

S1 14 97

JUGEMENT DU 26 AOÛT 2015

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître M_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(art. 17 LPGA ; révision ; suppression de la rente d'invalidité et refus d'allocation pour
impotent)

Faits

A. Originaire de A_____, X_____, née le xxx 1958, s'est installée en Suisse en 1989. Sans formation, elle a exercé différentes activités dans l'agriculture, ainsi que comme ouvrière ou dame de nettoyage.

En raison de lombosciatalgies aiguës droites apparues fin mars 2001 et de l'extension progressive de la douleur dans l'hémicorps droit, elle a été examinée par le Dr B_____, chef du service de réadaptation générale à la Clinique C_____, le 22 janvier 2002. Dans son rapport, le spécialiste a noté de nombreux signes de non-organicité rendant difficile la recherche de déficiences lombaires. Il a relevé que les deux Ct-scan lombaires et l'IRM lombaire réalisés en 2001 n'avaient montré que des anomalies mineures n'étant pas susceptibles d'expliquer l'apparition de l'allodynie hémicorporelle droite et qu'il n'y avait pas d'anomalie objective de l'appareil locomoteur justifiant une incapacité de travail. Il a estimé que l'on était en présence d'un trouble évocateur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et qu'il y avait lieu de compléter le bilan par une évaluation psychiatrique.

Le 11 février 2002, X_____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI). Dans son rapport du 16 août 2002, le Dr D_____, médecin traitant, a posé les diagnostics de lombosciatalgie L5 droite, probable syndrome douloureux somatoforme, syndrome dépressif de degré moyen et trouble de l'adaptation. Il a attesté une incapacité de travail totale du 23 mars au 30 septembre 2001, puis à 50% du 1^{er} au 22 octobre 2001, puis à nouveau totale dès le 23 octobre 2001.

Le 25 novembre 2002, l'OAI a réalisé une enquête au domicile de l'assurée. Celle-ci a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100%. Elle a également expliqué qu'elle était aidée par son fils et sa fille pour les tâches ménagères, car elle avait mal au dos, à la nuque et aux bras.

Dans un rapport d'expertise du 18 décembre 2002, le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, a observé un tableau de pseudo-hémisindrome sensitivo-moteur, sans le moindre substrat objectif. Il a relevé une énorme charge de démonstrativité avec un ensemble de réactions hyperalgiques proches de l'hystérie. Il a considéré que l'incapacité de travail résultait non pas d'un état somatique objectif mais de l'évolution vers un état somatoforme douloureux chronique, greffé sur une personnalité hystérique.

Consulté de juin à octobre 2002, le Dr F_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a posé, le 24 janvier 2003, les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (F43.22). Il a indiqué qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'incapacité de travail de l'assurée, cela d'autant plus qu'il n'avait jamais été question d'octroyer un certificat d'incapacité durant la période du suivi.

Une expertise psychiatrique a dès lors été mise en œuvre auprès des Institutions psychiatriques. L'assurée a été vue le 3 septembre 2003 par la Dresse G_____ les 10 et 18 juillet 2003. Elle a également effectué des tests psychologiques sous la direction du psychologue H_____. Dans leur rapport du 7 octobre 2003, les experts ont retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), de trouble mixte de la personnalité (F61.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont considéré que l'assurée se trouvait dans une impasse évolutive en raison de sa position rigide et passive d'attente d'une reconnaissance de son statut de victime et que ce fonctionnement n'était pas mobilisable par la thérapie, de sorte que la capacité de travail était nulle et ceci de manière durable.

Par décision du 26 novembre 2003, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2002.

B. Lors de la révision d'octobre 2005, le médecin traitant a attesté que l'état était stationnaire. Le droit à la rente a été maintenu (cf. communication du 11 mai 2006).

C. En mai 2009, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis 2007 avec des douleurs osseuses, une fatigue incessante, un gros enflement graisseux au niveau de la nuque et un épuisement général. Dans son rapport du 22 juillet 2009, le médecin traitant a relevé que la patiente présentait de nombreuses plaintes ostéoarticulaires évoquant une fibromyalgie et qu'il n'y avait pas de syndrome dépressif mais un trouble de l'adaptation chez une personne émigrée, mal intégrée socialement et isolée. Il a estimé que, dans une activité adaptée au handicap lombaire, une capacité de travail entière était exigible, tout en précisant que si aucune activité n'était possible, c'était pour des motifs psychologiques. Il a également indiqué que l'assurée avait été hospitalisée du 26 mars au 30 avril 2009 et que le rapport de sortie n'était pas encore disponible.

Sans autres investigations, l'OAI a confirmé le versement de la rente entière par communication du 29 juillet 2009.

D. Le 3 juillet 2012, une nouvelle procédure de révision a été mise en œuvre. Dans ce cadre, l'assurée a indiqué que son état s'aggravait et qu'elle avait besoin de l'aide régulière d'autrui pour accomplir certains actes ordinaires de la vie.

Interpellé, le médecin traitant a confirmé les diagnostics de notion clinique de fibromyalgie, lombalgie chronique L5 droite, syndromes douloureux chroniques (pelvien et abdominal), anxiété et trouble de l'adaptation. S'agissant de l'impotence, il n'a attesté aucun besoin d'aide pour quelque acte que ce soit.

Pour s'en assurer, une enquête au domicile de l'intéressée a été réalisée le 7 février 2013. L'assurée a déclaré avoir besoin d'aide pour s'habiller, se lever et faire sa toilette lors des crises de douleurs, qui duraient environ 7 à 10 jours et survenaient en moyenne une fois chaque deux mois. L'enquêteur a dès lors relevé qu'il ne s'agissait pas d'un besoin d'aide régulier et important. Au niveau de l'accompagnement, il a en revanche noté que l'assurée était déconnectée de la réalité des choses et qu'elle s'appuyait toujours sur son mari et ses enfants.

Le dossier ne contenant pas d'avis psychiatrique récent, une expertise bidisciplinaire a été organisée par le Bureau d'expertises médicales à l'_____ (BEM), le 29 novembre 2013. Sur le plan physique, la Dresse J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a noté que les plaintes étaient identiques à celles des expertises précédentes. Elle a constaté que les taux sériques de paracétamol et ibuprophène que l'assurée déclarait prendre régulièrement étaient indétectables, ce qui parlait en faveur d'une compliance insuffisante et laissait penser que les douleurs étaient plus tolérables que l'assurée voulait bien admettre. Elle n'a pas trouvé d'explications aux impotences fonctionnelles alléguées par l'assurée, qui présentait certes une obésité et un déconditionnement ainsi que des lésions rachidiennes dégénératives banales pour son âge et sans signe compressif neurologique, mais qui s'était habillée et déshabillée sans aucune limitation et avait eu une gestuelle normale en bougeant le dos et la nuque à sa guise lorsqu'elle ne s'était pas sentie observée. Elle a dès lors posé le diagnostic de douleurs chroniques irréductibles. Sur le plan psychiatrique, le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a mis en évidence une sémiologie anxieuse centrée sur la peur de tomber qu'il a assimilée au diagnostic de phobie spécifique (F 40.2) dans la mesure où elle dominait le comportement quotidien de l'expertisée. En l'absence de signes objectifs d'un épisode dépressif, il n'a pas pu retenir le diagnostic d'épisode dépressif au sens de la CIM-10, mais le diagnostic de dysthymie (F 34.1), qui avait déjà été retenu en 2003. Il a écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, lequel ne se justifiait plus,

puisque l'expertisée n'était plus confrontée à des problèmes émotionnels et psychosociaux majeurs comme à l'époque. Concernant la personnalité, il n'a pas non plus confirmé un trouble mixte, puisque le critère clinique central, à savoir l'existence de problèmes émotionnels et relationnels à répétition depuis la fin de l'adolescence, n'était pas présent. Il a conclu qu'à lui seul, le trouble anxieux n'était pas suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail ou des mesures de réadaptation professionnelle. Il a considéré que ce trouble pouvait être surmonté par l'assurée car aucun obstacle physique ou psychique ne s'y opposait ; le comportement lors des examens avait montré qu'il n'existait aucun trouble objectif de l'équilibre. Au terme de leur discussion consensuelle, les experts ont conclu à l'absence d'incapacité de travail durable dans les anciennes professions et dans les activités ménagères. Ils n'ont pas trouvé d'explications aux limitations et à l'impuissance alléguées par l'assurée, qui n'ont pas été observées dans la gestuelle en cours d'examen.

Après étude, le SMR n'a pas trouvé de raison de s'écarter des conclusions de cette expertise et a confirmé la capacité de travail entière dans toute activité depuis novembre 2013, en l'absence de trouble somatique et psychiatrique incapacitant (cf. rapport final du 17 janvier 2014).

Par projets séparés du 4 février 2014, puis décisions du 26 mars 2014, l'OAI a refusé tout droit à une allocation pour impotent et a supprimé la rente d'invalidité de X_____.

E. Représentée par M^e M_____, l'intéressée a recouru céans contre ces deux prononcés, le 9 mai 2014. Elle a soutenu que son état de santé était resté inchangé depuis les révisions de 2006 et 2009 et a contesté l'appréciation de sa situation faite par l'OAI, puisqu'elle n'avait pas d'activité ludique et variée et était bien dépendante de l'aide de son entourage. Elle a encore reproché à l'OAI de ne pas avoir précisé quel type d'activité serait adapté à son état de santé et, enfin, a estimé qu'il y avait lieu de diligenter une nouvelle expertise médicale pour mieux appréhender l'origine des maux et les limitations réelles.

Par écriture du 15 juillet 2014, la recourante a déposé une requête d'assistance judiciaire, accompagnée des pièces utiles.

Dans le délai de réponse prolongé au 23 juillet 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de ses deux décisions. Il a constaté que le rapport d'expertise du BEM remplissait tous les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et s'est opposé à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il a relevé qu'aucune

limitation fonctionnelle n'avait été retenue et que la recourante pouvait donc exercer n'importe quel emploi qu'elle jugerait à sa portée. S'agissant de l'impotence, il a remarqué que le médecin traitant de la recourante avait attesté que celle-ci n'avait pas besoin de l'aide régulière et importante d'autrui, ce qui avait été confirmé par l'enquête à domicile et par les experts du BEM, qui n'avaient pas trouvé d'explication aux impotences fonctionnelles annoncées par l'assurée.

Par décision présidentielle du 24 juillet 2014 (S3 14 58), X_____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et M^e M_____ désigné en qualité d'avocat d'office dès le 15 juillet 2014.

Le 10 octobre 2014, la recourante s'est une nouvelle fois étonnée que les conclusions des médecins du BEM n'aient pas été similaires à celles prises par les autres médecins depuis 2002, alors même que les plaintes étaient restées inchangées. Elle a noté que les experts avaient mentionné qu'elle se faisait aider pour tous les actes de la vie courante et qu'il était douteux que la seule constatation subjective d'une mobilité préservée puisse suffire à conclure à une parfaite autonomie gestuelle.

Après avoir pris connaissance de ces observations, l'intimé a indiqué ne rien avoir à ajouter à ses précédentes prises de position.

L'échange d'écritures a dès lors été clos, le 12 novembre 2014.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 9 mai 2014, le présent recours à l'encontre des décisions du 26 mars 2014 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente d'invalidité, d'une part, et au refus d'octroyer une allocation pour impotent, d'autre part.

3.1.1 En vertu de l'article 17 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'article 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

3.1.2 L'appréciation globale des conséquences d'un accident sur l'état de santé de la victime, l'indication de son incapacité de travail et des activités auxquelles l'accident le rend inapte sont du ressort du médecin. Son rôle est décisif pour juger des efforts que l'on peut attendre de l'assuré. A cet égard, les rapports demandés à des médecins spécialisés, d'une compétence reconnue et qui, sur le vu de leurs propres observations et de l'ensemble du dossier réuni jusqu'alors, parviennent à des conclusions convaincantes ont, en principe, pleine force probante, en l'absence d'indices concrets affaiblissant leur fiabilité (par ex. des faits inexacts ; ATF 119 V 346 et 118 V 290 consid. 1b ; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., p. 366 note 27 avec renvoi). Le critère décisif pour l'évaluation d'un tel document n'est, au surplus, ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu, qui doit reposer sur des examens complets et approfondis, inclure une étude convaincante et poussée des affections du patient, prendre en considération ses plaintes, avoir été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, décrire clairement le contexte médical et son appréciation dans le cas d'espèce, et dûment motiver les conclusions auxquelles il aboutit (ATF 125 V 352 ; arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001

consid. 3b et les références). A ces conditions, la jurisprudence accorde la même force probante aux appréciations des spécialistes du service médical de l'assureur (Locher, op. cit., p. 332 note 37). A ce propos, le simple fait qu'ils soient liés à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter de l'objectivité de leurs appréciations, ni même de les soupçonner de prévention (Calatayud, La pratique dans l'assurance-accident, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p. 548). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c avec les renvois). En règle générale, le juge accordera d'ailleurs plus de poids aux observations des spécialistes qu'à l'appréciation du médecin traitant ou du médecin de famille, les relations existant entre celui-ci et son patient étant souvent à l'origine d'une certaine bienveillance du premier envers le second (ATF 125 V 352 consid. 3a/cc ; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc ; RAMA 1999 p. 193).

3.2.1 En l'occurrence, la recourante soutient que la révision de son droit à la rente repose sur une nouvelle appréciation du cas et non pas sur un changement réel des circonstances. Or, force est de constater qu'en 2009 et 2012, la recourante déclarait que son état de santé s'aggravait. On peut dès lors s'étonner qu'elle soutienne aujourd'hui qu'il soit resté inchangé depuis 2002. Les modifications alléguées par l'assurée et attestées par le médecin traitant justifiaient pleinement de mettre en œuvre une nouvelle expertise et de réévaluer la capacité de travail de l'intéressée.

3.2.2 A cet égard, l'intimé s'est fondé sur les conclusions des experts du BEM. Ces derniers n'ont pas pu confirmer l'existence d'un trouble somatoforme ni celle d'un épisode dépressif, les éléments ayant justifié ces diagnostics à l'époque ayant disparu. Ils ont retenu que l'assurée présentait une dysthymie ainsi qu'un trouble anxieux, non suffisamment sévères pour avoir une répercussion sur la capacité de travail ; sur le plan somatique, ils ont constaté un trouble statique (projection en avant du tronc) et la présence de lésions rachidiennes normales pour l'âge de l'assurée, lesquels n'entraînaient pas de limitations évidentes. En conclusion, ils n'ont observé aucune limitation fonctionnelle, ni sur le plan physique, ni sur le plan psychique. Ils ont relevé que la gestuelle de l'assurée ne correspondait pas à ses plaintes et ont constaté que le traitement médicamenteux n'était pas suivi, ce qui laissait penser que les douleurs étaient plus tolérables que ce que l'assurée déclarait.

Comme l'a très justement analysé l'intimé, le rapport d'expertise des médecins du BEM remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante des

actes médicaux (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a). Il repose sur un examen clinique attentif et soigné de l'assurée, ainsi que sur une étude complète du dossier, tant asséculoologique que radiologique. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient dûment compte des plaintes de l'assurée. Quant aux conclusions, elles sont motivées et cohérentes. L'argumentation de la recourante ne permet pas de les mettre en doute, ni de retenir des lacunes dans l'appréciation des experts et de l'intimé. La recourante n'allègue pas que le rapport contiendrait des omissions significatives ou des erreurs manifestes à même d'en modifier diamétralement les conclusions. Elle ne fait pas non plus mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés au cours de l'expertise et seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Si les termes « d'activités ludiques et variées » employés par l'intimé dans sa décision peuvent effectivement paraître exagérés dans le cas concret, il n'en demeure pas moins que la recourante est bien intégrée dans son milieu familial, participe à de fréquents repas de famille, s'occupe de sa petite-fille, a gardé des contacts avec son pays d'origine, se rend au A_____ une fois par année, voit des amis occasionnellement et va se promener régulièrement avec son mari, ce qui ne permet pas de retenir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, étant toutefois précisé que le diagnostic de trouble somatoforme a clairement été écarté par l'expert psychiatre au terme de son analyse et qu'aucune affection psychiatrique incapacitante n'a été retenue.

Fort de ces conclusions, l'intimé a considéré que l'assurée pouvait mettre en valeur sa pleine capacité de travail dans tout emploi qu'elle jugerait à sa portée, notamment dans ses précédentes activités de dame de nettoyage ou ouvrière agricole. En l'absence de toute limitation fonctionnelle, tout type d'activité était envisageable, de sorte que l'intimé n'avait pas à donner des exemples concrets de postes de travail. Le marché de l'emploi recouvre en effet un large éventail d'activités simples et répétitives, à la portée de la recourante, accessibles sans formation.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a reconnu une pleine capacité de travail à l'assurée dès la date de l'expertise et a supprimé son droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014 en application de l'article 88bis alinéa 2 lettre a RAI. Le rapport d'expertise du BEM étant pleinement probant, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre d'autres mesures d'instruction (cf. appréciation anticipée des preuves : ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

4.1.1 Aux termes de l'article 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa 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. La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; (b) 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 ; ou (c) 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'article 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment : (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ; (b) d'une surveillance personnelle permanente ; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'article 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

Selon le ch. 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines :

- se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever) ;
- se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter) ;
- manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde) ;
- faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher) ;
- aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes) ;
- se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

Selon l'article 38 alinéa 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'article 42 alinéa 3 LAI 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). Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il 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 ; arrêts 9C_410/2009 du 1^{er} avril 2010 consid. 2 in SVR 2011 IV n° 11 p. 30, 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2). Le chiffre marginal 8053 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité de l'OFAS (CIIAI), dans sa version valable à partir du 1^{er} janvier 2008, prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2 ; arrêt 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2).

La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'article 38 RAI (arrêt 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2, citant les arrêts ATF 133 V 450 consid. 9 et 9C_410/2009 du 1^{er} avril 2010 consid. 2).

4.1.2 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée 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 chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2 ; cf. 125 V 351 consid. 3b/ee ;

cf. arrêts 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2).

4.2 En l'espèce, force est de constater, à l'instar de l'intimé, que ni le médecin traitant ni les experts du BEM ni l'enquêteur de l'OAI n'ont pu attester l'existence d'une impotence fonctionnelle, ne serait-ce que de degré faible, qui justifierait une indemnisation. Dans son recours, l'intéressée n'apporte aucun élément probant permettant de mettre en doute cet avis unanime. S'il est vrai que les experts du BEM ont noté dans leur rapport que la recourante se faisait aider pour certains actes de la vie courante, il ne s'agit que de la retranscription des plaintes et explications de l'assurée (cf. expertise p. 37 : « Mme relate avoir besoin de son entourage pour la lever et l'habiller le matin. ») et non d'observations et conclusions médicales. Ces dernières sont claires : « Au terme [du] bilan d'expertise, [il n'y a] pas d'explication aux impotences fonctionnelles annoncées par Mme X_____ qui présente une obésité, un déconditionnement mais qui déploie une parfaite autonomie gestuelle de l'ensemble de l'appareil locomoteur lorsqu'elle ne se sent pas observée ».

Si l'état de santé de la recourante justifiait une quelconque aide régulière et importante d'autrui ou une surveillance quelconque, il ne fait aucun doute que le médecin traitant l'aurait signalé et qu'il aurait appuyé la demande de sa patiente dans ce sens. Or, dans son rapport du 5 décembre 2012, le Dr D_____ a clairement nié un tel besoin. Il n'a pas non plus été sollicité par l'intéressée pour déposer un rapport dans le cadre de la procédure de recours.

Au vu de ces éléments, la décision de l'intimé de refuser l'octroi d'une allocation pour impotent doit également être confirmée.

5.1 La recourante succombant, les frais de justice, arrêtés à 800 fr. en fonction du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, dans une procédure traitant deux problématiques (rente d'invalidité et allocation pour impotent), sont mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI et 8 LAJ). Celle-ci ayant toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dès le 15 juillet 2014, par décision présidentielle du 24 juillet 2014, et dans la mesure où aucun indice ne permet de retenir que sa situation économique aurait notablement changé depuis cette date, les frais de la cause sont provisoirement supportés par la caisse de l'Etat du Valais. X_____ est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant à cette caisse, si elle devient en mesure de le faire ultérieurement en raison

d'une amélioration de sa situation économique (art. 10 al. 1 let. a LAJ ; RVJ 2000 p. 152).

5.2 La recourante bénéficie de la désignation d'un avocat d'office depuis le 15 juillet 2014 : ce dernier a droit à des dépens au tarif de l'assistance judiciaire. Selon l'article 30 LTar, l'avocat habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire ou administrative perçoit un honoraire correspondant au 70% de l'honoraire global prévu aux articles 31 à 40, en sus du remboursement de ses débours justifiés, mais non inférieurs au seuil horaire déterminé récemment par la jurisprudence fédérale (arrêt 8C_391/07 du 26 mai 2008). Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal Cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11 000 francs.

Sur la base du dossier, la Cour fixe les débours forfaitairement, en l'absence de décompte, à 15 fr. (2 envois depuis le 15 juillet 2014). Quant aux honoraires, ils sont arrêtés à la somme de 550 fr. (TVA comprise), équitable compte tenu de l'ampleur du travail et du temps qu'a utilement consacré le mandataire, qui a rédigé un courrier d'une page et une réplique de deux pages depuis le 15 juillet 2014 (art. 26 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Partant, compte tenu du tarif applicable en assistance judiciaire (70% de 550 fr. + 15 fr. de débours), le montant de 400 fr. sera versé à Me M_____ par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X_____, mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. L'Etat du Valais versera à Me M_____ la somme de 400 fr. au titre de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours depuis le 15 juillet 2014.

Sion, le 26 août 2015