

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juillet 2015

Composition : M. MERZ, président
M. Berthoud et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.B. _____, à [...], recourante, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat,
à Lausanne,

et

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

**Art. 9, 17, 31 et 53 LPGA ; art. 42 et 42ter LAI ; art. 37, 38, 77, 88a
et 88bis RAI.**

E n f a i t :

A. A.B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante bosniaque née en 1968, veuve et mère de trois enfants désormais adultes, est entrée en Suisse en 1994.

Elle a travaillé en tant que vendeuse au sein de G._____ à [...] dès mars 2003 et s'est trouvée en incapacité de travail partielle à compter de septembre 2004 avant d'être en incapacité totale de travail pour une durée indéterminée dès octobre 2005, son état de santé psychique ayant nécessité plusieurs hospitalisations.

B. L'assurée a sollicité des prestations sous forme de rente de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par dépôt du formulaire ad hoc _____ le 24 novembre 2005. Elle y a fait mention d'une « dépression » présente depuis « quelques années ».

L'OAI a sollicité des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée et obtenu notamment un tirage du rapport d'expertise psychiatrique établi le 9 avril 2005 par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la demande de l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur. Il a dès lors soumis ces pièces au Service médical régional AI (ci-après : le SMR).

Dans son rapport d'examen du 31 octobre 2006, le Dr K._____, médecin au SMR, a considéré que l'assurée présentait principalement un « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques » et un « deuil pathologique » (CIM F32.2 et F43.2). Il a pris en considération les limitations fonctionnelles suivantes : « repli social, tristesse, anhédonie, troubles de concentration, de mémoire, incapacité générale, etc. ». Au vu des explications fournies par les médecins traitants, il a estimé au surplus que « malgré une prise en charge

adéquate, la situation [s'était] péjorée au point de rendre l'exigibilité médicale nulle en toute activité ». La capacité de travail de l'assurée était en définitive fixée à 50% d'octobre 2004 à septembre 2005 et qualifiée de nulle dès octobre 2005.

L'OAI a émis un projet d'acceptation de rente le 16 novembre 2006, envisageant d'octroyer à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2005 au 31 décembre 2005 sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, majorée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2006, compte tenu d'un degré d'invalidité de 100%. Les décisions corrélatives, arrêtant également le montant de la rente principale et des rentes pour enfants, ont été établies le 19 mars 2007 avec le concours de la caisse de compensation compétente.

L'attention de l'assurée a été dûment attirée, tant dans le projet de décision du 16 novembre 2006 que dans les décisions du 19 mars 2007, sur son obligation d'annoncer toute modification de sa situation personnelle ou économique susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations.

C. En date du 21 janvier 2009, l'assurée a formulé une requête d'allocation pour impotent, indiquant sur le formulaire officiel avoir besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie depuis août 2006, soit d'un accompagnement pour les activités et contacts hors du domicile en raison de « vertiges et évanouissements » imprévisibles, ainsi que de la présence d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable.

Procédant à l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée, réalisée le 14 septembre 2009. Le rapport correspondant, daté du lendemain, relate l'absence de tout besoin d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, à l'exception de l'acte « se déplacer », soit pour les déplacements hors du domicile et le maintien de contacts sociaux à compter d'octobre 2005. L'aide nécessaire à cet acte a cependant été prise en considération sous

l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. L'enquêtrice de l'OAI a en effet consigné les éléments suivants sous point 4.2 de son rapport :

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

Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?

Aide d'une amie qui vient 2x/jour pour soutenir l'assurée ainsi que de ses 3 filles qui sont âgées de 17 à 23 ans. L'assurée n'a aucune initiative, elle passe une grande partie de la journée couchée. Elle se dit faible et sans aucun courage, même stimulée par son entourage, notre assurée ne fait pas grand-chose.

Cette amie ainsi que ses filles rangent l'appartement, nettoient et passent l'aspirateur (env. 8h/sem.).

Le repas de midi est pris parfois chez sa mère ou alors ce sont les filles qui préparent le repas.

L'assurée ne prépare plus de repas car laisse brûler les aliments et risque de faire des accidents en renversant des mets brûlants sur ses mains, plusieurs accidents sont survenus. Lorsque l'assurée est seule, elle mange froid (env. 7h/sem.).

Son amie fait la lessive et le repassage (env. 3h/sem.).

Les courses se font avec son amie, la fille établit la liste des courses. Lorsque l'assurée tente de faire des achats, elle se retrouve dans le magasin et a oublié ce qu'elle venait y acheter (env. 4h/sem.).

Sa fille prépare les paiements et l'amie se rend à la poste pour faire les paiements (env. 1h/sem.).

Les médicaments sont préparés à la pharmacie et l'assurée se rend tous les 2 jours pour les chercher (env. 1h/sem.).

Env. 24h/sem.

4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile

Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?

L'assurée a des vertiges et n'ose pas sortir seule. Elle chute quelquefois dans la rue sans raison apparente. L'assurée est accompagnée pour toutes les activités extérieures.

L'assurée ne prend jamais le train seule, parfois elle est tellement confuse qu'elle n'est plus orientée dans l'espace et se perd.

Ses filles l'accompagnent pour acheter des vêtements. L'assurée a beaucoup de difficulté à être entourée de monde, elle se sent agoraphobe.

L'assurée craint le regard extérieur, elle se sent coupable de sa maladie et de son état.

Env. 2h/sem.

4.2.3 Présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable

Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?

L'assurée refuse de voir du monde. Elle s'isole, ne sort pas. Elle accepte de sortir uniquement dans sa famille sur incitation de celle-ci. La famille se déplace souvent à son domicile.

Env. 1h/sem. [...] »

Compte tenu de ces observations, l'enquêtrice de l'OAI a conclu à un besoin d'accompagnement chiffré à 24 heures par semaine depuis le mois d'octobre 2005. Elle a précisé que l'assurée souffrait « d'une dépression grave la rendant totalement incapable de faire face aux nécessités de la vie. Elle [pouvait] rester chez elle grâce à ses filles, à un réseau familial et à de nombreux amis. Les empêchements [étaient] importants, l'assurée ne prenant aucune initiative » (ch. 5 du rapport d'enquête).

En date du 2 décembre 2009, le SMR, sous la plume du Dr M._____, médecin, a validé ces conclusions en retenant une impotence de degré faible.

Un projet de décision a en conséquence été établi par l'OAI le 8 décembre 2009, par lequel il entendait mettre l'assurée au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible à compter de l'année précédant le dépôt de sa demande, soit dès le 1^{er} janvier 2008.

L'OAI a émis la décision en ce sens le 26 février 2010, indiquant les montants mensuels correspondant à l'allocation pour impotent de degré faible, soit 442 fr. en 2008 et 456 fr. dès 2009. Cette décision rappelait derechef à l'assurée son obligation d'informer sans délai l'OAI de toute modification de sa situation personnelle de nature à influencer sur le droit aux prestations.

D. En date du 14 décembre 2010, l'OAI a ouvert une procédure de révision d'office des droits de l'assurée à la rente et à l'allocation pour impotent en lui adressant un questionnaire à cette fin.

Aux termes de ce document, complété et signé par l'assurée le 23 décembre 2010, elle a fait part d'un état de santé stationnaire et précisé ne pas déployer d'activité lucrative. Elle a confirmé avoir toujours besoin d'aide pour établir des contacts sociaux et faire ses courses.

A réception de l'extrait du compte individuel (CI) de l'assurée, l'OAI a constaté que celle-ci avait réalisé un revenu de 372 fr. au service de la société Z. _____ SA en août 2009.

Par ailleurs, le Centre de psychiatrie H. _____ a adressé un rapport médical à l'OAI le 27 avril 2011, confirmant que l'état de santé de l'assurée pouvait être qualifié de stationnaire en présence des diagnostics de « trouble dépressif récurrent », « trouble somatoforme sans précision », « deuil pathologique » et « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». Les psychiatres dudit centre ont souligné la « persistance d'une symptomatologie dépressive, une perte d'élan vital, perte d'intérêt à vivre, un isolement social, s'aggravant de plus en plus, à tel point que les filles [quittaient] le domicile parental ». La patiente « [gardait] toujours des idées suicidaires parfois scénarisées, des difficultés à s'occuper des tâches ménagères, un désespoir profond, une importante fatigabilité, une tristesse, des troubles importants de la concentration et de la mémoire ». Ils ont estimé que l'exercice d'une activité lucrative était impossible et préconisé la poursuite d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, en sus d'un suivi psychiatrique intégré de soutien.

Le 24 juin 2011, l'assurée a été convoquée pour un entretien dans les locaux de l'OAI. A teneur du procès-verbal du même jour, l'assurée aurait notamment été questionnée sur le déroulement de ses journées, ses réponses ayant été consignées en ces termes :

« [...] Elle nous répond qu'elle ne mange pas à la maison ; elle va chez son frère qui loge dans le même immeuble. Elle n'a pas d'heure fixe pour se lever mais quand elle se réveille, elle n'arrive pas à se rendormir et sort tout de suite de son lit. Après, elle regarde par la fenêtre, pleure, mais ne va pas se promener car elle aurait honte de se promener seule à 7h du matin. Elle déjeune chez sa belle-sœur avec qui elle parle des fois. Quand elle ne travaille pas, elle et l'assurée vont parfois se promener. Elle nous fait remarquer que toute sa famille habite à [...], fait qu'elle n'aime pas forcément car elle ne veut pas montrer ses problèmes aux autres. Sinon elle ne fait rien car elle n'arrive pas à se concentrer et du coup, elle fait « des bêtises ». [...]

En ce qui concerne la vie professionnelle de [l'assurée], nous lui demandons en quoi consistait l'activité chez Z. _____ SA

apparaissant au CI. Elle nous répond seulement que sa fille a remplacé sa belle-sœur durant 2 semaines... Sinon, elle a travaillé chez G._____ de 2002 jusqu'en 2005. Après, elle nous dit à nouveau qu'elle n'arrive pas et qu'elle ne pourrait pas. Elle nous fait également remarquer que lorsqu'elle est arrivée en Suisse, il y avait régulièrement des petites mésententes entre son médecin et elle à propos de son taux de travail, il trouvait qu'elle travaillait trop avec 3 enfants en bas âge.

Finalement, nous lui demandons si elle a des questions. L'assurée nous rétorque qu'elle n'a envie de rien et qu'elle n'a pas envie d'aller plus loin. [...] »

L'OAI, en mettant fin à cet entretien, aurait mis en exergue à l'attention de l'assurée son obligation d'informer notamment de tout changement de statut ou de reprise d'activité.

E. En début d'année 2011, l'OAI a reçu diverses informations selon lesquelles l'assurée aurait repris une activité au sein du Café restaurant Y._____ à [...].

Saisi du dossier, son Service de lutte contre la fraude (LFA) a établi une communication le 2 février 2012, relatant que des collaborateurs de l'OAI auraient vu l'assurée occupée à la préparation de mets ainsi que parfois au service en salle du café-restaurant précité, ce à l'occasion de sept passages sur huit, effectués de manière aléatoire entre fin mars et début novembre 2011.

Dans l'intervalle, le 27 septembre 2011, le Service LFA a mandaté un détective afin de surveiller l'assurée. Un rapport a été rédigé le 28 janvier 2012 à l'attention de l'OAI, document dont il ressort notamment ce qui suit:

« [...] Lors des observations effectuées de manière aléatoire durant les mois de novembre - décembre 2011 et janvier 2012, Madame A.B._____ a été chaque jour observée alors qu'elle travaillait dans la cuisine et parfois en salle dans le café restaurant [...]. Lors des repas de midi, Madame A.B._____, se trouve plutôt en cuisine, en principe seule. Lors des repas du soir, Madame A.B._____ commence la soirée en cuisine puis lorsque la sommelière quitte les lieux, entre 20h et 21h, Madame A.B._____ officie aussi au service en salle. Lorsqu'elle se trouve à cet endroit, Madame A.B._____ prépare les couverts, prend les commandes, effectue le service, débarrasse les tables, répond au téléphone. A noter qu'un homme, le pizzaïolo, est aussi présent pour les repas de midi et le soir. Ce

café-restaurant est fréquenté par une clientèle locale et d'habitues. Madame A.B._____ est à l'aise avec les clients, elle discute, rigole avec le personnel et la clientèle. Les observations menées sur la personne de Madame A.B._____ ont eu lieu le mardi 08 novembre 2011, le mercredi 09 novembre 2011, le lundi 21 novembre 2011, le mardi 22 novembre 2011, le jeudi 1 décembre 2011, le vendredi 02 décembre 2011, le lundi 19 décembre 2011, le vendredi 13 janvier 2012, le lundi 16 janvier 2012 et le 17 janvier 2012. [...] »

Suivent dans ledit rapport les détails de tous les jours d'observation, où il apparaît que l'assurée a travaillé pendant plusieurs heures de suite, à répétées reprises et non uniquement occasionnellement, aussi bien à la cuisine qu'au service du café-restaurant.

Le 7 mars 2012, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a indiqué ne pas avoir vu sa patiente depuis avril 2011. Il a annexé un tirage de son rapport du 5 avril 2011 à l'attention du Dr L._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, où il avait fait part de son appréciation du cas comme suit :

« [...] Le syndrome parkinsonien, comme vous l'avez vous-même noté, s'est bien aggravé, toujours asymétrique, prédominant à droite sous forme akinéto-rigide. Les répercussions sur la vie courante semblent anamnesticquement très limitées. La patiente n'avait pas répondu de façon très nette à un traitement dopaminergique il y a cinq ans mais elle désire recommencer le traitement car elle se sent gênée.

L'extrême apathie comportementale peut faire partie des signes des syndromes parkinsoniens et peut naturellement également être le signe d'un état dépressif chronifié. Je ne sais pas si vous avez une évaluation psychiatrique adéquate notamment par rapport aux traumatismes psychologiques qu'elle a subi, comme elle parle relativement bien le français, si cela n'a pas été fait, je pense que cela vaut la peine de reprendre une évaluation de ce côté, cette femme ayant vraiment une vie misérable. [...] »

L'OAI a convoqué l'assurée à un second entretien, lequel s'est déroulé le 8 mars 2012 dans ses locaux de Vevey. Dans un premier temps, sur le plan médical, l'assurée a affirmé avoir constaté une évolution négative de sa maladie de Parkinson survenue courant 2006 et de sa dépression. Sur le plan social, elle a en second lieu confirmé ses déclarations du 24 juin 2011. Elle ne verrait que quelques personnes de sa famille, qui habitent toutes dans son immeuble ainsi qu'une ou deux

connaissances de [...]. Elle passerait la majeure partie de son temps seule dans son appartement. Elle n'aurait pas repris d'activité professionnelle et n'en serait pas capable. Sur présentation de photographies la montrant à l'œuvre dans le Café restaurant Y._____, elle a déclaré ne s'y rendre qu'une ou deux fois par semaine depuis trois ou quatre mois « pour y passer un peu de temps avec le personnel », sans toutefois n'avoir jamais touché de salaire. Au surplus, le procès-verbal d'entretien, établi le 9 mars 2012, est libellé en ces termes :

« [...] Toujours après un silence et avec un calme certain, elle reconnaît avoir bien passé du temps dans cet établissement mais de n'y avoir jamais gagné d'argent. Elle revient une fois encore sur son besoin de remercier une personne qui lui a beaucoup apporté, l'a aidée lors de moments difficiles qu'elle a traversés. Elle explique aussi qu'il est plus facile qu'elle-même se déplace au restaurant plutôt que [...] vienne la voir, la surveiller directement à son domicile. Nous insistons sur les éléments en notre possession, notamment l'activité menée dans cet établissement par notre assurée. Elle ne donne aucun élément supplémentaire, sur son temps, sur son emploi du temps dans ce lieux mais insiste « n'avoir jamais touché un centime » comme elle dit.

La fin de l'entretien est une longue discussion au sujet de la différence entre une capacité de travail et de gain, d'une activité avec ou sans salaire, etc...Elle réitère une fois encore les difficiles moments vécus par le passé, ses atteintes à sa santé. Elle ne comprend pas pourquoi nous remettons en cause les diagnostics posés par ses médecins. Nous la rassurons qu'en l'état nous constatons uniquement chez elle la présence d'une capacité de travail. Elle admet tout de même n'avoir jamais parlé à ses médecins de son « emploi du temps » dans le café-restaurant et s'est engagée à le faire tout prochainement. [...]

Finalement, nous l'informons que de ce qui précède et des éléments en notre possession, nous allons procéder à une suspension de sa rente. Elle fait état de son incompréhension, de ses futures difficultés financières et répète une dernière fois qu'en l'absence de salaire, elle ne considère pas son « activité » comme un travail. [...] »

F. Par décisions du 26 mars 2012, l'OAI a prononcé la suspension à titre provisionnel de la rente d'invalidité et de l'allocation pour impotent de l'assurée avec effet au 31 mars 2012 jusqu'à droit connu sur l'issue de la procédure de révision du droit à ces prestations. Il a retenu que l'assurée aurait travaillé régulièrement dans un café-restaurant sans avoir annoncé sa reprise d'activité, ce qui était constitutif d'une violation de l'obligation de renseigner. Une nouvelle décision, annulant et remplaçant celle du 26 mars 2012 eu égard à la suspension de la rente d'invalidité, a

été émise le 29 mars 2012 en vue de corriger une erreur de plume. La suspension des prestations concernées a par ailleurs été confirmée par une décision d'exécution du 10 avril 2012 expédiée par l'intermédiaire de la caisse de compensation compétente.

Représentée par un conseil en la personne de Me Jean-Michel Duc, l'assurée a recouru contre la décision du 29 mars 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 avril 2012, requérant le bénéfice de l'assistance judiciaire et concluant à la reprise du versement de la rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2012 (cause AI 81/12).

Poursuivant l'instruction du dossier de l'assurée, l'OAI a requis un rapport médical auprès de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire (UPA) d'[...] qui a été complété le 15 mai 2012. Les psychiatres en charge du suivi de l'assurée ont relaté un état de santé aggravé depuis mars 2012, soit « une augmentation des symptômes anxio-dépressifs, comme l'irritabilité, les difficultés de concentration, tension musculaire, perturbation du sommeil avec des cauchemars et des réveils précoces, anxiété excessive et des attaques de panique », ainsi qu'au niveau de l'humeur « une baisse de moral avec une incapacité à éprouver du plaisir, un retrait social important, l'absence de motivation, perte de poids et perte de l'énergie, céphalées et idées suicidaire scénarisées ». Les diagnostics retenus étaient ceux de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques » depuis mars 2012, « trouble somatoforme sans précision », « modification de la personnalité après une expérience de catastrophe » et « deuil pathologique ». L'incapacité de travail demeurait totale et le pronostic défavorable.

Le Dr L._____ a également adressé un rapport à l'OAI le 6 juillet 2012, attestant que sa patiente présentait un « état dépressif sévère », un « syndrome de stress post-traumatique » et un « syndrome parkinsonien » entravant durablement la capacité de travail. Il a en outre joint un rapport d'hospitalisation de l'assurée pour la période du 20 au 26 mars 2012 des suites d'une décompensation anxio-dépressive.

Par arrêt du 19 septembre 2012 (AI 81/12 – 306/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de suspension de rente du 29 mars 2012, au vu de l'exercice d'une activité régulière, telle que ressortant de l'enquête diligentée par l'OAI, et des doutes sérieux en découlant quant à la persistance d'une incapacité totale de travail. Cet arrêt cantonal est entré en force, compte tenu de l'irrecevabilité du recours interjeté à son encontre, prononcée par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 17 avril 2013 (en la cause 9C_867/2012). La cour cantonale a notamment retenu ce qui suit au considérant 4a et b de son arrêt :

« **4. a)** L'intimé a reçu début 2011 diverses informations de la Caisse cantonale vaudoise de compensation expliquant notamment que la recourante aurait repris une activité dans un café-restaurant de son lieu de domicile. Par la suite, il a effectué entre fin mars et début novembre 2011 huit passages entre 11 et 14 heures au café-restaurant indiqué. A sept reprises, l'assurée a été vue en train d'œuvrer en cuisine ou au service dans la salle. Ce n'est que lors du premier passage qu'elle n'a pas été observée dans l'établissement public.

Durant cette enquête, la recourante a été convoquée au 24 juin 2011 dans les bureaux de l'OAI pour un entretien. Lors de celui-ci, l'OAI n'a pas fait allusion à la présence de l'assurée dans le café-restaurant. Questionnée sur le déroulement de ses journées, la recourante a répondu qu'elle ne faisait rien à part parfois aller se promener avec sa belle-sœur, parler avec elle et manger chez elle ou chez son frère qui loge dans le même immeuble. Selon la note d'entretien, la recourante aurait été informée, au terme de l'entretien, de son obligation de renseigner notamment de tout changement de statut et de la reprise d'une activité.

L'intimé a finalement mandaté un bureau de détectives pour une observation (sur l'admissibilité d'une telle mesure, cf. ATF 137 I 327, JT 2012 I 125) ; celle-ci s'est déroulée entre novembre 2011 et janvier 2012 et a donné lieu à un rapport détaillé et illustré par des images. Lors des dix jours de surveillance des détectives, les 8, 9, 21 et 22 novembre 2011, les 1^{er}, 2 et 19 décembre 2011 ainsi que les 13, 16 et 17 janvier 2012, la recourante a été à chaque fois vue en train d'œuvrer dans le café-restaurant souvent munie d'un tablier, soit en cuisine à la préparation de mets, soit au service de la clientèle de l'établissement. Quatre observations ont eu lieu sur la période de midi et six sur la majeure partie de la journée. Selon ces observations, la recourante accomplissait des services de midi d'une durée de trois à quatre heures et du soir d'un temps horaire supérieure, soit durant quatre à cinq heures. Ses diverses activités impliquaient, entre autres, un travail parfois seule dans la cuisine, la prise de commandes, le service aux tables, le débarrassage des tables, la préparation des couverts, l'approvisionnement, le

rangement, le nettoyage, l'évacuation des déchets, la levée du courrier et la fermeture de l'établissement. Il est aussi relevé que la recourante donnait fréquemment au travers de ses sourires des signes de bien-être au contact de ses collègues employées ou des clients de l'établissement.

Le 8 mars 2012, l'intimé a derechef auditionné la recourante dans ses locaux. Dans un premier temps, l'intéressée a confirmé ce qu'elle avait déjà expliqué le 24 juin 2011: il n'y aurait pas de changement dans sa situation; elle n'aurait pas repris d'activité et n'en serait pas capable. Puis, sur présentation d'une photo qui la montrait travaillant en tant que serveuse, elle a expliqué avoir dû remplacer sa fille ce jour-là. Lorsque, par la suite, l'intimé lui a présenté d'autres photos d'elle oeuvrant dans l'établissement habillée d'autres vêtements, elle a déclaré se rendre une à deux fois par semaine dans l'établissement depuis trois ou quatre mois pour y passer un peu de temps avec le personnel. Elle a insisté sur le fait qu'elle n'avait jamais touché de salaire.

b) Même si la recourante conteste avoir touché un salaire, elle a en définitive admis, dans son écriture du 10 juillet 2012, avoir passé presque tous les jours plusieurs heures dans le café-restaurant où elle aidait au service et à la cuisine. En connaissance des reproches de l'OAI et du rapport des détectives du 28 janvier 2012, elle n'a pas contesté explicitement, et encore moins de manière circonstanciée, les faits qui ont été retenus à son encontre. Elle se contente de remarquer que la conclusion de l'OAI, selon laquelle elle serait active en qualité de collaboratrice au sein de l'établissement, serait totalement fausse et contestée.

Vu les constatations faites lors de l'enquête, qui ont été évoquées ci-dessus, il apparaît établi, au degré de vraisemblance prépondérante, que la recourante a eu une activité régulière de plusieurs heures par jour dans le café-restaurant, quand bien même elle touchait une rente entière de l'assurance-invalidité au motif qu'elle était en incapacité de travail totale. Elle n'en a jamais informé l'OAI, malgré le fait qu'elle avait été rendue attentive à plusieurs reprises à son obligation de renseigner. Vu son activité régulière, exercée plusieurs heures par jour, elle devait savoir que cela pouvait avoir une influence sur son droit aux prestations, puisque celles-ci lui avaient été octroyées au motif qu'elle ne pouvait plus exercer aucune activité et que sa dépression rendait les contacts sociaux très difficiles.

Les explications de la recourante, selon lesquelles son activité serait juste « occupationnelle » et son rendement insuffisant pour permettre un engagement, ne sont pas crédibles. Elles sont contredites par les constatations faites lors de l'enquête qui, de plus, sont étayées par des vidéos et photographies. Il est à cet égard renvoyé au rapport des détectives du 28 janvier 2012.

Dans cette mesure, il n'est d'aucun intérêt de savoir si la recourante a reçu un salaire pour son travail au restaurant et si elle avait un contrat (formel) de travail avec l'établissement, respectivement quels rapports elle entretient avec les tenanciers du café-restaurant. Il en va uniquement ici de sa capacité de travail. L'intimé devra évaluer dans le cadre de la révision, qui est encore en

cours, le taux d'invalidité dans une activité adaptée. Eu égard aux circonstances, il y a de sérieux doutes que la recourante présente – toujours – une incapacité de travail totale qui lui permette de toucher les mêmes prestations que jusqu'alors. [...] »

G. Dans l'intervalle, l'OAI, après consultation du SMR, a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, soit rhumatologique, neurologique et psychiatrique, de l'assurée, selon communication en ce sens du 22 novembre 2012. Le mandat a été confié formellement à la Clinique W._____ le 26 février 2013, où les Drs S._____, spécialiste en neurologie, R._____, directeur médical adjoint, V._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens cliniques de l'assurée du 13 au 15 mai 2013. Leur rapport d'évaluation pluridisciplinaire a été produit le 24 juin 2013.

Les experts ont retenu, au terme de leur consilium, les diagnostics suivants susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.1) ;
- trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7).

Etaient également relevés des diagnostics sans incidence sur dite capacité, à savoir :

- hypercyphose dorsale (M41.96) ;
- hallux valgus droit ;
- état douloureux chronique diffus ;
- surcharge pondérale (E66.9) ;
- psoriasis cutané (L40.9) ;
- hypotension orthostatique (I95.9) ;
- reflux gastro-œsophagien anamnestique (K21.9) ;
- nodulose d'Heberden (M15.1).

L'appréciation de la situation par les experts est libellée notamment en ces termes :

« [...] Physiquement, on note la présence d'une surcharge pondérale avec un psoriasis cutané, une nodulose d'Heberden avec des troubles statiques rachidiens chez une patiente présentant un reflux gastro-œsophagien anamnestique et une hypotension orthostatique. Nos consultants en médecine interne et en rhumatologie, ne

retiennent aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Du point de vue neurologique, nous relevons une hypertonie de l'hémicorps droit, variable, sans nette phénomène de la roue dentée ni bradycinésie ni trémor. Cette hypertonie disparaît lorsque la patiente est distraite, par exemple lorsqu'elle est assise et que l'on teste le tonus du membre supérieur droit en posant des questions à la patiente. La démarche est physiologique, sans raccourcissement des pas ni festination, ni blocage. Ainsi en l'absence d'aggravation des pseudo-signes extra-pyramidaux mis en évidence par le Dr D._____, on ne retient pas de limitation à une capacité de travail, ce qui a déjà été démontré lors des activités occupationnelles qu'a pratiqué la patiente avant la suspension des prestations AI.

Du point de vue cognitif, l'examen neuropsychologique, réalisé auprès d'une patiente ralentie, asthénique, peu expressive, nous constatons des déficits aux épreuves de mémoire verbale et visuelle, d'incitation, d'inhibition, de programmation motrice et de raisonnement opératoire. Ces déficits affectent les épreuves nécessitant un investissement attentionnel, indépendants de leur complexité. Cependant, ces résultats sont à interpréter dans le cadre de la symptomatologie psychiatrique.

En effet, selon notre consultant psychiatre, la patiente souffre d'un réel trouble psychiatrique et ne présente pas de trouble factice ou de quelque autre manipulation volontaire. Elle présente des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et des troubles dissociatifs (de conversion mixte).

Ces troubles justifient actuellement une incapacité de travail entière par le fait de l'asthénie et des répercussions fonctionnelles, motrices et sensorielles du trouble, mais sans indication psychiatrique pour une impotence. Cependant, la patiente nous est apparue intelligente, disposant d'un potentiel non négligeable, plaidant pour la mise en œuvre de mesures d'observation professionnelles qui pourraient déboucher sur des mesures de réadaptation, bien que sa capacité de travail ne débouchera probablement pas [sur] plus de 50%. Cette mise en œuvre d'observation professionnelle pourrait débiter sur la base d'une activité occupationnelle, comme déjà pratiqué avec un accompagnement bienveillant, éventuellement en atelier protégé afin que la patiente puisse reprendre confiance en elle et augmenter progressivement son temps de travail et qui probablement ne dépassera pas le 50%. »

Sur le plan psychiatrique, le rapport du Dr T._____ du 16 mai 2013 précise ce qui suit :

« [...] [L'assurée] vient en Suisse dans des conditions très anxiogènes en 1993, y apprend un français passable et travaille durant environ 8 ans comme femme de ménage et vendeuse. Elle a élevé ses trois filles, lesquelles ont bien réussi, en partie seule avec l'aide de sa famille. Cette capacité adaptative, somme toute satisfaisante durant la première phase de son séjour helvétique m'incite à exclure le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

On ne note en effet dans l'anamnèse personnelle pas de signe évoquant un stress post-traumatique, qui précède parfois ce type de

modification de la personnalité. Le long délai entre la survenue des symptômes et l'exposition à la situation traumatogène va également contre cette hypothèse diagnostique.

[L'assurée] a vu son espoir de retrouver son mari diminuer progressivement jusqu'à l'objectivation du décès par des tests génétiques. Elle développe avant cet événement un état dépressif qui se structure et se pérennise progressivement. Une cohorte de symptômes de la sphère somatique, qui font même penser vers 2006 à une maladie de Parkinson, accompagne ce processus. La mort du père, qu'elle dit, non sans culpabilité, avoir anticipée (« j'avais vu qu'il était moins bien ») constitue en 2006 un autre élément dépressogène qu'elle n'a toujours pas pu surmonter.

[...]

L'évolution durant la seconde partie de la décennie 2000 et le début de la décennie 2010 n'est globalement pas bonne. Des symptômes sur le versant somatique sont de plus en plus présents en association avec le trouble de l'humeur. Ces symptômes sont diffus, touchent plusieurs systèmes et concernent aussi bien l'élément moteur que l'élément sensoriel. On trouve ainsi des chutes, des moments de faiblesse, des troubles de la déglutition et une boule œsophagienne. Les symptômes touchant de préférence l'hémicorps droit surviennent, dit-elle, lors des situations de plus grande tension psychique. On note également des troubles des organes des sens avec notamment des cénesthésies et des troubles de la vision. Des signes dissociatifs sont rapportés sous forme de moments de confusion et d'amnésie. Je note enfin des hallucinations auditives, se rapportant à la personne de feu son mari, chez un sujet ne présentant pas les linéaments d'une personnalité psychotique.

Au plan psychodynamique je constate que l'imgo paternelle est très idéalisée ce qui, mis en perspective avec les éléments cliniques à disposition, va dans le sens d'un fonctionnement hystérique de la personnalité. Les divers symptômes, dans un contexte de forte détresse existentielle (décès des hommes significatifs, traumatisme de la sœur et décès de 3 neveux) évoquent des troubles dissociatifs touchant aussi bien la motricité (elle évoque également une dysphonie) que les organes des sens. Ces symptômes sont notoirement fluctuants. Je propose le diagnostic de trouble dissociatif mixte compte tenu de l'association des éléments moteurs et sensoriels.

A mon avis, cette assurée souffre d'un réel trouble psychiatrique et ne m'est pas apparue comme relevant d'un trouble factice ou de quelque autre manipulation volontaire.

Le psychisme humain est ainsi fait qu'il est ondoyant et que des embellies peuvent être enregistrées y compris dans le cadre de troubles psychiques graves. Dans le cas de cette assurée, si l'on en croit sa description, son niveau d'activité au restaurant n'était guère supérieur à celui qu'on demande à des malades psychiatriques intégrés à un hôpital de jour (vaisselle, mettre la table, activités domestiques simples).

[...]

Actuellement, l'incapacité de travail m'apparaît entière par le fait de l'asthénie et les répercussions fonctionnelles, motrices et sensorielles, du trouble.

Par contre je n'ai pas d'indication psychiatrique pour une impotence. Cette assurée, qui m'est apparue intelligente, semble toutefois disposer d'un potentiel non négligeable plaidant pour la mise en œuvre de mesures d'observation professionnelle qui pourraient

déboucher sur des mesures de réadaptation bien que sa capacité de travail ne dépassera probablement pas les 50%. [...] »

Sollicité pour avis, le SMR par le biais de la Dresse Q._____, médecin, s'est rallié aux conclusions de la Clinique W._____ dans un avis du 13 août 2013. Eu égard au droit à l'allocation pour impotent, il a constaté que celui-ci n'était pas ouvert vu les « discordances entre les allégations de handicap de l'assurée et les constatations objectives », relevant que l'assurée était « autonome », « [s'exprimait] dans un excellent français compte tenu de son origine, se [dévêtait], se [déplaçait] et [communiquait] sans aucune aide externe ». Le SMR a au surplus proposé, sur le plan de la capacité de travail, que des mesures de réadaptation, telles que des mesures de réinsertion, fussent envisagées sous suite de réévaluation de la situation à leur issue.

H. Par correspondance de son mandataire du 4 septembre 2013, l'assurée a requis l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative, que l'OAI a projeté de refuser le 19 septembre 2013, observant que la procédure n'en était pas à un stade contentieux. Il a souligné qu'une convocation de l'assurée à un entretien, datée du 9 septembre 2013, ne permettait pas davantage de déduire quelconque litige, et qu'elle se trouverait d'ailleurs assistée à cette occasion par une assistante sociale.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 27 septembre 2013 rappelant avoir fait l'objet d'une décision de suspension de sa rente d'invalidité à compter du 31 mars 2012. Elle a indiqué au surplus que son assistante sociale avait précisément contacté Me Duc en raison de la complexité de son dossier et qu'elle-même ne maîtrisait pas la langue française dans ce contexte, concluant dès lors à l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

Le 11 octobre 2013, l'assurée s'est rendue à un entretien agendé par l'OAI dans ses bureaux à Vevey, en compagnie de son assistante sociale et de Me Duc. A cette occasion, elle a indiqué continuer à se rendre

régulièrement au Café restaurant Y._____ pour y exercer une activité occupationnelle non rémunérée, précisant qu'en l'absence de rémunération elle n'avait pas jugé utile d'informer l'OAI de cette reprise d'activité. Ce dernier a pour sa part exposé qu'il entendait mettre en œuvre des mesures professionnelles, soit notamment des mesures de réinsertion, après avoir rétabli le droit à la rente, et décider de la suppression rétroactive de l'allocation pour impotent.

Par prononcé du même jour, l'OAI a enjoint la caisse de compensation compétente à rétablir le versement de la rente d'invalidité à partir de la date à laquelle elle avait été suspendue, à savoir dès le 1^{er} avril 2012, compte tenu du maintien d'un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} janvier 2006 dans le cas de l'assurée.

L'OAI a en outre établi un projet de suppression de l'allocation pour impotent en date du 17 octobre 2013, considérant que le droit à cette prestation n'était plus rempli vu la reprise d'activité lucrative par l'assurée et les constats consignés dans le rapport d'expertise de la Clinique W._____. Prenant en compte une violation de l'obligation d'informer de l'assurée, l'OAI a retenu que la suppression de la prestation en cause devait déployer ses effets dès le 31 mars 2012, qui correspondait à la suspension effective du versement de l'allocation pour impotent.

Par décisions des 22 octobre 2013 et 11 novembre 2013, l'OAI a rétabli la rente entière d'invalidité de l'assurée et fixé les montants des prestations dues par l'intermédiaire de la caisse de compensation compétente.

Dans l'intervalle, l'assurée a communiqué ses objections à l'encontre du projet de suppression de l'allocation pour impotent du 17 octobre 2013, par écriture de son avocat du 29 octobre 2013. Reprenant les dispositions légales et directives administratives traitant de cette prestation, elle a estimé que les conditions y afférentes étaient réalisées dans son cas, l'activité exercée auprès du Café restaurant Y._____ s'inscrivant précisément dans le cadre d'un accompagnement pour faire

face aux nécessités de la vie et prévenir un isolement durable. Elle a derechef sollicité l'assistance juridique gratuite dans le cadre de la procédure administrative.

Par décision du 20 novembre 2013, où il a repris les termes de son projet du 19 septembre 2013, l'OAI a prononcé le refus de l'assistance juridique gratuite en procédure administrative.

En outre, il a établi une décision de suppression de l'allocation pour impotent le 10 décembre 2013, laquelle est de teneur identique au projet correspondant du 17 octobre 2013.

I. L'assurée, avec le concours de Me Duc, a déféré les deux décisions précitées à la Cour des assurances sociales du Tribunal par actes de recours séparés.

Le premier, daté du 8 janvier 2014, a trait à la suppression de l'allocation pour impotent, l'assurée considérant qu'elle remplissait toujours les conditions mises à la reconnaissance de cette prestation. Après avoir énoncé les dispositions légales et réglementaires, ainsi que les directives administratives et la jurisprudence fédérale, elle a réitéré nécessiter un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et prévenir un risque d'isolement durable. Elle a par ailleurs rappelé que la modification du droit à l'allocation pour impotent obéissait aux mêmes règles que celles applicables en matière de rente, ce qui n'avait pas été respecté en l'espèce. Elle a dès lors conclu au maintien de l'allocation pour impotent au-delà du 31 mars 2012. Au surplus, elle a expressément requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, ainsi que l'audition de son assistante sociale et de son médecin traitant, en sus de la tenue de débats publics.

Cette première procédure a été ouverte sous le numéro de cause

AI 4/14 par la Cour de céans.

Le second acte de recours, établi le 10 janvier 2014, est dirigé contre la décision de refus de l'assistance juridique gratuite en procédure administrative du 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 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 commencé 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 médicaments 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 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).

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 fériés judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, 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 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 nécessaire 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.

Quoi qu'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 psychosocial 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 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 subséquemment 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 demeurerait 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 LPGGA qu'à la révision sous l'angle de l'art. 17 LPGGA (cf. sur cette question, Ueli Kieser, op. cit., n° 32 ss ad art. 17 LPGGA).

8.2 A teneur de l'art. 31 al. 1 LPGGA, 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 imparti 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 le 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).]

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 10 décembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'État.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'266 fr. (quatre mille deux cent soixante-six francs), débours et TVA compris.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour A.B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :