurant de même de la situation envisagée par l'art. 38 al. 1 let. c RAI étant souligné que les témoins ont unanimement relevé l'entourage bienveillant de l'assurée, laquelle se trouve avoir des

contacts réguliers, voire quotidiens, avec les membres de sa famille et le voisinage, ainsi qu'avec la clientèle et les employés du Café restaurant Y._____. Etant rappelé que le risque purement hypothétique d'isolement durable ne suffit pas pour reconnaître un besoin d'accompagnement (cf. considérant 3.3 supra), il ne fait dès lors pas de doute que la recourante ne peut se prévaloir de cette disposition. L'on ajoutera que l'appréciation médicale, communiquée par le Dr L._____, n'est pas déterminante pour trancher le présent litige dans la mesure où celle-ci – forcément subjective – n'a pas été corroborée par des constats objectifs (p. ex. à l'occasion de visites à domicile). A l'instar de l'intimé, il faut déduire de ce qui précède que les conditions réglementaires permettant la reconnaissance d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, telles que développées dans la jurisprudence fédérale que cite la recourante elle-même, ne sont à l'évidence pas réunies in casu. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a considéré que le maintien d'une allocation pour impotent ne se justifiait pas. 6. Reste à déterminer si ce constat permet de conclure à l'existence d'un motif de réexamen des droits de l'assurée au sens entendu par l'art. 17 LPGA ou 53 LPGA. 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. Tout d'abord, 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. Une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a 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). 6.1 Selon 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. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). 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 I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2). 6.2 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 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 12 septembre 2011). 6.3 Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, relatif à la révision dite procédurale, 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. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt cantonal (TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA 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. 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 la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b ; 134 III 669 consid. 2.2 ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2 ; cf. pour la distinction entre la révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA et celle selon l'art. 17 LPGA, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd. 2009, n° 4 ad art. 17 LPGA). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux important 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. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal, respectivement l'administration, sur la base d'appréciation émanant d'autres médecins (ATF 127 V 353 précité ; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2). Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 24 consid. 4b ; TFA I 263/03 du 7 juillet 2003 consid. 2.3) La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (TF I 528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2). 7. En l'occurrence, ainsi qu'il a été exposé sous considérant 5 ci-avant, il ne fait pas de doute que la recourante ne réunit pas les éléments constitutifs d'une impotence, ce qui exclut la poursuite du versement de la prestation litigieuse. L'intimé a semblé tout d'abord soutenir que l'impotence s'était atténuée depuis ses décisions initiales d'octroi de l'allocation pour impotent, avant d'envisager que l'assurée eût fait de fausses déclarations à l'occasion de l'enquête à son domicile réalisée le 14 septembre 2009. Par ailleurs, il a également évoqué que son dossier apparaissait incomplet à la date desdites

décisions (cf. écriture de l'OAI du 23 septembre 2014). En l'occurrence, l'OAI a appris dans le cadre de la procédure de révision d'office de la rente et de l'allocation pour impotent, initiée le 14 décembre 2010, que la recourante avait débuté une activité auprès du Café restaurant Y. _____ à [...] a priori dans le courant de l'année 2011. Cette prise d'activité constitue assurément un « fait nouveau important » qui n'était pas connu de l'OAI malgré toute sa diligence, alors que l'assurée avait déclaré dans le questionnaire complété par ses soins le 23 décembre 2010 que son besoin d'aide pour établir des contacts sociaux et faire ses courses demeurait inchangé en l'absence de modification de son état de santé et de reprise d'activité. Ce fait peut à lui seul conduire à la révision procédurale des décisions initiales d'octroi d'allocation pour impotent au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, alors qu'il est également susceptible de révéler une modification substantielle de l'état de fait de nature à entraîner une révision en vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA. Cela étant, point n'est besoin de trancher en faveur de l'une ou de l'autre des dispositions légales précitées dans la mesure où les conséquences de cet élément de fait – la prise d'une activité régulière même qualifiée de purement occupationnelle – légitime de toute façon la suppression de la prestation querellée. En outre, l'effet rétroactif de cette suppression s'avère bien fondé compte tenu de ce qui suit.

8. 8.1 L'art. 35 al. 2 RAI prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis sont applicables. Le droit à l'allocation s'éteint notamment à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie. 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. 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). Cette disposition s'applique aussi bien à la révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA qu'à la révision sous l'angle de l'art. 17 LPGA (cf. sur cette question, Ueli Kieser, op. cit., n° 32 ss ad art. 17 LPGA).

8.2 A teneur de l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit ou ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En outre, l'art. 77 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

9. En l'espèce, il ne fait pas de doute que l'assurée avait dûment été renseignée sur son obligation d'informer l'OAI de toute modification de sa situation personnelle, ainsi que sur les conséquences en cas de violation de cette obligation. Il apparaît pourtant que la recourante n'a pas mentionné à l'OAI son activité au sein d'un café-restaurant. L'importance de ce changement, même en l'absence de toute rémunération, ne pouvait

clairement échapper à la recourante, qui au contraire avait allégué une situation stationnaire depuis 2009. Elle a par ailleurs eu l'occasion, ne serait-ce que lors de l'entretien du 24 juin 2011, de signaler cette modification en réponse aux questions sans équivoque posées par l'OAI. Il faut ainsi considérer, avec l'intimé, que l'assurée a effectivement violé son obligation de renseigner l'administration, telle que concrétisée par l'art. 77 RAI. Par application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI, l'intimé était légitimé à supprimer l'allocation pour impotent, précédemment allouée à l'assurée, avec effet rétroactif. Il apparaît au surplus que la date du 31 mars 2012, correspondant à la date de suspension de la prestation querellée, demeure en-deçà de la règle consacrée par l'art. 88bis al. 2 RAI et échappe dès lors à la critique. Quant au délai impartit par l'art. 67 al. 1 PA, pour autant qu'il soit effectivement applicable à l'administration, il apparaît de toute façon respecté. En effet, la suspension de l'allocation pour impotente servie à l'assurée a été décidée le 26 mars 2012, soit environ trois semaines après l'entretien passé avec la recourante le 8 mars 2012 et deux mois après le rapport transmis par le détective privé mandaté par l'OAI. Ultérieurement, dans le contexte de l'instruction de la procédure de révision où l'on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir tardé à statuer, un délai inférieur à 90 jours s'est écoulé entre l'avis du SMR du 13 août 2013 proposant la suppression de la prestation concernée et le projet de décision du 17 octobre 2013. Il y a donc lieu de confirmer le bien-fondé de la décision entreprise.

10. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 10 décembre 2013.

10.1 La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

10.2 Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

10.3 La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc à compter du 8 janvier 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Duc a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante en date du 2 juillet 2015. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès, l'avocat précité ayant fait état de vingt-quatre heures et cinq minutes déployées du 6 janvier 2014 au 1^{er} juillet 2015. Cela étant, la liste produite par Me Duc comprend non seulement l'activité assumée dans le cadre de la présente procédure, soit du litige AI sur le fond (cause AI 4/14), que celle assumée en lien avec la contestation du refus de l'assistance juridique gratuite en procédure administrative (cause AI 8/14). Cette dernière doit être retranchée de la présente procédure et sera prise en compte aux termes de l'arrêt spécifique corrélatif. Des heures retenues sur la liste des opérations, il y a lieu de déduire par ailleurs le poste du 4 février 2014 (entretien et

déplacement) de 2 heures et demie. Il ne correspond pas à des opérations justifiées dans le cadre de la présente procédure, les actes de recours ayant déjà été rédigés et remis au tribunal environ un mois auparavant et la réponse de l'intimée n'ayant pas encore été déposée. En ce qui concerne le dépôt du formulaire de demande d'assistance judiciaire pour la présente procédure, les opérations, notamment avec la transmission et le contrôle des pièces et du formulaire par l'avocat, se sont déroulées les 20, 22 et 27 janvier 2014 ainsi que le 12 février 2014. Les opérations du 4 février 2014 n'étaient donc pas non plus nécessaires à cet égard. De plus, ne sont à reconnaître pour chacune des diverses demandes de prolongation de délai, qui n'ont pas été motivées de manière particulière en l'espèce, que 5 minutes et non pas 15 minutes (cf. notamment opérations des 7 février, 5 et 26 mars 2014). En outre, il y a lieu d'ajouter quatre heures et trente minutes d'activité correspondant à la durée de l'audience du 2 juillet 2015. L'activité de Me Duc peut en définitive être arrêtée à vingt et une heures et quarante minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 50 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 4'266 fr. pour l'ensemble de l'activité assumée en la cause AI 4/14. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ.)

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