

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 juillet 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Tedeschi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, agissant par son père, **C.**\_\_\_\_\_, et représenté par Me Karim Hichri, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; 42ter al. 3 LAI ; 39 RAI.**

**E n f a i t :**

**A. a)** Né le 16 juin 2011, B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est atteint d'une encéphalopathie d'origine indéterminée associant une épilepsie partielle complexe, un retard du développement psycho-moteur et une microcéphalie.

Par communications des 31 juillet 2012, 21 décembre 2012, 12 juin 2015 et 6 août 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'office intimé) a informé les parents de B.\_\_\_\_\_ qu'il prenait en charge, à titre de mesures médicales, les coûts du traitement des infirmités congénitales classées sous chiffres 387 (épilepsies congénitales), 395 (légers troubles moteurs cérébraux [traitement jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de vie]) et 427 (strabisme et microstrabisme concomitant unilatéral lorsqu'il existe une amblyopie de 0,2 ou moins [après correction]) de l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC ; RS 831.232.21).

Parallèlement à l'octroi de mesures médicales, l'office AI a alloué à l'assuré plusieurs moyens auxiliaires (communications des 19 septembre 2014, 20 octobre 2014, 18 février 2015, 12 juin 2015 et 16 novembre 2017).

**b)** Le 28 octobre 2013, B.\_\_\_\_\_ a déposé une demande tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent.

Se fondant sur les conclusions d'un rapport d'enquête sur l'impotence établi le 11 août 2014, l'office AI a, par décisions du 7 novembre 2014, alloué à B.\_\_\_\_\_, pour la période du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 mai 2014, une allocation pour impotent mineur fondée sur une impotence moyenne et un supplément pour soins intenses de six heures par jour puis, pour la période à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, une allocation

pour impotent mineur fondée sur une impotence moyenne et un supplément pour soins intenses augmenté à huit heures par jour.

**c)** Par décision du 22 septembre 2015, l'office AI a octroyé à B.\_\_\_\_\_, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, une contribution d'assistance pour les heures d'assistance effectivement fournies correspondant à une moyenne mensuelle de 2'406 fr. 30 et annuelle maximale de 26'469 fr. 30.

**d)** Dans le cadre d'une procédure de révision de l'allocation pour impotent initiée au mois de juin 2017, l'office AI a fait réaliser une nouvelle enquête sur l'impotence.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2018, complété le 31 janvier 2019, l'enquêtrice a retenu que B.\_\_\_\_\_ requérait désormais un besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie ainsi qu'un surcroît de temps pour les soins de six heures et douze minutes.

Malgré les objections formulées par l'assuré quant à la diminution annoncée du supplément pour soins intenses à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018, l'office AI a, par décisions du 2 mai 2019, alloué à B.\_\_\_\_\_, pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2017 au 30 juin 2018, une allocation pour impotent mineur fondée sur une impotence grave et un supplément pour soins intenses de huit heures par jour puis, pour la période à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019 [recte : 2018] une allocation pour impotent mineur fondée sur une impotence grave et un supplément pour soins intenses de six heures par jour.

**e)** Par décision du 6 juin 2018, l'office AI a octroyé à B.\_\_\_\_\_, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, une contribution d'assistance correspondant à une moyenne mensuelle de 5'219 fr. 90 et annuelle maximale de 57'418 fr. 90, puis, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, une contribution d'assistance correspondant à une moyenne mensuelle de 6'605 fr. 65 et annuelle maximale de 72'662 fr. 15.

**B.**           **a)** Par acte du 3 juin 2019, B.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de Me Karim Hichri, avocat à Lausanne, déféré les décisions du 2 mai 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017 d'une allocation pour impotent mineur fondée sur une impotence grave ainsi que d'un supplément pour soins intenses de huit heures par jour et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Ses arguments seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après.

**b)** Dans sa réponse du 10 septembre 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Se fondant sur une prise de position rédigée le 9 septembre 2019 par son enquêtrice, il a admis qu'un temps supplémentaire de vingt minutes pouvait être accordé pour la prise des médicaments, ce qui portait le surcroît de temps pour les soins intenses à six heures et trente-deux minutes. Ce constat ne permettait toutefois pas d'accorder un supplément pour soins intenses de huit heures par jour.

**c)** Dans ses déterminations du 2 octobre 2019, B.\_\_\_\_\_ a informé la Cour qu'il n'avait aucune remarque particulière à formuler par rapport à la réponse de l'office AI. Il a néanmoins requis la production au dossier de la prise de position rédigée le 9 septembre 2019 par l'enquêtrice de l'office AI.

**d)** Faisant suite à la requête du juge instructeur, l'office AI a, par courrier du 21 octobre 2019, versé au dossier la prise de position de son enquêtrice.

**e)** En réponse aux questions posées le 19 mai 2020 par le Juge instructeur, la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie et neuropédiatrie auprès de l'Unité de neurologie et neuroréhabilitation pédiatrique du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ (ci-après: F.\_\_\_\_\_), a, par rapport du 5 juin 2020, indiqué les éléments suivants :

**« 1. Quelle est la nature des crises épileptiques présentées par B. \_\_\_\_\_ ?**

B. \_\_\_\_\_ présente différents types de crises, à la fois focales motrices avec propagation bilatérale (principalement crises toniques), crises focales non motrices avec altération de l'état de conscience.

**2. Quelle est la fréquence des crises épileptiques présentées par B. \_\_\_\_\_ ?**

La fréquence actuelle est pluri-journalière, tant durant la veille que le sommeil.

**3. Comment se manifeste une crise d'épilepsie typique chez B. \_\_\_\_\_ (description des symptômes ; durée de la crise) ?**

Les crises typiques sont caractérisées par une hypertonie généralisée de tout le corps avec altération de l'état de conscience. Il s'associe une altération de la respiration, parfois une apnée et une cyanose. Ce type de crises peuvent être parfois suivies de mouvements rythmiques (« comme s'il tricotait avec les membres inférieurs »). Si à ce moment l'enfant n'est pas sécurisé, il peut tomber et se blesser. Ce type de crise dure entre environ 30-40 secondes jusqu'à 5 minutes (durée de 5 minutes considérée avec l'intervention du traitement d'urgence qui est donné après 2 minutes). L'autre type de crise se présente sous forme de perte de contact où l'enfant ne répond plus à la stimulation, de durée variable, sans phénomène moteur associé.

**4. A quels dangers peut être confronté B. \_\_\_\_\_ au cours d'une crise d'épilepsie typique ?**

Il peut tomber et se blesser, pendant les crises toniques plus prolongées, il peut arrêter de respirer tant que la crise ne s'est pas résolue.

**5. Est-ce que la survenance d'une crise d'épilepsie typique chez B. \_\_\_\_\_ nécessite l'intervention immédiate d'une tierce personne ?**

Oui.

**6. Dans l'affirmative, quelle forme doit revêtir cette intervention ?**

Si la crise tonique n'est pas de résolution spontanée au bout de maximum 2 minutes, l'administration d'un traitement d'urgence est requise. Celui-ci est donné par les parents quand l'enfant est à la maison. L'enfant nécessite aussi une intervention immédiate afin de le mettre en sécurité et qu'il ne tombe pas ou ne se blesse pas.

**7. Quelles pourraient être les conséquences en l'absence d'intervention immédiate d'une tierce personne ?**

L'enfant peut se blesser comme décrit ci-dessus. Une crise, qui n'est pas de résolution spontanée, peut se prolonger et se transformer en

état de mal épileptique avec aussi un danger vital lors d'une crise tonique prolongée.

**8. De quel(s) traitement(s) bénéficie B. \_\_\_\_\_ ?**

Il a actuellement un traitement anti-épileptique médicamenteux : Lacosamide, Oxcarbazépine, Clobazam. Il suit aussi un traitement par régime cétogène contre l'épilepsie depuis 6 mois, introduit au vu de l'inefficacité du traitement anti-épileptique médicamenteux.

**9. Comment la situation a-t-elle évolué depuis 2015 ?**

Malheureusement, B. \_\_\_\_\_ continue à présenter une épilepsie difficilement traitable avec des crises pluri-journalières. Une légère amélioration (durée des crises plus courtes) a pu être observée depuis l'introduction de la diète cétogène. D'un point de vue du développement, il fait des progrès très lents. Il persiste une déficience intellectuelle sévère avec un enfant dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne (alimentation, toilettes, hygiène du corps, etc.). En plus, depuis 2015, B. \_\_\_\_\_ a perdu complètement la marche.

**10. Est-ce que la nature de l'épilepsie présentée par B. \_\_\_\_\_ et son intensité nécessitent une surveillance constante et étroite de la part de ses proches ?**

Oui.

**11. Dans l'affirmative, quelle forme doit revêtir cette surveillance ?**

Pendant la nuit, un babyphone a été installé afin de permettre aux parents de se rendre compte de la survenue d'une crise. Sur la journée, l'enfant est surveillé en permanence pour son épilepsie, mais aussi au vu de son polyhandicap sévère.

**12. Avez-vous d'autres observations à formuler ?**

B. \_\_\_\_\_ est suivi à la consultation de neuropédiatrie et neuro-réhabilitation pédiatrique dans le cadre d'une encéphalopathie d'origine vraisemblablement génétique (investigations en cours) associant un poly-handicap sévère avec un trouble moteur (enfant non marcheur), déficience intellectuelle sévère, trouble visuel central, incontinence fécale et urinaire, troubles de l'alimentation (patient avec gastrostomie) et une épilepsie résistante au traitement anti-épileptique. La dernière consultation en neuropédiatrie date du 28 mai 2020 ».

**f)** Dans ses déterminations du 2 juillet 2020, l'office AI a estimé que les éléments figurant dans le rapport de la Dre V. \_\_\_\_\_ du 10 juin 2020 [recte : 5 juin 2020] étaient nouveaux (risque d'apnée, d'altération de la conscience et de cyanose) et permettaient de retenir une surveillance particulièrement intense dès l'âge de huit ans

uniquement, c'est-à-dire dès le mois de juin 2019. Il s'ensuivait que la décision litigieuse du 2 mai 2019 devait être confirmée.

**g)** Dans ses déterminations du 6 juillet 2020, B.\_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport de la Dre V.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2020 ne justifiait aucun commentaire particulier de sa part, si ce n'est qu'il venait conforter le bien-fondé du recours.

**h)** B.\_\_\_\_\_ a déposé d'ultimes déterminations en date du 13 juillet 2020.

### **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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 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.** Au regard des griefs invoqués, le litige a pour seul objet le droit du recourant à un supplément pour soins intenses, singulièrement la question de savoir si la situation du recourant s'est modifiée – de manière à influencer son droit au supplément pour soins intenses – entre le 1<sup>er</sup> juin 2014, date à laquelle un supplément pour soins intenses de huit heures

par jour lui avait été accordé, et le 1<sup>er</sup> juillet 2018, date à partir de laquelle l'office intimé a réduit le supplément pour soins intenses à six heures par jour.

**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 également pour le supplément pour soins intenses (arrêt TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2.2).

**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 ; voir également arrêts TF 9C\_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C\_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

**c)** Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le droit à la prestation doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; voir également arrêts TF 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2 ; 9C\_226/2013 du 4 septembre 2013 consid. 2.1).

**4. a)** Si le supplément pour soins intenses n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (cf. notamment art. 42ter al. 3 LAI ; voir aussi arrêt TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2), les bases sur lesquelles reposent ces deux institutions juridiques sont cependant différentes.

**aa)** Est considéré comme impotent 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 (cf. art. 9 LPGA). Ces actes ordinaires de la vie se divisent en six catégories : "se vêtir, se dévêtir", "se lever, s'asseoir, se coucher", "manger", "faire sa toilette", "aller aux w.-c." et "se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur, établir des contacts sociaux avec l'entourage" (ATF 127 V 94 consid. 3c). Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (cf. TF 9C\_666/2013 précité consid. 8.1).

**bb)** 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 quatre heures (cf. art. 42ter al. 3 LAI et 39 RAI). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose en conséquence sur une appréciation temporelle de la situation (arrêt TF 9C\_666/2013 précité consid 8.2) dans laquelle il convient d'évaluer le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base par rapport au temps ordinairement consacré auxdits traitements et soins pour un mineur du même âge en bonne santé ; n'est en revanche 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 (cf. art. 39 al. 2 RAI).

**b)** Bien que ni la loi, ni le règlement sur l'AI ne fassent expressément référence à l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31), les soins de base évoqués à l'art. 39 al. 2 RAI sont

ceux qui figurent à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Ils recourent partiellement les actes ordinaires de la vie mais ne peuvent y être assimilés pour autant. En particulier, l'acte ordinaire « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur / établir des contacts sociaux avec l'entourage » n'est pas un soin de base selon la systématique légale et réglementaire mise en place (dans ce sens, arrêt TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.3 et 4.3).

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

Cette surveillance ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base (arrêt TF 9C\_350/2014 précité consid. 6.2 et les références citées). Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire, par exemple, lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, il ne doit en revanche pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une

aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (ATF 107 V 136 consid. 1b et 106 V 153 consid. 2a ; arrêt TF 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; voir également ch. 8035 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], applicable par renvoi du ch. 8078 CIIAI).

La condition de la surveillance particulièrement intense n'est pas réalisée du seul fait que l'enfant nécessite une surveillance de quelques heures par jour. Il faut encore que cette surveillance exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante, comme elle est requise, par exemple, par un enfant autiste qui a des problèmes considérables pour percevoir son environnement et communiquer avec lui (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n°2370 p. 634). Cela signifie que la personne chargée de l'assistance doit se trouver en permanence à proximité immédiate de l'assuré, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce dernier ou provoquer des dommages considérables à des personnes ou à des objets (cf. ch. 8079 CIIAI). Le Tribunal fédéral a précisé en particulier que le seul diagnostic d'autisme ne suffisait pas à admettre un cas de surveillance particulièrement intense (arrêt TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2.2 ; arrêts TFA I 684/05 du 19 décembre 2006 consid. 4.4 et I 67/05 du 6 octobre 2005 consid. 4.1). Cette dernière est par contre admise lorsque l'enfant ne peut être laissé seul cinq minutes et que les parents doivent sans cesse être à même d'intervenir (TFA I 684/05 précité).

**d)** 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).

**5. a)** Dans sa décision du 7 novembre 2014 relative à la période à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, l'office intimé avait retenu que le recourant pouvait prétendre à un supplément pour soins intenses de huit heures par jour, le recourant nécessitant un surcroît d'aide de cinq heures et quinze minutes pour les actes de la vie, de trente-cinq minutes pour les soins de base, de trente-sept minutes pour les traitements et de deux heures pour la surveillance permanente.

**b)** Aux termes de sa décision du 2 mai 2019 relative à la période courant à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2018, l'office intimé a estimé que le recourant ne pouvait désormais prétendre qu'à un supplément pour soins intenses de six heures par jour. De son point de vue, le recourant nécessitait désormais un surcroît d'aide de quatre heures et quatre minutes pour les actes de la vie (trente minutes pour l'acte de s'habiller ; quarante-huit minutes pour l'acte de se lever/s'asseoir/se coucher ; nonante-cinq minutes pour l'acte de manger ; trente-six minutes pour l'acte de faire sa toilette ; trois minutes pour l'acte d'aller aux WC), de trente-trois minutes pour les traitements (vingt-six minutes et demie pour les traitements et six minutes et demie pour l'accompagnement lors de visites médicales) et de deux heures pour la surveillance permanente.

**6.** Ainsi qu'on l'a vu plus haut (cf. supra consid. 4a), le supplément pour soins intenses n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent. Dans le cas d'espèce, la survenance d'un besoin d'aide régulière et importante pour accomplir un nouvel acte ordinaire de la vie (« se laver ») a conduit à un réexamen complet de l'impotence du recourant et, par la suite, à l'octroi d'une allocation pour impotent mineur fondée sur une impotence grave. Dans cette mesure, l'office intimé n'a pas violé le droit fédéral en procédant également, sans référence à l'évaluation antérieure réalisée en 2014, à un réexamen complet du droit au supplément pour soins intenses.

**7.** Dans ces conditions, l'examen auquel il convient de procéder en l'espèce se limite au point de savoir si, à la lumière des critiques émises par le recourant, l'office intimé a apprécié correctement la situation et pris en considération l'ensemble des circonstances pertinentes.

**a)** En ce qui concerne l'acte "se lever, s'asseoir, se coucher", l'office intimé a retenu la nécessité quotidienne de dix transferts pour les changements de posture, de quatre transferts pour l'installation dans la chaise d'enfant et de deux transferts pour le coucher et le sortir du lit. A raison de trois minutes par transfert, le résultat total était de quarante-huit minutes par jour. L'office intimé n'a en revanche pas tenu compte d'un surcroît de temps lié aux difficultés d'endormissement du recourant, un tel supplément ne pouvant être retenu qu'à compter de l'âge de huit ans.

Le recourant estime qu'il convient de tenir compte, comme en 2014 d'ailleurs, d'un surcroît d'aide de deux heures en lieu et place des quarante-huit minutes retenues dans le rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars 2018. Il relève qu'il doit, en cas de transfert, se tenir au cou de sa mère et être porté pour changer de posture, dès lors qu'il ne se tient pas debout, qu'il ne marche pas et qu'il ne bouge pas par lui-même lorsqu'il est assis, à moins d'être stimulé. Il nécessite par ailleurs une aide directe pour le coucher, dans la mesure où il adopte un comportement récalcitrant et où

seule la présence active d'un adulte à ses côtés durant une heure permet de le rassurer.

Les critiques du recourant ne doivent être admises que partiellement. S'agissant de la problématique des transferts, le recourant ne conteste pas les chiffres de l'office intimé et n'explique pas en quoi les trois minutes retenues pour chaque transfert ne seraient pas conformes à la réalité. Il convient au contraire de constater que ces chiffres correspondent aux informations données par la mère du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les remettre en cause. En tout état de cause, il n'est pas suffisant d'affirmer que les transferts se feraient de manière plus lente en raison de la prise de poids, une telle allégation ne permettant nullement de démontrer qu'une durée de trois minutes ne suffirait pas pour procéder aux transferts litigieux. S'agissant en revanche de la problématique liée aux difficultés d'endormissement du recourant, il convient de constater que le raisonnement de l'office intimé repose sur un postulat erroné. Dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'annexe IV de la circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ne contient – contrairement à la version 2015 de la CIIAI sur laquelle l'office intimé s'est fondé –, aucune restriction liée à l'âge. L'examen d'un surcroît de temps lié à des difficultés d'endormissement ne saurait par conséquent être exclu pour un tel motif. Cela étant, il ressort des déclarations du recourant, partiellement corroborées par les constatations contenues dans le rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars 2018, que celui-ci présente un comportement récalcitrant au moment de se coucher. D'après la CIIAI, l'existence d'un tel comportement justifie la prise en compte d'un surcroît de temps de vingt-cinq minutes.

**b)** S'agissant de l'aide pour les soins, l'office intimé a évoqué la possibilité de tenir compte d'un surcroît de temps de quinze minutes supplémentaires si la mesure consistant à poser des « tapes » en lieu et place des orthèses, afin de prévenir des malformations, devait perdurer. Ce supplément de temps n'a toutefois pas été pris en considération au motif que la mesure était alors à l'essai.

A l'appui de son recours, le recourant explique que cette mesure a été maintenue au terme de la période d'essai et demande la prise en compte de ces quinze minutes additionnelles.

Dans la mesure où l'office intimé avait admis sur le principe la prise en compte d'un tel supplément, il convient de faire droit au recourant et de retenir un surcroît de temps de quinze minutes pour les soins de base.

**c)** Par rapport à l'aide pour les traitements, l'office intimé a admis dans sa réponse la prise en compte de vingt minutes supplémentaires au titre de surcroît de temps pour administrer les médicaments par gastrostomie percutanée endoscopique (PEG). Dans la mesure où cela correspond au temps additionnel requis par le recourant, il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail cette question.

**d)** En ce qui concerne l'accompagnement lors des visites médicales, l'office intimé a tenu compte de trois consultations auprès du Service de gastrologie du F.\_\_\_\_\_ (à raison de cent huitante minutes pour chaque rendez-vous), de deux consultations auprès du Service de neurologie du F.\_\_\_\_\_ (à raison de cent vingt minutes par rendez-vous) et de consultations visites auprès du Service de neuroréhabilitation du F.\_\_\_\_\_ (à raison de cent vingt minutes par rendez-vous), ainsi que d'une déduction de trois cent soixante minutes (conformément à l'annexe IV de la CIIAI, dans sa teneur valable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015). Il se justifiait par conséquent de prendre en compte, après annualisation, deux minutes supplémentaires au titre de surcroît de temps pour accompagner le recourant lors de ses visites médicales.

Le recourant reproche à l'office intimé, d'une part, de n'avoir pas tenu compte de la consultation annuelle chez son ophtalmologue, le Dr Z.\_\_\_\_\_, et, d'autre part, d'avoir procédé à une déduction qui ne figurait plus dans l'annexe IV de la CIIAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Comme l'office intimé l'admet implicitement dans son complément d'enquête du 31 janvier 2019, il n'y a aucun motif en l'espèce de ne pas tenir compte d'une consultation annuelle auprès du Dr Z.\_\_\_\_\_ (à raison de cent vingt minutes par rendez-vous). De même, une déduction temporelle n'est pas justifiée au regard de la teneur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 de l'annexe IV de la CIIAI. Il s'ensuit qu'il y a lieu de retenir un surcroît de temps de trois minutes.

**e)** S'agissant pour finir de la surveillance personnelle particulièrement intense, l'office intimé a, tout en admettant que le recourant pouvait être sujet à des crises d'épilepsie, estimé qu'il ne risquait pas de se mettre en danger lorsqu'il était installé dans sa chaise roulante adaptée et qu'il était sécurisé par diverses attaches ; une personne était toutefois nécessaire dans la même pièce pour intervenir en cas de nécessité.

Le recourant reproche à l'office intimé d'avoir ignoré qu'il nécessitait une surveillance particulièrement intense à cause des risques liés à son épilepsie ; sans surveillance, il courrait le risque de mettre sa santé en danger en cas de crise d'épilepsie prolongée ou répétée. De plus, lorsqu'il n'entendait plus de bruit ou de présence auprès de lui, il pouvait s'agiter et se mettre en pleurs ; s'il était au sol, il ne gérait alors plus son espace et pouvait se cogner ; s'il était dans son fauteuil, il pouvait se contorsionner au point de se blesser, aucune attache ne pouvant l'en empêcher au vu de sa force. Quant à ses problèmes de vue, ils augmentaient son besoin d'être rassuré, dès lors qu'il ne supportait pas d'être seul.

S'il ne fait aucune doute que le recourant nécessite une surveillance personnelle permanente, il convient de déterminer si celle-ci est particulièrement intense, singulièrement s'il exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante. Cela signifie que la personne doit se trouver en permanence à proximité immédiate du recourant, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce

dernier ou provoquer des dommages considérables à des personnes ou à des objets.

Or, il ressort du complément d’instruction requis par la Cour de céans auprès de l’Unité de neurologie et de neuroréhabilitation pédiatrique du F.\_\_\_\_\_ que le recourant souffre d’une épilepsie difficilement traitable, avec des crises pluri-journalières, qui, pour certaines d’entre elles, peuvent durer jusqu’à cinq minutes, caractérisées par une altération de l’état de conscience et de la respiration avec, parfois, une apnée et une cyanose (cf. rapport du 5 juin 2020 de la Dre V.\_\_\_\_\_). Ainsi convient-il d’admettre que le recourant est susceptible de présenter des crises épileptiques en tout temps, crises au cours desquelles sa respiration peut s’interrompre. L’état de santé du recourant impose à la personne chargée de l’assistance qu’elle demeure très attentive, qu’elle se tienne en permanence à proximité immédiate et qu’elle soit à tout moment prête à intervenir. Autrement dit, le recourant courrait, en l’absence de surveillance, un risque significatif pour sa vie.

La régularité d’un besoin de surveillance particulièrement intense apparaît donc établie, si bien qu’il convient de retenir un surcroît de temps de deux cent quarante minutes. Contrairement à ce que soutient l’office intimé dans ses déterminations du 2 juillet 2020, rien ne permet de penser qu’il s’agit d’éléments nouveaux qui seraient survenus postérieurement à la décision litigieuse.

**f)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le recourant nécessite un surcroît d’aide de quatre heures et vingt-neuf minutes pour les actes de la vie (trente minutes pour l’acte de s’habiller ; septante-trois minutes pour l’acte de se lever/s’asseoir/se coucher ; nonante-cinq minutes pour l’acte de manger ; trente-six minutes pour l’acte de faire sa toilette ; trois minutes pour l’acte d’aller aux WC), de quinze minutes pour les soins de base, de quarante-neuf minutes et demie pour les traitements (quarante-six minutes et demie pour les traitements et trois minutes pour l’accompagnement lors de visites médicales) et de quatre heures pour la surveillance permanente particulièrement intense.

Un surcroît total d'aide de neuf heures et trente-trois minutes et demie ouvre dès lors le droit à un supplément pour soins intenses de plus de huit heures par jour.

**g)** En conclusion, force est de constater que l'office intimé n'était pas habilité, au vu de la situation, à réduire, avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2018, le supplément pour soins intenses dont le recourant était le bénéficiaire depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014.

**8. a)** Bien fondé, le recours doit être admis. Les décisions rendues par l'office intimé le 2 mai 2019 doivent par conséquent être réformées, en ce sens que le recourant a droit à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017 à une allocation pour impotent mineur fondée sur une impotence grave ainsi qu'à un supplément pour soins intenses de huit heures par jour.

**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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de les mettre à la charge de l'office intimé.

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

**I.** Le recours est admis.

- II.** Les décisions rendues le 2 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que B.\_\_\_\_\_ a droit à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017 à une allocation pour impotent mineur fondée sur une impotence grave ainsi qu'à un supplément pour soins intenses de huit heures par jour.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés 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 B.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Hichri (pour B.\_\_\_\_\_),
- 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 :