C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 8 octobre 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente

M. Wiedler et Mme Livet, juges

Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B.C._____, à A***, recourant, agissant par ses parents C.C._____ et D.C._____, audit lieu, eux-mêmes représentés par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

_____

Art. 9 LPGA ; 42 LAI ; 39 RAI

E n f a i t :

A. **a)** B.C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ***2017, présente un trouble du spectre de l'autisme (TSA), associé à un retard spécifique du développement du langage (cf. rapport du 25 février 2021 et compte rendu du bilan d'évaluation du 30 novembre 2021 du service des Troubles du Spectre de l'Autisme et apparentés du Centre hospitalier universitaire vaudois), reconnu sous chiffre 405 de l'Annexe à l'OIC-DFI (ordonnance du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.211 ; anciennement chiffre 401 de l'Annexe à l'OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21]).

Le 15 octobre 2021, l'assuré, agissant par ses parents, a déposé une demande d'allocation pour mineur impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir un besoin d'aide régulière et importante pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'assoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ainsi qu'un besoin de surveillance personnelle.

Le 25 janvier 2022, une demande de prestations médicales en faveur de l'assuré a également été déposée auprès de l'OAI.

Par communication du 2 mars 2022, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale reconnue sous le chiffre 405 de l'Annexe à l'OIC, sous la forme d'une évaluation par le Centre cantonal de l'autisme, du 8 février 2021 au 28 février 2026.

Dans un rapport d'évaluation de l'impotence du 23 mars 2022, l'évaluateur a retenu que l'assuré avait besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir » (10 minutes), « manger » (aucun surcroît de temps) et « se lever/s'asseoir/se coucher » (25 minutes). Il a en outre comptabilisé 8 minutes au titre de l'accompagnement aux visites

médicales et chez les thérapeutes et fixé le surcroît de temps nécessaire à 43 minutes au total.

Par projet de décision du 1er avril 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible dès le 1er août 2021.

Les 14 avril et 23 mai 2022, l'assuré, agissant par ses parents, avec l'assistance de Pro Infirmis, a contesté ce projet de décision.

Par communication du 6 juillet 2022, l'OAI a pris en charge les coûts d'un traitement d'ergothérapie ambulatoire médicalement prescrit en rapport avec l'infirmité congénitale reconnue sous le chiffre 405 de l'Annexe à l'OIC, du 8 septembre 2021 au 30 septembre 2026.

Par décision du 2 juin 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation pour mineur impotent de degré moyen. Il a retenu que l'assuré nécessitait, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge, un surcroît d'aide et de soins pour quatre actes ordinaires de la vie, à savoir « manger » dès l'âge de 18 mois, « se vêtir/se dévêtir » dès l'âge de 3 ans, « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » dès l'âge de 3 ans et dès l'âge de 5 ans s'agissant des contacts sociaux, ainsi que « se lever/s'asseoir/se coucher » dès l'âge de 4 ans. Il a en revanche nié le droit à un supplément pour soins intenses, le surcroît de temps étant inférieur à 4 heures par jour, soit 35 minutes pour les soins de base et 8 minutes pour l'accompagnement aux thérapies et consultations.

b) Par courrier du 10 août 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il procédait à une révision de son droit à l'allocation pour mineur impotent, dès lors que des actes supplémentaires étaient susceptibles d'être pris en considération à partir de l'âge de six ans.

Dans un courrier du 6 septembre 2023, l'assuré a indiqué qu'il nécessitait toujours de l'aide pour faire sa toilette. Il devait être aidé durant toutes les étapes du bain ou de la douche et nécessitait la présence d'un

parent durant toute leur durée, ainsi qu'une aide pour se brosser les dents. Il avait également toujours besoin d'aide pour les autres actes ordinaires de la vie. En particulier, il devait être accompagné et surveillé lorsqu'il se rendait aux toilettes et devait être aidé pour s'essuyer et se rhabiller. En outre, l'assuré nécessitait une attention permanente et ne pouvait être laissé seul dans une pièce en raison du risque qu'il se mette en danger. A l'extérieur, il devait constamment être tenu par la main, au risque notamment qu'il parte en courant sur la route sans tenir compte des dangers.

Répondant à un questionnaire de l'OAI, reçu par celui-ci le 30 novembre 2023, l'Etablissement secondaire des [...] a indiqué que le comportement de l'assuré pouvait varier d'un jour à l'autre. Certains jours, il parvenait mieux à suivre le groupe de classe, tandis que d'autres étaient marqués par des blocages. Il arrivait de mieux en mieux à se changer seul et se rendait de manière autonome aux toilettes, mais nécessitait de l'aide pour se laver les mains. Les trajets et déplacements étaient travaillés avec lui plusieurs jours à l'avance. Son évolution était décrite comme fluctuante, avec de possibles retours en arrière et une fragilité particulière lors des changements.

Par communication du 18 janvier 2024, l'OAI a pris en charge les coûts d'un traitement d'ergothérapie ambulatoire médicalement prescrit, du 1er janvier 2024 au 30 septembre 2026.

Dans un rapport du 29 janvier 2024 adressé à l'OAI, la Dre M._____, spécialiste en pédiatrie, a indiqué que l'assuré était connu pour un trouble du spectre de l'autisme. À domicile, ses parents ne pouvaient jamais le laisser seul dans une pièce, dès lors qu'il pouvait à tout moment se mettre en danger, notamment en ouvrant des tiroirs ou en grimpant sur des étagères. À l'extérieur, il était indispensable de lui tenir constamment la main, au risque qu'il fuie ou coure sur la route. Ces comportements étaient activement travaillés en ergothérapie mais les acquis n'étaient pas encore complets. Elle estimait ainsi que l'assuré

répondait clairement aux critères d'une surveillance personnelle particulièrement intense.

Selon un rapport d'évaluation de l'impotence faisant suite à une visite à domicile du 25 septembre 2024, l'évaluateur de l'OAI a retenu un besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir », à raison de 25 minutes, « manger », à raison de 45 minutes, « faire sa toilette », à raison de 15 minutes, « aller aux toilettes », à raison de 5 minutes, ainsi que « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Il a également comptabilisé 4 minutes pour l'accompagnement aux visites médicales et chez les thérapeutes et retenu la nécessité d'une surveillance personnelle permanente depuis le mois d'août 2023. Le surcroît de temps nécessaire a été fixé à 3 heures et 34 minutes au total.

Par projet de décision du 27 septembre 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de maintenir son droit à une allocation pour mineur impotent de degré moyen dès le 1er août 2023. Il a retenu que l'assuré présentait toujours un besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ainsi que, depuis l'âge de 6 ans, un besoin d'aide pour les actes « faire sa toilette » et « aller aux toilettes ». La nécessité d'une surveillance personnelle permanente a également été admise dès l'âge de 6 ans. L'OAI a en revanche considéré que les conditions d'un supplément pour soins intenses n'étaient pas remplies, le surcroît de temps étant inférieur à 4 heures par jour, soit 1 heure et 30 minutes pour les soins de base, 4 minutes pour l'accompagnement aux thérapies et consultations et 2 heures pour la surveillance personnelle permanente.

Le 16 octobre 2024, l'assuré, agissant par ses parents, avec l'assistance de Pro Infirmis, a présenté ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Il a fait valoir qu'il se réveillait encore une à deux fois par nuit et nécessitait l'intervention de l'un de ses parents pour se rendormir, de sorte que l'aide devait continuer à être reconnue pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » et qu'une allocation pour impotent de degré grave devait lui être octroyée. S'agissant du supplément pour soins

intenses, il a requis la prise en compte de 10 minutes supplémentaires pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » en raison de son comportement récalcitrant. Pour l'acte « manger », 5 minutes devaient être ajoutées pour couper les aliments ainsi qu'un temps supplémentaire en raison de son comportement récalcitrant, ses parents devant continuellement le ramener à table. Il a également contesté le temps retenu pour l'accompagnement aux thérapies, exposant que les déplacements et la séance mobilisaient son père près de 2 heures. Il a ainsi demandé l'octroi d'un supplément pour soins intenses correspondant à une prise en charge d'au moins 4 heures par jour.

Par communication du 18 novembre 2025, l'OAI a pris en charge les coûts de consultations pédiatriques en faveur de l'assuré.

Par décision du 8 décembre 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 septembre 2024. S'agissant de l'acte « se vêtir/se dévêtir », il a relevé que les parents faisaient valoir un temps de 50 minutes et que le temps maximal pouvant être pris en considération pour un enfant du même âge était de 30 minutes, dont il convenait encore de déduire 5 minutes correspondant au temps normalement consacré à cet acte par un enfant du même âge sans atteinte à la santé. Il a ainsi maintenu le surcroît de 25 minutes. Concernant l'acte « manger », l'OAI a relevé que le temps invoqué était de 60 minutes par repas et comprenait déjà celui lié au comportement récalcitrant, de sorte que le temps retenu, correspondant au maximum admissible, ne pouvait être augmenté. Enfin, s'agissant de l'accompagnement aux thérapies, dès lors que le père de l'assuré ne participait pas aux séances, seul le temps de trajet pouvait être pris en compte, les 30 minutes comptabilisées correspondant au temps effectif.

B. Par acte du 23 janvier 2026, B.C._____, agissant par ses parents, représentés par Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 8 décembre 2025, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision en ce sens qu'un supplément pour soins intenses de quatre heures lui soit octroyé, et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction

complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a contesté l'évaluation du surcroît de temps consacré à sa prise en charge. Il a fait valoir que les temps retenus pour les actes « se vêtir/se dévêtir » et « manger » étaient insuffisants, reprochant notamment à l'intimé d'avoir procédé à une double réduction en appliquant les valeurs maximales prévues par la circulaire sur l'impotence tout en opérant une déduction liée à l'âge. S'agissant de l'acte « manger », il a soutenu qu'il convenait de tenir compte, en sus du temps consacré aux repas et aux goûters, du temps nécessaire au petit-déjeuner ainsi que des suppléments prévus par la circulaire sur l'impotence pour son comportement récalcitrant et pour couper les aliments. Il a également contesté le temps retenu pour l'accompagnement aux visites médicales et aux thérapies. La prise en compte correcte de ces différents postes conduisait à reconnaître un surcroît de temps d'au moins quatre heures par jour et, partant, son droit à un supplément pour soins intenses.

Par réponse du 6 mars 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 30 avril 2026, Procap Suisse a produit sa liste des opérations.

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 compte tenu de la suspension du délai durant les féries hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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. Le litige a uniquement pour objet le droit du recourant à un supplément pour soins intenses, singulièrement la question de savoir si le surcroît de temps consacré à sa prise en charge atteint au moins quatre heures par jour. Ce dernier ne remet en effet pas en question, dans les conclusions de son recours, le maintien de l’allocation pour mineur impotent de degré moyen alloué depuis le 1er août 2021.

3. L’entrée en vigueur, le 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l’assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l’AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l’assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706) n’a pas amené de changement quant aux conditions du droit à l’allocation pour mineur impotent et du supplément pour soins intenses.

4. **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 (TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2.2).

b) Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis 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.

c) 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 précédente décision rendue sur le fond 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).

5. **a)** Aux termes de l’art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d’une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l’aide d’autrui ou d’une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

b) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

c) 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).

6. **a)** Les mineurs ayant droit à une allocation pour impotent, qui ne séjournent pas dans un home, mais qui ont besoin de soins intenses, ont droit à un supplément pour soins intenses (art. 42ter al. 3, 1ère phrase, LAI ; art. 36 al. 2 et 39 RAI). Ce supplément 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).

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 quatre heures (art. 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).

c) 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).

d) Alors que l’allocation pour impotent découle du besoin durable d’aide ou de surveillance pour accomplir les actes de la vie quotidienne, le droit au supplément pour soins intenses dépend du point de savoir si l’impotent mineur nécessite un surcroît de soins ou de surveillance en termes de temps par rapport à la mesure nécessaire aux enfants en bonne santé du même âge.

e) La CSI (Circulaire sur l’impotence édictée par l’Office fédéral des assurances sociales en vigueur dès le 1er janvier 2022) contient à son annexe 2 des « Recommandations relatives à l’évaluation de l’impotence déterminante pour les mineurs », à savoir des 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).

La CSI précise, à ses chiffres 5010 et 5011, que pour garantir l'égalité de droit dans le calcul du droit au supplément pour soins intenses, des limites maximales ont été fixées pour le surcroît de temps pouvant être pris en compte pour les soins de base et les traitements. L'annexe 3 indique ces limites, ainsi que le temps normalement consacré aux soins de base pour les mineurs en bonne santé. Les limites maximales garantissent l'égalité de traitement de tous les assurés. Dans la plupart des cas, l'application des montants maximaux permet de refléter correctement la situation de l'assuré. Les différents suppléments permettent en outre de tenir compte des spécificités propres à chaque cas. Il existe toutefois des exceptions dans lesquelles le besoin d'aide, pour des raisons médicales, est manifestement supérieur aux montants fixés. Ces exceptions concernent presque exclusivement les traitements ; le surcroît d'aide qu'elles représentent peut être pris en compte au titre des « autres mesures ». En principe, il n'est possible de déroger aux limites que lorsque le besoin d'aide, pour des raisons médicales, est nécessaire et supérieur (par ex. lorsque davantage d'interventions sont requises). En cas d'incertitude, il faut faire appel au Service médical régional de l'assurance-invalidité.

Les directives administratives sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales par les organes d'exécution des assurances sociales. Elles établissent notamment des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce conformément au principe d'égalité de traitement. Les directives administratives sont destinées à l'administration, mais le juge ne s'en écarte pas sans motif pertinent (ATF 146 V 104 consid. 7.1 ; 146 V 233 consid. 4.2.1 ; 144 V 195 consid. 4.2 et les références citées).

7. **a)** 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 deux heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures (art. 39 al. 3 RAI).

b) Cette surveillance permanente 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 (TF 8C_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.5 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, en revanche, il ne doit 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. Le besoin de surveillance peut être admis, déjà en cas de faible probabilité de mise en danger, lorsque l’absence de surveillance pourrait entraîner des conséquences néfastes pour la santé (TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; 9C_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.4 ; ch. 5022 ss CSI).

c) On admet un besoin de surveillance nettement accru chez un mineur, par comparaison avec un enfant du même âge, en particulier lorsque celui-ci pourrait se mettre en danger ou constituer un danger pour des tiers, pour autant que la situation de danger et le besoin de surveillance subsistent malgré les mesures prises pour réduire le risque de dommage, ou lorsque la surveillance personnelle requise se caractérise par une intensité dépassant celle dont a besoin un enfant du même âge ne souffrant d'aucun handicap (TF 9C_431/2008 du 26 février 2009 consid. 4.4 ; ch. 5024 CSI).

8. **a)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

d) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

9. **a)** En l'espèce, l'intimé a estimé que le recourant avait droit au maintien d'une allocation pour mineur impotent de degré moyen, mais non à un supplément pour soins intenses, le surcroît de temps nécessaire n'atteignant toujours pas quatre heures par jour. Il s'est, à cet égard, fondé sur le rapport d'évaluation de l'impotence établi à la suite d'une visite à domicile du 25 septembre 2024.

b) Cela posé, il convient de rappeler que, par décision du 2 juin 2023, l'intimé avait reconnu que le recourant avait besoin d'une aide régulière et importante pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « manger », « se lever/s'asseoir/se coucher » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Il n'est désormais pas contesté que le recourant a toujours besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Depuis le 1er août 2023, un besoin d'aide est en outre reconnu pour les actes « faire sa toilette » et «

aller aux toilettes », de sorte que le recourant présente une impotence dans cinq actes ordinaires de la vie.

En revanche, dans sa décision du 8 décembre 2025, l'intimé a estimé que le recourant n'avait plus besoin d'une aide régulière et importante pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ». A cet égard, si la précédente enquête avait déjà relevé que le recourant était entièrement autonome pour changer de position, une aide avait néanmoins été reconnue en raison de ses réveils nocturnes, qui survenaient alors deux à trois fois par nuit et nécessitaient que ses parents se lèvent pour le raccompagner dans son lit, puis le calment et le rassurent durant une dizaine de minutes à chaque fois (cf. rapport du 23 mars 2022). Or, lors de l'évaluation du 25 septembre 2024, le recourant était toujours autonome pour les changements de position et les éléments recueillis ne permettaient plus de retenir une intervention parentale d'une fréquence et d'une intensité comparables à celles constatées précédemment. C'est dès lors à juste titre que l'intimé n'a plus retenu de besoin d'aide régulier et important pour cet acte, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas au stade de la présente procédure.

Il n'est par ailleurs pas contesté que le recourant nécessite également une surveillance personnelle permanente. Le rapport d'évaluation retient celle-ci depuis le mois d'août 2023, compte tenu notamment du fait que l'intéressé ne peut être laissé seul dans une pièce sans risque de se mettre en danger. Il ressort également des renseignements médicaux recueillis que, tant à domicile qu'à l'extérieur, une surveillance étroite demeure nécessaire, le recourant étant susceptible d'adopter des comportements dangereux, ou, à l'extérieur, en prenant la fuite ou en courant sur la route s'il n'est pas constamment tenu par la main.

c) Demeure litigieuse la quotité du supplément pour soins intenses, que l'intimé a fixée sur la base d'un surcroît de 3 heures et 34 minutes (1 heure et 30 minutes pour les actes ordinaires de la vie quotidienne [25 minutes pour « se vêtir/se dévêtir », 45 minutes pour « manger », 15 minutes pour « faire sa toilette » et 5 minutes pour « aller aux toilettes »] + 4 minutes pour l'accompagnement aux visites médicales et

chez les thérapeutes + 2 heures pour la surveillance personnelle permanente).

Le recourant soutient, pour sa part, que le surcroît de temps a été sous-évalué. Selon lui, un surcroît de temps supérieur à 4 heures par jour devrait lui être reconnu, compte tenu notamment d'un temps de 40 minutes pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » et de 100 minutes pour l'acte « manger », étant précisé qu'un temps de 8 minutes pour l'accompagnement aux visites médicales et chez les thérapeutes ainsi que 2 heures pour la surveillance personnelle permanente devaient encore être comptabilisés.

aa) On observera tout d'abord que le rapport d'évaluation établi à la suite de la visite à domicile du 25 septembre 2024 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il a été élaboré par une personne qualifiée, qui s'est entretenue avec le père du recourant lors de la visite à domicile et a pris note de ses explications quant à l'aide dont celui-ci avait besoin au quotidien et à ses habitudes, de manière détaillée, pour chacun des actes ordinaires de la vie. L'évaluateur avait en outre connaissance de la situation médicale du recourant ainsi que des circonstances dans lesquelles s'inscrivait son mandat. Il a notamment décrit concrètement les difficultés rencontrées pour les différents actes ordinaires de la vie et précisé, pour chacun d'eux, la nature de l'aide apportée par les parents ainsi que le temps nécessaire à celle-ci. Il s'est également prononcé sur la nécessité d'une surveillance personnelle permanente et sur le temps consacré à l'accompagnement aux visites médicales et chez les thérapeutes. Ses constatations apparaissent circonstanciées et reposent sur les renseignements recueillis directement auprès du père du recourant lors de la visite à domicile.

bb) S'agissant de l'acte « se vêtir/se dévêtir », le recourant soutient que le temps retenu par l'intimé doit être augmenté à deux égards.

aaa) Il fait premièrement valoir que l'intimé a procédé à une double réduction contraire à l'art. 39 al. 2 RAI. Il se prévaut à cet égard d'un arrêt du Tribunal administratif du canton de Zoug du 3 janvier 2023 (S 2022

78), selon lequel il convient d’établir, dans un premier temps, le besoin d’aide effectivement fourni par les parents, puis d’en déduire le besoin d’aide usuel d'un enfant du même âge et, enfin, de comparer le résultat ainsi obtenu à la valeur maximale prévue par la CSI. Selon le recourant, l’intimé ne pouvait ainsi ramener d’abord le temps effectif de 50 minutes à la valeur maximale de 30 minutes prévue par l’Annexe 3 de la CSI, puis encore en déduire 5 minutes au titre de l’aide normalement nécessaire à un enfant du même âge. En suivant la méthode qu’il préconise, les 5 minutes devaient être déduites des 50 minutes effectivement nécessaires, puis le résultat de 45 minutes plafonné à la valeur maximale de 30 minutes, de sorte qu’un surcroît de 30 minutes, et non de 25 minutes, doit être retenu.

Cette argumentation ne saurait toutefois être suivie. Certes, dans son arrêt S 2022 78 du 3 janvier 2023 (consid. 5.1.1), le Tribunal administratif du canton de Zoug a considéré que le fait de ramener le temps d’aide effectivement nécessaire à la valeur maximale prévue par la circulaire, puis de déduire encore le temps correspondant à l’aide liée à l’âge, conduisait à double déduction. Cette approche repose toutefois sur l’idée que les valeurs maximales figurant à l’Annexe 3 intégreraient déjà l’aide normalement nécessaire à un enfant en bonne santé du même âge. Or, la Cour est d’avis qu’une telle conclusion ne ressort pas de la manière dont ces valeurs ont été élaborées. L’introduction de l’Annexe 3 distingue en effet expressément, d’une part, le temps nécessaire à l’aide en fonction de l’âge, lequel repose sur l’expérience de différents offices AI et correspond à des valeurs moyennes, et, d’autre part, les valeurs maximales pouvant être prises en considération, lesquelles sont fondées sur l’instrument d’instruction standardisé FAKT. Pour déterminer ces dernières, il a été tenu compte des valeurs temporelles couvrant le besoin d’aide d’une personne adulte, auxquelles des adaptations ont été apportées en fonction de l’âge, dès lors que ce n’est qu’à partir de dix ans que le besoin d’aide en temps est analogue à celui pris en considération pour un adulte. Les valeurs maximales et les valeurs relatives à l’aide liée à l’âge ne se confondent ainsi pas. Les premières permettent d’objectiver le temps d’aide pouvant être pris en considération pour un enfant atteint dans sa santé, les adaptations opérées en fonction de l’âge se rapportant à la comparaison avec le besoin

d’aide d’une personne adulte nécessitant une assistance. Elles ne correspondent donc pas encore au surcroît net d’aide par rapport à un enfant en bonne santé du même âge. C’est précisément la déduction, dans un second temps, de l’aide normalement nécessaire à un enfant du même âge qui permet de déterminer le surcroît d’aide imputable à l’atteinte à la santé, seul déterminant au regard de l’art. 39 al. 2 RAI. La réduction à la valeur maximale et la déduction de l’aide liée à l’âge répondent ainsi à deux finalités différentes et leur application successive ne saurait, en soi, être assimilée à une double déduction (cf. Tribunal administratif du canton de Schwytz, I 2023 58 du 10 mars 2025 consid. 5.4). Cette manière de procéder apparaît au demeurant admissible au regard de la jurisprudence fédérale (cf. TF 9C_75/2020 du 9 février 2021 consid. 6.2.1 ; TF 8C_535/2022 du 1er juin 2023 consid. 4.3.1).

A cet égard, il convient de rappeler que ces valeurs ont été fixées afin de garantir l’égalité de traitement dans la détermination du surcroît de temps susceptible d’être pris en considération et permettent, dans la plupart des situations, de représenter correctement le besoin d’aide de la personne assurée. Le recours à des valeurs standardisées apparaît à cet égard justifié, dès lors que l’estimation du temps nécessaire à l’aide est, par nature, difficile à déterminer avec précision et peut dépendre de l’appréciation de la personne assurée ou de celle qui lui fournit cette aide. Les valeurs maximales permettent ainsi d’objectiver les indications recueillies dans le cas concret et d’éviter que des situations comparables conduisent à des résultats différents en fonction de l’appréciation subjective des intéressés (ATF 140 V 543 consid. 3.2.2.3 ; TF 8C_161/2016 du 26 août 2016 consid. 3.1.2.3). L’Annexe 3 de la CSI prévoit toutefois différents suppléments destinés à tenir compte de besoins d’aide particuliers, notamment en présence d’un comportement récalcitrant ou d’autres circonstances entraînant un surcroît de temps. Ce système permet ainsi, dans une certaine mesure déjà, d’individualiser le résultat obtenu sur la base des valeurs maximales. En outre, lorsque le besoin d’aide est, notamment pour des raisons médicales, objectivement supérieur à celui reflété par les valeurs standardisées et les suppléments prévus, il demeure possible de s’écarter des valeurs maximales (cf. *supra* consid. 6e).

Dans ces conditions, lorsqu'un assuré soutient que l'application de la valeur maximale, combinée à la déduction de l'aide liée à l'âge, ne permet pas de rendre compte de son besoin d'aide effectif, il ne suffit pas de conclure abstraitement à l'existence d'une double déduction. Il convient plutôt d'examiner, pour chacun des actes concernés, si la valeur maximale prévue par l'Annexe 3 de la CSI, augmentée le cas échéant des suppléments applicables puis diminuée de l'aide normalement nécessaire à un enfant du même âge, permet de refléter de manière adéquate son besoin d'aide concret (cf. Tribunal administratif du canton de Schwytz, I 2023 58 du 10 mars 2025 consid. 5.3 et 5.4).

En l'occurrence, aucun élément ne justifie de s'écarter de la valeur maximale prévue par l'Annexe 3 de la CSI. Les parents du recourant ont certes indiqué consacrer 50 minutes par jour à son habillage et à son déshabillage. Aucun élément médical ni aucune autre circonstance particulière objectivement établie ne permet cependant de retenir que son besoin d'aide présenterait, pour cet acte, des spécificités justifiant de s'écarter de la valeur maximale de 30 minutes prévue par l'Annexe 3 de la CSI. Il convient dès lors de retenir cette valeur et d'en déduire les 5 minutes correspondant à l'aide normalement nécessaire à un enfant du même âge, ce qui conduit à un surcroît déterminant de 25 minutes.

bbb) Le recourant soutient, deuxièmement, qu'un supplément de 10 minutes doit être ajouté en raison de son comportement récalcitrant. Il se réfère sur ce point au rapport d'évaluation, selon lequel il « rechigne à s'habiller ». Il estime que cette dernière constatation suffit à établir un comportement récalcitrant au sens de l'Annexe 3 de la CSI.

Ce raisonnement ne saurait toutefois être suivi. Certes, le rapport d'évaluation indique que le recourant « rechigne à s'habiller ». Cette seule mention ne permet toutefois pas encore de retenir un comportement récalcitrant justifiant la prise en compte du supplément de 10 minutes prévu par la CSI. Le rapport décrit avant tout un enfant qui ne s'habille pas de manière autonome, qui n'est pas motivé à le faire et qui participe peu à

l’habillage, de sorte que ses parents doivent accomplir cet acte à sa place. Il n’en ressort en revanche pas que l’habillage serait régulièrement entravé par un comportement d’opposition d’une intensité telle qu’il occasionnerait, indépendamment de l’aide déjà nécessaire pour accomplir l’acte, un surcroît de temps spécifique. En particulier, l’enquête ne décrit ni refus répétés nécessitant de longues négociations, ni crises, ni interruptions multiples de l’habillage, ni nécessité de ramener constamment le recourant à l’activité, ce que les parents ne prétendent au demeurant pas. Il n’y a dès lors pas lieu d’ajouter 10 minutes à ce titre.

ccc) En définitive, le surcroît de 25 minutes retenu par l’intimé pour l’acte « se vêtir/se dévêtir » doit être confirmé.

cc) Pour l’acte « manger », le recourant soutient que le temps retenu par l’intimé doit également être augmenté à plusieurs égards. Il fait en substance valoir qu’il convient de retenir 75 minutes pour les repas principaux, auxquelles s’ajoutent 25 minutes en raison de son comportement récalcitrant, ainsi que 5 minutes respectivement pour le petit-déjeuner et le découpage des aliments. Subsidiairement, il soutient que le temps de présence usuel à table ne doit pas être déduit, dès lors que le parent présent durant les repas est contraint de se lever environ toutes les 5 minutes afin de ramener le recourant à table.

aaa) S’agissant tout d’abord du temps consacré aux repas principaux, le recourant fait valoir que le besoin d’aide effectif serait supérieur à la valeur maximale prévue par l’Annexe 3 de la CSI, ses parents ayant indiqué consacrer 120 minutes par jour à cet acte, à raison de 60 minutes par repas principal. Comme exposé ci-dessus, l’application d’une valeur maximale, combinée avec la prise en compte de l’aide liée à l’âge, respectivement du temps de présence usuel à table, ne saurait en effet être considérée, par principe, comme constitutive d’une double déduction inadmissible (cf. *supra* consid. 9 c/bb/aaa). Il convient ainsi de déterminer si la valeur maximale de 75 minutes prévue par l’Annexe 3 de la CSI pour les repas principaux permet, au regard des circonstances concrètes du cas, de refléter adéquatement le besoin d’aide du recourant ou si des éléments

particuliers suffisamment établis commandent exceptionnellement de s'en écarter.

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de la valeur maximale prévue par l'Annexe 3 de la CSI. Aucun élément médical ni aucune autre circonstance objectivement établie ne permet en effet de retenir que le besoin d'aide du recourant lors des repas présenterait des particularités telles que la valeur standardisée ne permettrait pas d'en rendre suffisamment compte. A cet égard, la comparaison avec la précédente évaluation ne permet pas davantage de justifier les 120 minutes désormais annoncées par les parents. En 2022, le recourant ne mangeait pas encore de manière autonome et devait être nourri par ses parents. Il quittait déjà régulièrement la table et devait y être ramené à plusieurs reprises, alors même que la durée nécessaire était évaluée à environ 75 minutes (cf. rapport du 23 mars 2022). Selon le rapport du 25 septembre 2024, l'assuré mange désormais seul à la cuillère, tandis que les difficultés liées à son maintien à table persistent. Dans ces conditions, rien ne permet d'objectiver une aggravation du besoin d'aide susceptible de justifier un temps supérieur à la valeur maximale. Les seules indications temporelles plus élevées fournies par les parents ne suffisent pas à cet égard. Il convient dès lors de retenir la valeur maximale de 75 minutes prévue pour les repas principaux. En outre, c'est à juste titre que l'enquêteur a ajouté 10 minutes pour chacun des deux goûters, soit 20 minutes par jour, conformément aux valeurs prévues par l'Annexe 3 de la CSI.

bbb) Le recourant fait ensuite valoir qu'il convient de retenir un surcroît de 25 minutes en raison de son comportement récalcitrant. A cet égard, il ressort du rapport d'évaluation que le recourant mange certes de manière autonome à la cuillère, mais qu'il ne vient pas spontanément à table et quitte celle-ci à plusieurs reprises au cours du repas. Ses parents doivent ainsi intervenir environ toutes les cinq minutes pour le ramener à table et l'inciter à poursuivre son repas, tandis qu'un parent ou l'une de ses sœurs demeure avec lui jusqu'à ce qu'il ait terminé. La rubrique « comportement récalcitrant de l'enfant » a par ailleurs expressément été cochée dans le rapport d'évaluation.

Ces éléments permettent en effet de retenir un comportement récalcitrant au sens de l'Annexe 3 de la CSI. Contrairement à ce que soutient toutefois le recourant, ce comportement n'a pas été ignoré dans le calcul du temps nécessaire aux repas. Le temps de 100 minutes retenu avant déduction du temps de présence normale à table correspond précisément à la valeur maximale de 75 minutes pour les repas principaux, à laquelle s'ajoute le supplément de 25 minutes prévu en cas de comportement récalcitrant. Il n'y a dès lors pas lieu d'ajouter une nouvelle fois 25 minutes à ce titre.

ccc) Le recourant réclame encore la prise en compte de 5 minutes supplémentaires pour le petit-déjeuner. Il ne saurait toutefois être suivi. Le temps maximal de 75 minutes retenu pour les repas principaux englobe déjà le temps consacré aux différents repas principaux de la journée, dont le petit-déjeuner. Ajouter encore 5 minutes spécifiquement pour celui-ci reviendrait ainsi à comptabiliser deux fois le temps consacré à ce repas. Aucun temps supplémentaire ne peut dès lors être retenu à ce titre.

ddd) Il n'y a pas davantage lieu d'ajouter les 5 minutes réclamées pour le découpage des aliments. Certes, il ressort du rapport d'évaluation que tous les aliments doivent être coupés pour le recourant, celui-ci ne sachant pas utiliser un couteau. Il demeure que l'Annexe 3 de la CSI applicable ne prévoit plus de supplément temporel spécifique pour le découpage des aliments. Cette opération doit dès lors être considérée comme comprise dans le temps consacré à l'aide pour l'acte « manger ». En l'absence de circonstances particulières permettant d'établir que le découpage des aliments entraînerait, dans le cas du recourant, un surcroît de temps dépassant celui déjà couvert par les valeurs prévues par l'Annexe 3 de la CSI, aucun supplément de 5 minutes ne saurait être ajouté.

eee) C'est également à juste titre que l'intimé a déduit le temps de présence usuel à table. Selon l'Annexe 3 de la CSI, après l'âge de trois ans, une déduction générale de 75 minutes par jour doit être opérée au titre

du temps de présence à table lorsque la mère ou le père peut manger aux côtés de l'enfant. Or, il ressort du rapport d'évaluation du 25 septembre 2024 que les parents ont déclaré que les repas étaient pris en famille. Dans ces circonstances, la déduction opérée par l'intimé n'apparaît pas critiquable. Le fait qu'un parent doive se lever environ toutes les cinq minutes afin de ramener le recourant à table n'y change rien. Cette intervention est en effet liée au comportement récalcitrant de celui-ci durant les repas, dont le surcroît de temps a déjà été pris en considération dans le calcul effectué par l'intimé (cf. *supra* consid. 9 c/cc/bbb).

fff) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu un surcroît de temps de 45 minutes pour l'acte « manger ».

dd) Le recourant conteste enfin le temps de 4 minutes par jour retenu pour l'accompagnement aux visites médicales et chez les thérapeutes et demande que celui-ci soit porté à 8 minutes, comme lors de la précédente évaluation.

Toutefois, il y a lieu de constater que le rapport d'évaluation du 25 septembre 2024 repose sur les premières indications fournies par les parents eux-mêmes quant aux déplacements nécessaires pour les visites médicales et les thérapies. Il convient de s'en tenir à ces déclarations, faites dans le cadre de l'enquête et sur lesquelles l'évaluateur s'est fondé pour arrêter le surcroît de temps déterminant, plutôt qu'à l'estimation plus élevée avancée ultérieurement (cf. *supra* consid. 8d). Le temps de 4 minutes retenu par l'intimé peut ainsi être confirmé. Quoi qu'il en soit, même à supposer qu'un temps supplémentaire de 4 minutes par jour soit pris en considération, portant ainsi le temps consacré à cet accompagnement à 8 minutes, le surcroît total demeurerait inférieur au seuil de quatre heures par jour, de sorte que cela ne modifierait pas l'issue du litige (cf. *infra* consid. 9 c/ee).

ee) En définitive, aucun des griefs soulevés par le recourant ne justifie de modifier le surcroît de temps retenu par l'intimé. Il convient ainsi de confirmer les 25 minutes prises en compte pour l'acte « se vêtir/se

dévêtir », ainsi que les 45 minutes retenues pour l'acte « manger ». Il n'y a pas davantage lieu d'augmenter de 4 à 8 minutes le temps quotidien retenu pour l'accompagnement aux visites médicales et chez les thérapeutes. Au demeurant, même à retenir les 8 minutes revendiquées par le recourant, le surcroît de temps total demeurerait inférieur au seuil de 4 heures par jour (3 heures et 38 minutes). Les 15 minutes retenues pour l'acte « faire sa toilette », les 5 minutes relatives à l'acte « aller aux toilettes » et les 2 heures comptabilisées au titre de la surveillance personnelle permanente ne sont, pour leur part, pas litigieuses et peuvent être confirmées.

Partant, le surcroît de temps quotidien déterminant demeure inférieur au seuil de 4 heures requis pour ouvrir le droit à un supplément pour soins intenses. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a refusé au recourant le droit à un tel supplément.

10. **a)** En définitive le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 8 décembre 2025 par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n’est pas alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour B.C._____, agissant par ses parents),
- 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 :