

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 avril 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.D.**\_\_\_\_\_, à [...], agissant par ses parents, R.\_\_\_\_\_, et B.D.\_\_\_\_\_,  
audit lieu, eux-mêmes représentés par Inclusion Handicap, Me Florence  
Bourqui, avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 9 et 17 LPGA ; art. 42<sup>ter</sup> LAI ; art. 39 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le 7 décembre 2017, est atteinte d'une encéphalopathie épileptique développementale, diagnostiquée au mois de février 2018, associée à plusieurs comorbidités, notamment un retard sévère du développement psychomoteur.

L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), visant à la prise en charge de mesures médicales et à l'octroi d'une allocation pour impotent, ainsi que d'une contribution d'assistance pour mineur (cf. demandes des 12 mars, 6 avril et 19 juin 2018).

Sur la base des rapports médicaux recueillis au cours de l'instruction, l'OAI a retenu les infirmités congénitales répertoriées sous chiffres 387 (épilepsie congénitale) et 390 (paralysies cérébrales congénitales spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétosiques], ataxiques) de l'Annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21) et a pris en charge sur ces bases les frais de diverses mesures médicales.

Procédant à l'examen de l'impotence de l'assurée, l'OAI a en outre diligenté une enquête à son domicile le 21 novembre 2018. Selon le rapport correspondant, rédigé le 28 novembre 2018, il a notamment été constaté qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher, mais que dès le mois de mars 2019, une aide pour tous les changements de positions pourrait être retenue.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a, par projet d'acceptation du 3 décembre 2018, informé l'assurée de son intention de lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> février 2018. Le droit au supplément pour soins intenses n'était en revanche pas ouvert, le temps

supplémentaire étant inférieur à 4 heures par jour (soin de base 40 minutes, soins paramédicaux 49 minutes, 2 heures de surveillance personnelle permanente).

Par acte du 10 janvier 2019, l'assurée, sous la plume de ses parents, a contesté le projet de décision du 3 décembre 2018. Le 24 janvier 2019, elle a néanmoins retiré sa contestation et simultanément déposé une demande de révision avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2019, concluant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen et d'un supplément pour soins intenses. En substance, elle a allégué avoir besoin d'aide pour tout changement de position et tout déplacement. Il convenait également de prendre en considération le temps consacré à l'alimentation par sonde (minimum 6 heures par jour), à la prise de médicaments (1 heure par jour), aux exercices de physiothérapie (entre 30 minutes et 1 heure par jour), ainsi qu'aux rendez-vous médicaux avec le neuropédiatre, trajets compris (environ 3 heures tous les 2 à 3 mois).

Par décision du 31 janvier 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 décembre 2018, octroyant à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> février 2018, sans supplément pour soins intenses. Par décision du 13 février 2019, confirmant un projet du 14 décembre 2018, l'OAI a par ailleurs refusé à l'intéressée le droit à une contribution d'assistance.

Dans le prolongement de la demande de révision déposée par l'assurée, une collaboratrice de l'OAI a relevé, dans une fiche d'examen du 4 mars 2019, que selon l'enquête réalisée le 21 novembre 2018, l'assurée nécessitait de l'aide pour tous les transferts posturaux et changements de position. La reconnaissance de ce nouvel acte permettait le passage à une allocation d'impotence de degré moyen. En revanche, l'OAI n'était pas suffisamment renseigné sur le supplément pour soins intenses qui pouvait dépasser 4 heures compte tenu du temps relatif à ces transferts. Il convenait ainsi de demander à l'enquêtrice de chiffrer le temps nécessaire aux transferts tout au long de la journée.

Par projet de décision du 18 mars 2019, confirmé par décision du 13 mai 2019, l'OAI a accordé à l'assurée une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> mars 2019. Il lui a toutefois refusé l'octroi d'un supplément pour soins intenses, considérant que le temps supplémentaire qui leur était consacré était inférieur à 4 heures (soins de base 51 minutes, soins paramédicaux 49 minutes, 2 heures de surveillance personnelle permanente).

Dans un rapport du 13 mai 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a en particulier indiqué que l'assurée avait été alimentée par sonde nasogastrique jusqu'à Pâques 2019, où une alimentation *per os* exclusivement avait été introduite. Les repas duraient entre 30 et 60 minutes. Il a par ailleurs expliqué que l'assurée présentait une très importante hypotonie, laquelle semblait s'être accentuée durant les deux à trois derniers mois.

**B.** Par acte du 12 juin 2019, A.D.\_\_\_\_\_, agissant par ses parents, a déféré la décision du 13 mai 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, en ce sens qu'elle a droit à un supplément pour soins intenses. Elle a allégué que le temps supplémentaire pour les changements de posture s'élevait à 2 heures et 30 minutes par jour. Par ailleurs, il convenait de tenir compte du temps supplémentaire consacré à son alimentation *per os* qui s'élevait à 5 heures et 25 minutes par jour. En résumé, les besoins additionnels de l'assurée par rapport à un autre enfant du même âge dépassaient les 8 heures par jour, ce qui ouvrait le droit à un supplément pour soins intenses maximum.

Dans sa réponse du 5 septembre 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. Il s'est à cet égard référé à une communication interne établie le 22 août 2019 par l'enquêtrice qui avait procédé à l'enquête au domicile de l'assurée le 21 novembre 2018. Selon ce document, une aide pour tous les changements de position dès l'âge de quinze mois avait été anticipée lors de la dernière enquête. Par ailleurs, le supplément de temps de 10 minutes retenu pour

l'acte « se lever – s'asseoir – se coucher » avait été fixé en application des valeurs maximales prévues au sein de l'annexe IV de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI). S'agissant de l'acte « manger », l'alimentation par voie orale était un élément nouveau qui pouvait conduire à une révision, mais dont on ne pouvait pas tenir compte dans le cadre du présent recours. En tout état de cause, le supplément pour soins intenses s'élèverait au maximum à 60 minutes en raison du plafonnement fixé dans l'annexe susmentionnée.

Par réplique du 1<sup>er</sup> octobre 2019 et duplique du 20 octobre 2019, les parties ont maintenu leurs conclusions.

Par acte du 9 décembre 2019, l'assurée, agissant par ses parents, eux-mêmes désormais représentés par Me Bourqui, a complété son recours. Elle a tout d'abord contesté le plafond appliqué par l'OAI. L'annexe IV de la CIIAI instituait des valeurs guides qui devaient permettre une égalité de traitement et une souplesse afin de tenir compte des particularités de chaque cas. Or en appliquant tel quel ces « valeurs maximales », l'OAI n'avait pas correctement apprécié le besoin d'aide de l'assurée par rapport à un enfant sans atteinte à la santé. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas procédé à un nouvel examen concret de sa situation, ce alors qu'une gestionnaire avait, dans une note du 4 mars 2019, sollicité un complément d'enquête afin de déterminer le temps nécessaire aux transferts posturaux et changements de position. Ce défaut d'instruction avait également eu pour conséquence que la question du changement du mode d'alimentation de l'assurée – intervenu à Pâques 2019 – n'avait pas été pris en considération.

Le 6 janvier 2020, l'OAI a objecté qu'une nouvelle enquête n'avait pas été nécessaire en mars 2019, dans la mesure où le temps supplémentaire consacré aux changements posturaux avait été pris en compte à raison de 10 minutes, soit le maximum prévu par l'Annexe IV de la CIIAI. La situation de l'assurée ne justifiait pour le surplus pas de s'écarter de ces recommandations.

L'assurée a persisté dans ses explications et conclusions antérieures par courrier du 28 janvier 2020.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Est litigieux le droit de l'assurée à un supplément pour soins intenses, singulièrement la question de savoir si le temps supplémentaire consacré aux soins de base, soit le besoin d'aide pour les changements de position et les repas, a augmenté depuis la décision du 31 janvier 2019.

**3. a)** En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Ce principe vaut notamment pour le supplément pour soins intenses (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2.2).

Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88<sup>bis</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) sont applicables (cf. art. 35 al. 2, première phrase, RAI). Conformément à l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité. Selon l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, 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.

**b)** A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. 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 décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C\_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

**4. a)** Le supplément pour soins intenses n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1).

A cet égard, est considéré comme impotent en vertu de l'art. 9 LPGA celui qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne, à savoir : « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa

toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur/établir des contacts sociaux avec l'entourage » (ATF 127 V 94 consid. 3c).

**b)** Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a, en outre, besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de 4 heures (art. 42<sup>ter</sup> al. 3, 1<sup>ère</sup> phr. LAI ; art. 36 al. 2 et 39 al. 1 RAI). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose ainsi sur une appréciation temporelle de la situation (TF 9C\_350/2014 précité consid. 4.2.3).

N'est pris en considération, dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical, ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (art. 39 al. 2 RAI).

Lorsqu'un mineur, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de 2 heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à 4 heures (art. 39 al. 3 RAI).

**5. a)** Le montant mensuel du supplément pour soins intenses s'élevait, jusqu'au 31 décembre 2017, à 60 % du montant maximum de la rente de vieillesse au sens de l'art. 34 al. 3 et 5 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) lorsque le besoin de soins découlant de l'invalidité était de 8 heures par jour au moins, à 40 % de ce montant maximum lorsque le besoin était de 6 heures par jour au moins, et à 20 % de ce montant maximum lorsque le besoin était de 4 heures par jour au moins (art. 42<sup>ter</sup> al. 3, 2<sup>ème</sup> phr. LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017).

**b)** A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, le montant mensuel du supplément a été porté à 100 % du montant maximum de la rente de vieillesse au sens de l'art. 34 al. 3 et 5 LAVS lorsque le besoin de soins découlant de l'invalidité est de 8 heures par jour au moins, à 70 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins, et à 40 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins (art. 42<sup>ter</sup> al. 3, 2<sup>ème</sup> phr. LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018).

Cette augmentation du supplément pour soins intenses a été introduite à l'instigation d'une initiative parlementaire destinée à améliorer le soutien financier apporté aux enfants gravement malades ou gravement handicapés soignés à domicile. Selon le rapport du 7 juillet 2016 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, la modification de la LAI n'impliquait pas de transformer fondamentalement le système en vigueur (FF 2016 p. 6979).

**6. a)** Pour la détermination des besoins en soins intenses, les organes de l'AI disposent d'un large pouvoir d'appréciation pour autant que les faits aient été élucidés de manière satisfaisante (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2366 p. 633).

**b)** Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel 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 les diverses limitations 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 et 128 V 93).

**7. a)** La CIIAI édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) contient à son annexe III des « Recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs », précisant qu'il s'agit de normes de référence qui ne s'appliquent pas impérativement à tous les cas et qui doivent être appliquées avec souplesse (cf. également : TF 8C\_461/2015 du 2 novembre 2015 consid. 4.3).

Son annexe IV, introduite avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018, est intitulée « Valeurs maximales et aide en fonction de l'âge » et vient mesurer le temps nécessaire à l'aide apportée en fonction de l'âge aux fins de l'accomplissement des différents actes ordinaires de la vie. Les valeurs, qui reposent sur l'expérience des divers offices AI, sont qualifiées de « valeurs moyennes » et ont été soumises pour avis à la Société suisse de pédiatrie. L'OFAS souligne que les valeurs maximales du temps pouvant être pris en considération pour l'accomplissement de chaque acte ordinaire de la vie ont pour base le formulaire FAKT, conçu pour les assurés adultes. Des adaptations spécifiques aux mineurs s'avèrent, à son avis, justifiées, parce que ces derniers requièrent normalement moins de temps que les assurés adultes du fait que le poids et la taille sont moindres. L'annexe IV retient ainsi l'âge de 10 ans à partir duquel le besoin d'aide en temps serait analogue à celui qui peut être pris en considération pour un adulte.

**b)** Les directives et circulaires administratives s'adressent aux organes d'exécution et n'ont pas d'effets contraignants pour le juge. Toutefois, dès lors qu'elles tendent à une application uniforme et égale du droit, il convient d'en tenir compte et en particulier de ne pas s'en écarter sans motifs valables lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce et traduisent une concrétisation convaincante de celles-ci. En revanche, une circulaire ne saurait sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elle est censée concrétiser. En

d'autres termes, à défaut de lacune, un tel acte ne peut prévoir autre chose que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (ATF 132 V 121 consid. 4.4 ; 131 V 42 consid. 2.3 ; TF 9C\_283/2010 du 17 décembre 2010 consid. 4.1).

**8.** En l'occurrence, la recourante a fait grief à l'intimé de s'être fondé sur l'annexe IV de la CIIAI, laquelle instaurerait des plafonds nullement prévus par le législateur, étant donné la teneur de l'art. 39 RAI (cf. consid. 4b *supra*). A cet égard, on peut en effet retenir, à l'instar de la recourante, que les valeurs fixées à l'annexe IV de la CIIAI ne sauraient être considérées comme des valeurs maximales absolues. Tout comme les recommandations contenues à l'annexe III de la CIIAI, elles ne peuvent constituer que des valeurs de référence purement indicatives, dont l'application ne saurait être impérative. Ainsi qu'il a été relevé *supra* (consid. 5b), l'augmentation du supplément pour soins intenses, dont l'entrée en vigueur coïncide avec celle de l'annexe IV de la CIIAI, ne justifie pas la transformation du système sur le fond. Ce système ne prévoit pas de valeurs maximales en termes de surcroît de temps consacré à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Il est par conséquent possible, cas échéant, de s'écarter des valeurs énumérées dans l'annexe IV de la CIIAI.

**9. a)** Cela étant dit, il s'agit d'examiner si les éléments permettant l'octroi d'un supplément pour soins intenses ont notablement changé par rapport à la situation prévalant lors de la précédente décision sur cet objet, datée du 31 janvier 2019. Il n'est au surplus pas contesté que les répercussions du polyhandicap de la recourante se sont aggravées dans une mesure justifiant la reconnaissance d'une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1<sup>er</sup> mars 2019.

**b)** S'agissant de l'acte « se lever - s'asseoir - se coucher », il a été retenu dans le rapport d'enquête à domicile du 28 novembre 2018 ayant fondé la décision du 31 janvier 2019, que l'assurée ne nécessitait pas d'aide supplémentaire. Toutefois, l'enquêtrice avait d'ores et déjà noté qu'une aide pour tous les changements de position pourrait être

retenue dès le mois de mars 2019. La recourante qui ne tenait ni sa tête ni la position assise devait en effet être portée à chaque transfert. Contrairement à ce que soutient l'intimé sur la base de la communication interne du 22 août 2019, le surcroît de temps nécessaire aux changements de position n'a ainsi pas été anticipé. Au contraire, l'enquêtrice a expressément réservé la révision de cet acte dès les quinze mois révolus. Il s'ensuit que le rapport d'enquête du 28 novembre 2018 n'était pas suffisamment détaillé pour se déterminer sur l'évolution éventuelle du besoin d'aide de la recourante et ne pouvait par conséquent pas permettre à l'intimé d'évaluer le besoin concret de surcroît de temps consacré aux transferts posturaux. C'est au demeurant ce qui ressort de la fiche d'examen établie le 4 mars 2019 par une gestionnaire de l'OAI. Cette dernière a en effet estimé que l'intimé n'était pas suffisamment renseigné sur le temps supplémentaire consacré à ces transferts et qu'il convenait de les chiffrer, l'enquêtrice devant dès lors être interpellée sur ce point. Nonobstant ces consignes, l'intimé n'a ni mis en œuvre une nouvelle enquête à domicile ni même interpellé l'enquêtrice. Selon les documents au dossier, ce n'est qu'au stade de la procédure judiciaire que cette dernière a établi sa communication interne du 22 août 2019. La situation de la recourante n'a ainsi fait l'objet d'aucun complément d'enquête, si bien qu'elle n'a pas été concrètement évaluée par l'intimé avant que celui-ci ne rende la décision entreprise. A cet égard, on relève que contrairement à ce qu'allègue l'OAI, un tel examen était nécessaire, les valeurs énumérées dans l'annexe IV de la CIIAI n'étant qu'indicatives et ne pouvant se substituer à une évaluation individuelle (cf. consid. 7 *supra*).

**c)** Par ailleurs, l'absence de complément d'enquête a également eu pour conséquence que le supplément de temps nécessaire à l'alimentation de la recourante n'a pas été réévalué, ce nonobstant le changement de mode d'administration. Il ressort en effet du rapport du 13 mai 2019 du Dr S. \_\_\_\_\_ que la recourante est passée d'une alimentation par sonde à une alimentation *per os* depuis Pâques 2019, soit préalablement au prononcé de la décision entreprise datée du 13 mai 2019. Cet élément devait ainsi être pris en considération par l'intimé et faire l'objet d'une instruction, ce qui n'a en l'occurrence pas été le cas.

**d)** On relèvera encore que le Dr S. \_\_\_\_\_ a également fait état d'une aggravation depuis février ou mars 2019 de l'hypotonie présentée par la recourante. Cet aspect et ses répercussions sur le handicap de l'intéressée devaient également faire l'objet d'un examen dans le cadre de la procédure de révision initiée par les parents de la recourante.

**10.** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur la question du supplément pour soins intenses. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra en particulier de mettre en œuvre une nouvelle enquête au domicile de la recourante, de manière à déterminer *in concreto* le surcroît de temps apporté aux soins de base, notamment aux transferts posturaux et à l'alimentation.

**11. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière

administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 13 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire.
  
- 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 la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui (pour A.D. \_\_\_\_\_) ;
- 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).

La greffière :