

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à **W.**_____, recourante, représentée par Me Yero Diagne,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. et 49 LPGA

E n f a i t :

A. a) Souffrant d'une vessie paralytique neurogène, Q._____, née en 1960, titulaire d'un diplôme de nurse, mère de trois enfants nés en 1982, 1984 et 1987, s'est vue allouer par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI) une rente entière d'invalidité à compter du mois de février 1995 fondée sur un degré d'invalidité de 75 % calculé selon la méthode mixte d'évaluation (décision du 15 janvier 1996, confirmée après révision les 27 avril 1998 et 2 juin 2003).

b) Dans le cadre d'une procédure de révision initiée au mois de janvier 2008, l'office AI a modifié la répartition des champs d'activité entre activité lucrative et accomplissement des travaux habituels (à raison de 90 et 10 %) et pris en considération une capacité résiduelle de travail de 25 % en qualité d'éducatrice de la petite enfance ou de nurse. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 65 %, il a remplacé la rente entière versée jusqu'alors par un trois-quarts de rente à compter du mois de décembre 2009 (décision du 18 septembre 2009).

c) Informé le 21 janvier 2016 par X._____ Assurances SA, assureur perte de gain en cas de maladie, que l'état de santé de Q._____ s'était aggravé à compter du 2 juillet 2015, l'office AI a initié une procédure de révision du droit à la rente. Dans le cadre de l'examen du dossier, il est apparu que l'assurée avait réalisé des gains conséquents en qualité d'éducatrice auprès de différents établissements (Association G._____ ; Commune de P._____ ; Commune de T._____) qui n'avaient pas été annoncés à l'office AI.

Par décision du 9 mai 2016, l'office AI a, par voie de mesures provisionnelles, suspendu le versement de la rente d'invalidité avec effet au 31 mai 2016.

En cours de procédure, X._____ Assurances SA a transmis à l'office AI un rapport d'expertise psychiatrique du 19 octobre 2016 établi à

sa demande par le docteur F._____. Dans la partie « Appréciation du cas et pronostic », ce médecin a retenu ce qui suit :

Cette assurée de 56 ans décrit la manifestation de ses symptômes physiques depuis juillet 2015, avec le diagnostic d'une insuffisance cardiaque à cause d'une sténose de la valve aortique ayant nécessité une opération d'urgence pour remplacer la valve défectueuse. L'expertisée précise qu'à cause de ses problèmes cardiaques elle a été opérée d'urgence le 17 juillet 2015 à l'Hôpital A._____, avec un séjour de réhabilitation par la suite à la Clinique K._____ à B._____. Elle explique qu'à cause de ses problèmes cardiaques, les cardiologues lui ont attesté une incapacité de travail totale depuis le 2 juillet 2015.

Mme Q._____ ajoute que par la suite, au mois de janvier, elle a dû se soumettre à une opération du genou gauche, opération qui s'est bien passée, ainsi que l'opération d'une cholécystectomie en juin de cette année.

Mme Q._____ explique qu'à cause de tous ses problèmes physiques, surtout cardiaques, et de sa faiblesse physique générale persistante, elle se sent de plus en plus déprimée, triste et désespérée, se posant de nombreuses questions sur son avenir professionnel et financier. Elle souligne avoir toujours été une femme très active, qui appréciait énormément son métier d'éducatrice, ayant travaillé depuis 2009 pour son dernier employeur à un taux variable comme remplaçante. Elle précise qu'elle a toujours travaillé à un taux plutôt faible, étant donné qu'elle a profité d'une rente AI entière, qu'on lui a octroyée suite à ses problèmes gynécologiques et urologiques depuis 1994. Elle se plaint du fait que cette rente AI a été supprimée en juin de cette année, ce qu'elle considère comme injuste et brutal, ajoutant qu'elle a mandaté un avocat afin de contester cette décision de l'AI. Elle explique que cette suppression de sa rente aggrave encore sa situation financière, qui depuis longtemps déjà est très tendue, avec l'accumulation de dettes importantes de plus de 50'000.- CHF jusqu'à ce jour.

Si Mme Q._____ avait été expertisée plus tôt, par exemple à la fin de l'année 2015 déjà ou au début de cette année, le diagnostic d'un « trouble de l'adaptation » selon le chapitre F43 de la CIM-10 « réaction à un facteur de stress important et trouble de l'adaptation » aurait donc pu être retenu, vu l'apparition clairement réactionnelle de la symptomatologie anxio-dépressive suite à la manifestation de ses problèmes somatiques et de ses soucis financiers.

La CIM-10 définit comme critère de durée pour un tel trouble de l'adaptation une période de six mois et, dans le cas d'une « réaction dépressive prolongée », de deux ans au maximum. Durant cette période, une patiente avec une personnalité intacte devrait, selon cette définition, pouvoir s'adapter à une nouvelle situation, c'est-à-dire appliquer des mécanismes de défense et des stratégies de « coping » de manière efficace. Dans le cas d'une situation psychosociale très stressante, si les facteurs de stress perdurent ou si de nouveaux facteurs de stress s'ajoutent dans un court délai, la

persistance d'un état chronique s'observe assez souvent et la symptomatologie persistante doit être redéfinie selon les critères de la CIM-10.

En examinant la situation de Mme Q._____, on peut identifier plusieurs facteurs de stress qui se sont enchaînés, surtout des problèmes physiques, problèmes qui persistent malgré une opération cardiaque en juillet 2015. Jusqu'à ce jour, l'assurée se plaint du fait que sa condition physique ne s'est pas améliorée, précisant que ses problèmes cardiaques lui provoquent une forte faiblesse physique, qui s'aggrave encore suite au moindre effort physique, avec des tachycardies régulières. S'y sont ajoutés les autres problèmes physiques (opération du genou gauche en janvier 2016, cholécystectomie en juin 2016), ainsi que les soucis financiers suite à la suppression de la rente AI en juin de cette année. Face à cette situation, l'assurée a constamment dû mobiliser tous ses mécanismes de défense et ses stratégies de « coping », qui finalement se sont épuisés, et une symptomatologie anxio-dépressive s'est installée.

C'est un fait bien connu que le pronostic de la guérison d'un trouble de l'adaptation dépend aussi, voire essentiellement, de la structure de la personnalité prémorbide, dans le sens où une personnalité différenciée, avec des mécanismes de défense bien développés et efficaces, parvient mieux et plus rapidement à s'adapter à une nouvelle situation et à combler ainsi les symptômes psychiques.

Considérant la personnalité de Mme Q._____, ses traits de personnalité sont difficilement explorables lors d'un seul examen psychiatrique dans le cadre de cette expertise. Cependant, ce premier contact permet déjà d'exclure clairement tout trouble de la personnalité selon les critères de la CIM-10. L'assurée a pu en effet maintenir durant des années un bon niveau stable de fonctionnement psychosocial, travaillant depuis plus de sept ans pour son dernier employeur, assumant régulièrement des remplacements dans la crèche, ceci avec beaucoup de plaisir et d'engagement personnel. Mme Q._____ mentionne juste une seule prise en charge psychiatrique de un ou deux ans au maximum, il y a 20 ans, ceci dans le cadre de son divorce conflictuel. Par la suite, elle n'a jamais été prise en charge par un psychiatre et aucune incapacité de travail n'a jamais été attestée pour des raisons psychiques.

A la limite, on pourrait décrire quelques traits accentués de la personnalité chez cette assurée, qui semble parfois assez émotive dans ses descriptions. En plus, une certaine dépendance affective devient clairement visible, étant donné que l'assurée est restée pendant 17 ans avec son ex-mari, malgré une violence conjugale régulière. Ce sont très probablement aussi ces traits accentués de la personnalité, mais avant tout clairement les problèmes cardiaques persistants, qui expliquent la persistance de certains symptômes psychiques et leur chronification.

Entre temps, les symptômes anxiodépressifs de l'assurée se sont pourtant bien estompés et ne sont plus que d'une intensité légère au maximum, ceci même malgré une prise en charge qui se limite à des consultations chez un psychologue toutes les 2 à 3 semaines.

Etant donné que les symptômes anxiodépressifs persistent depuis plus de six mois, le diagnostic d'un simple « trouble de l'adaptation » n'est plus à retenir et les symptômes résiduels de l'assurée sont à redéfinir selon les règles de la CIM-10 comme un « F41.2 trouble anxieux et dépressif mixte ». Selon la définition de la CIM-10, cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres ne soit suffisamment sévère pour justifier un diagnostic séparé.

Considérant la nature clairement réactionnelle de la symptomatologie de l'assurée et son niveau de fonctionnement psychosocial stable, sans aucune décompensation antidépressive pendant plus de 20 ans, le diagnostic d'un véritable trouble dépressif récurrent, tel qu'il est diagnostiqué par le psychiatre traitant dans son rapport médical du 13.09.2016, ne semble pas recevable.

Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, le diagnostic d'un « trouble somatoforme persistant » n'est pas à retenir, étant donné que l'assurée ne montre aucune autolimitation, ni de fixation exagérée sur ses douleurs et ses limitations physiques.

Malgré ses symptômes physiques et psychiques résiduels, Mme Q._____ est capable de maintenir un bon rythme journalier. Elle se lève tôt, s'occupe de son ménage, sort régulièrement de la maison et trouve du plaisir dans le contact avec des amis, ainsi qu'avec ses enfants. Régulièrement, elle rend visite à une de ses filles, essaie de l'aider dans le ménage et de s'occuper surtout de ses petits-enfants. Elle conduit la voiture et se montre très bien informée de sa situation administrative et financière.

Toute sa situation est aussi clairement influencée par une situation financière et sociale très difficile, avec la suppression d'une rente AI et un endettement important depuis des années. Etant donné qu'il s'agit de problèmes d'ordre social et non liés à la maladie, ils ne sont pourtant pas à prendre en considération dans l'évaluation purement psychiatrique.

En résumant ce qui précède, la symptomatologie anxiodépressive résiduelle de Mme Q._____ n'est plus que d'une intensité légère au maximum. Une telle symptomatologie plutôt légère ne justifie pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Par conséquent, du point de vue purement psychiatrique, l'assurée sera capable, en mobilisant toute sa bonne volonté et en définissant des priorités, de reprendre son activité d'éducatrice dès à présent à plein temps.

Dans ce contexte, il est à rappeler que cette évaluation se limite à l'aspect psychiatrique ; bien évidemment d'éventuelles limitations cardiaques, urologiques etc. ne peuvent pas être évaluées. Pourtant, une évaluation approfondie semble indiquée.

Du point de vue purement psychiatrique, le pronostic de moyen à long terme semble favorable, considérant l'anamnèse psychiatrique quasiment vide de l'assurée, sans aucune incapacité de travail

prolongée pour des raisons psychiques, son bon niveau de fonctionnement psychosocial durant des années et la bonne motivation à vouloir reprendre le travail. Le pronostic dépendra essentiellement et avant tout de l'évolution des problèmes somatiques qui, bien évidemment, ne peuvent pas être évalués dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

Par projet de décision du 26 août 2016, l'office AI a informé l'assurée de son intention de remplacer – avec effet rétroactif – la rente entière d'invalidité qu'elle touchait depuis le 1^{er} février 1995 par un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2009, puis de le supprimer avec effet au 1^{er} janvier 2010. Il a également fait part de sa volonté de réclamer la restitution des prestations indûment perçues, à raison d'un montant de 136'413 fr. 75. En substance, il considérait que l'assurée avait violé son obligation de renseigner en ne communiquant pas les gains qu'elle avait réalisés à compter de 2009.

Par courrier du 10 novembre 2016, Q._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Yero Diagne, présenté ses observations à l'encontre de ce projet. Elle a contesté les raisons sur lesquelles l'office AI s'était fondé pour procéder à la réduction, puis à la suppression avec effet rétroactif de sa rente, ainsi que la manière dont il avait calculé son degré d'invalidité pour la période courant de 2009 à 2015.

Par décision du 28 novembre 2016, corrigée le 14 décembre 2016, l'office AI a rendu une décision dont le dispositif était le suivant :

La rente entière est diminuée avec effet rétroactif à la demi-rente du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009, au quart de rente du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2013, puis est supprimée au 1^{er} janvier 2014.

Les prestations indûment perçues, d'un montant de CHF 112'780.25, doivent être restituées (art. 25 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales [LPGA]). Vous recevrez une décision séparée à ce sujet.

Un recours contre la décision n'aura pas d'effet suspensif (art. 66 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] et art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS]).

Par courrier du 12 janvier 2017, Q._____ a requis de l'office AI qu'il lui confirme que la décision du 14 décembre 2016 constituait uniquement une décision de reconsidération du droit à la rente et qu'il ne s'agissait pas encore d'une décision en restitution (portant sur le principe et l'étendue d'une éventuelle obligation de restituer).

Par courrier du 16 janvier 2017, l'office AI a répondu à l'assurée que la décision du 14 décembre 2016 portait sur le principe de la suppression de la rente.

Le 1^{er} février 2017, Q._____ s'est adressée à l'office AI, souhaitant attirer son attention sur différents points « *en prévision de votre décision (ou de celle de la Caisse de compensation) concernant le principe et l'étendue d'une éventuelle obligation de restituer (art. 3 OPGA) ainsi que sur la question, subsidiaire, d'une remise (art. 4 OPGA)* ». En substance, elle a cherché à expliquer les raisons pour lesquelles elle estimait, à la lumière des circonstances particulières du cas d'espèce, n'avoir pas violé son obligation de renseigner.

Par décision du 10 avril 2017, l'office AI a procédé au recalcul des prestations dues à l'assurée à la suite de la modification du degré d'invalidité et fixé le montant à restituer à 105'418 fr.

Par courrier du 26 avril 2017, Q._____ a requis de l'office AI qu'il lui indique si la décision du 10 avril 2017 avait pour objet le principe et l'étendue d'une éventuelle obligation de restitution et/ou la question subsidiaire d'une remise. Si tel était le cas, elle invitait l'office AI à bien vouloir la réformer, subsidiairement la motiver, en tenant compte des griefs et conclusions formulés dans son courrier du 1^{er} février 2017.

Par courrier du 3 mai 2017, la Caisse cantonale vaudoise de compensation, à qui l'office AI avait transmis le courrier du 26 avril 2017 comme objet de sa compétence, a expliqué à l'assurée que la décision du 10 avril 2017 avait pour objet la fixation du droit aux prestations pour la période de septembre 2009 à décembre 2013 et l'obligation de restitution

des rentes versées indûment pour la période de septembre 2009 à mai 2016. En cas de contestation, il lui appartenait de former recours contre cette décision.

B. **a)** Par acte du 23 mai 2017, Q._____, représentée par Me Yero Diagne, a déféré la décision du 10 avril 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'annulation de la décision du 10 avril 2017 et au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle décision au sens des considérants, subsidiairement à la réforme de la décision du 10 avril 2017, en ce sens qu'elle n'était tenue à la restitution d'aucun montant.

Sur le plan formel, elle invoquait une violation de son droit d'être entendue, singulièrement un défaut de motivation de la décision attaquée, laquelle ne discutait absolument aucun des moyens soulevés dans son courrier du 1^{er} février 2017 à propos de la question du principe et de l'étendue de l'obligation de restitution.

Sur le fond, elle considérait que le fait qu'elle exerçait une activité à temps partiel était connu de l'office AI depuis 2002. Fonctionnant sur appel pour des remplacements, ses heures et ses revenus étaient très variables. Compte tenu de ses problèmes personnels et du fait qu'elle pensait avoir dûment informé l'office AI de ses activités annexes à temps partiel, elle pensait de bonne foi ne pas avoir à informer plus avant l'office AI sur le montant exact des gains réalisés chaque mois. Dans son esprit, elle était autorisée, compte tenu d'un degré d'invalidité de 65 %, à occuper une activité accessoire pour compenser sa perte de 35 %. Elle n'avait pas conscience qu'avec cette information, l'office AI ne disposait pas encore forcément d'information sur les revenus réalisés. C'est ainsi que, si objectivement une violation de l'obligation de renseigner devait être retenue, subjectivement il n'y avait jamais eu une telle violation en l'absence de toute faute de sa part.

Qui plus est, dans la mesure où l'office AI avait toujours su qu'elle exerçait une activité à temps partiel, une éventuelle violation de

l'obligation d'informer n'était de toute façon pas en lien de causalité avec le versement indu des prestations, dès lors qu'il lui suffisait de consulter son service informatique pour obtenir un extrait de son compte individuel.

Pour finir, elle relevait que c'était depuis 2009 déjà que l'office AI savait qu'elle exerçait une nouvelle activité sur appel. Celui-ci ne pouvait dès lors plus demander la restitution des prestations, le délai de péremption relatif d'une année étant échu depuis 2010.

b) Dans sa réponse du 13 juillet 2017, l'office AI a conclu au rejet du recours.

Il considérait que le droit d'être entendue de l'assurée n'avait pas été violé. En effet, elle avait pu saisir les faits déterminants qui l'avaient amené à rendre la décision querellée et attaquer en toute connaissance de cause cette prise de position sur les points litigieux qu'elle avait exposés dans son mémoire de recours. En tous les cas, une violation du droit d'être entendu devait être considérée comme guérie, l'assurée ayant eu l'occasion de faire valoir son point de vue au cours de la procédure judiciaire ouverte devant une instance jouissant du plein pouvoir d'examen pour statuer.

S'agissant de la violation de l'obligation de renseigner, il précisait que les petites activités exercées depuis l'an 2000 ne lui étaient pas inconnues, mais généraient de faibles revenus qui n'étaient pas susceptibles de remettre en cause son droit à la rente. La situation était différente s'agissant des gains réalisés à partir de 2009, gains qui ne pouvaient être qualifiés de faibles revenus accessoires ne devant pas être annoncés.

L'office AI doutait par ailleurs que l'assurée fût face à une restriction telle de sa capacité de discernement qu'elle n'était pas capable de simplement le prévenir de la mise à profit de ses aptitudes professionnelles. Elle était en effet parvenue à chercher et trouver des emplois et travaillait depuis des années dans un milieu d'enfants, contexte

dans lequel il fallait faire preuve de vigilance, de prudence et d'anticipation pour la sécurité des personnes sous sa responsabilité. Il était difficile de concevoir qu'elle se fût sentie démunie lorsqu'il avait été question d'atteindre l'office AI pour lui communiquer sa situation professionnelle.

Il relevait pour finir qu'il ne lui appartenait pas de faire la police et de requérir à tout bout de champ des extraits de compte individuel. Dans la décision d'octroi de rente, les assurés étaient rendus attentifs à leur obligation d'annoncer tout changement de leur situation personnelle ou économique.

c) Dans sa réplique du 23 août 2017, Q. _____ a confirmé les conclusions prises dans son mémoire de recours du 23 mai 2017.

Elle a notamment précisé que, dans la mesure où la décision attaquée portait également sur une éventuelle obligation de restitution (principe et étendue), elle était en droit de se plaindre d'une violation de son droit d'être entendue, dès lors que l'office AI ne s'était aucunement prononcé, dans sa décision du 10 avril 2017, sur les moyens soulevés dans son courrier du 1^{er} février 2017.

Sur le fond, elle estimait, à la lumière des observations contenues dans le rapport établi par le docteur S. _____ le 19 novembre 2002, que l'office AI ne pouvait raisonnablement douter de l'existence d'une capacité de discernement restreinte. Dans la mesure où l'office AI était informé depuis le mois de janvier 2009 au moins qu'elle exerçait une activité lucrative à temps partiel, il lui appartenait de procéder au contrôle de son compte individuel.

d) Dans sa duplique du 11 septembre 2017, l'office AI a indiqué n'avoir aucune remarque à émettre au sujet de la réplique de l'assurée.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la restitution par la recourante de prestations indûment versées pour la période du 1^{er} septembre 2009 au 31 décembre 2013, singulièrement sur la question du principe et de l'étendue de l'obligation de restitution. A la lumière des diverses écritures déposées au cours de la procédure, la recourante ne conteste en revanche pas la suppression de son droit à la rente, telle que constatée dans la décision du 14 décembre 2016.

3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante soutient que l'office intimé a violé son droit d'être entendue en rendant une décision dénuée de motivation au sujet des griefs qu'elle avait soulevés dans son écriture du 1^{er} février 2017.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a).

b) Aux termes de l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions doivent indiquer les voies de droit ; elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties ; la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

c) Le prononcé litigieux du 10 avril 2017 indique le montant des prestations allouées à la recourante de septembre à décembre 2009, de janvier à décembre 2010, de janvier à juillet 2011, d'août 2011 à décembre 2012 et de janvier à décembre 2013. Suit ensuite le descriptif

des bases de calcul de la rente, puis le décompte entre le montant des rentes dues et celui des rentes versées, avec un solde en faveur de l'assurance de 105'418 fr. Il se termine enfin par la précision qu'il ne sera en tout état de cause pas entré en matière sur une éventuelle demande de remise faite par la recourante.

d) A la lecture de ce prononcé, il y a lieu de constater qu'il ne comprend aucune référence aux conditions auxquelles une restitution des prestations dans le domaine de l'assurance-invalidité est possible (cf. TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.1 et les références). Pour toute motivation figure sous la rubrique « Remarques » l'observation suivante : « Recalcul de votre rente AI suite à la modification de degré d'invalidité ». Dépourvu de toute motivation juridique fondée sur les dispositions légales topiques, l'acte attaqué n'explique ainsi pas clairement et intelligiblement les conditions, les motifs et les effets dans le temps de la rectification effectuée au détriment de la recourante. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'ébauche de motivation esquissée dans la décision du 14 décembre 2014. Outre le fait que la décision du 10 avril 2017 ne contient aucun renvoi à la décision du 14 décembre 2016, l'office intimé a, d'une part, expressément précisé dans cette dernière décision que la question de la restitution ferait l'objet d'une décision séparée et, d'autre part, indiqué dans un courrier du 16 janvier 2017 adressé à la recourante qu'elle ne portait que sur le principe de la suppression de la rente. L'office intimé ne pouvait ignorer dans ces circonstances l'obligation qui lui incombait de rendre une décision en bonne et due forme. Qui plus est, le prononcé attaqué, en tant qu'il prend position sur la question d'une éventuelle remise, fait fi de la règle selon laquelle la restitution et la remise doivent en principe faire l'objet de décisions séparées rendues en deux étapes distinctes (art. 3 et 4 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]; TFA P 62/04 du 6 juin 2005 consid. 1.2). N'étant au surplus pas signé et ne contenant aucune indication des voies de recours, le prononcé attaqué ne satisfait manifestement pas aux exigences de forme et de motivation prévues par l'art. 49 al. 3 LPGA et, partant, viole le droit d'être entendue de la recourante, de sorte qu'il se justifie de l'annuler.

e) Pour le reste, il convient de s'étonner de l'invitation faite à la recourante par l'office intimé à s'adresser à la caisse de compensation compétente pour le versement de la rente pour toute question relative à la procédure de restitution (courriel du 1^{er} mai 2017 de l'office intimé à Me Diagne). En matière d'assurance-invalidité, les seuls interlocuteurs auxquels les assurés doivent et peuvent s'adresser sont les offices AI. S'il est vrai que la détermination et le calcul des prestations de l'assurance-invalidité résultent de la collaboration entre offices AI et caisses de compensation (art. 53 ss LAI), il n'en demeure pas moins que seuls les offices AI sont habilités à examiner les demandes de prestations et à rendre des décisions relatives aux prestations de l'assurance-invalidité (art. 57 al. 1 LAI). Dans le système tel que voulu par le législateur, le calcul du montant de la restitution relève certes du calcul des rentes et, partant, de la compétence des caisses de compensation (art. 60 al. 1 let. b LAI) ; la compétence pour rendre la décision statuant sur les conditions – juridiques – de la restitution et fixant le montant de celle-ci appartient toutefois exclusivement aux offices AI (art. 57 al. 1 let. g LAI ; cf. TF I 143/06 du 23 janvier 2007 consid. 5.3.2).

4. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis pour des motifs formels, sans qu'il y ait lieu d'examiner les griefs de fond, et la décision attaquée annulée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'office intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 10 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne, avocat (pour Q._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :