

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2019

Composition : M. NEU, président
M. Reinberg et Mme Dormond Béguelin, assesseurs,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

A.P. _____, à [...], recourante, représentée par N. _____ et B.P. _____,

et

U. _____, à Vevey, intimé.

Art. 17 al. 1 et 2 LPGA, art 42ter al. 3 LAI

E n f a i t :

A. A.P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 2004, par l'intermédiaire de ses parents N._____ et B.P._____, a déposé le 23 août 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité indiquant qu'elle était atteinte de mucoviscidose.

Dans un rapport médical du 24 octobre 2007, le Dr M._____, spécialiste en pédiatrie et en pneumologie pédiatrique, médecin traitant de la recourante, a confirmé le diagnostic de mucoviscidose. Pour ce médecin, l'assurée avait besoin d'appareils de traitement ou de moyens auxiliaires, d'un traitement médical, de l'assistance et d'une surveillance découlant du handicap, dites mesures entraînant des frais supplémentaires. Il relevait que la mucoviscidose était une maladie nécessitant un traitement à vie.

B. Le 19 mars 2008, l'assurée, représentée par ses parents, a déposé une demande d'allocation pour impotent, invoquant la mucoviscidose comme infirmité congénitale. L'assurée a relevé le besoin important d'aide pour la découpe du repas afin de favoriser son absorption, pour porter les aliments à la bouche, ainsi que la nécessité de s'alimenter de nourriture modifiée sous la forme de soupes, purées et de boissons calorifiques. De l'aide était également requise pour dispenser des soins de physiothérapie liés au traitement de la maladie, l'administration des médicaments, le contrôle oxymétrique, l'inhalation des antibiothérapies et le développement de l'activité pulmonaire. Concernant les moyens auxiliaires, l'assurée faisait valoir le besoin de physiothérapie à l'hôpital, d'accessoires de physiothérapie concernant les soins à domicile, d'un nébuliseur pour l'administration de l'antibiothérapie ainsi que d'un dilatateur chronique.

Par communication du 1^{er} avril 2008, l'OAI a déclaré prendre en charge les frais de traitement de l'infirmité congénitale n° 459 OIC du 17 août 2007 au 31 mai 2024.

Par décision du 27 octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotence de degré faible du 1^{er} août 2008 au 31 mai 2022 ainsi qu'un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît d'aide de plus de 8 heures par jour.

C. Par courrier du 4 mai 2010 adressé aux parents de l'assurée, l'OAI a indiqué procéder à la révision du droit à l'allocation pour impotence de l'assurée.

Dans un rapport médical du 12 août 2010, la Dresse X._____, spécialiste en pneumologie pédiatrique a retenu une infirmité congénitale n° 459 OIC (troubles congénitaux de la fonction du pancréas, soit une mucoviscidose et une insuffisance primaire du pancréas) et que l'assurée nécessitait de l'aide afin de couper sa nourriture, spécialement conditionnée et adjuventée de glucides, de la porter à la bouche, ainsi que de l'assistance afin de se laver, de se baigner, de se doucher, de vérifier son hygiène corporelle, pour l'administration de ses médicaments ainsi que pour les traitements pluriquotidiens de physiothérapie, les inhalations d'antibiotiques, et le contrôle oxymètre. Concernant les moyens auxiliaires, la Dresse X._____ a mentionné la nécessité d'instruments de physiothérapie pour les soins à domicile.

Dans un rapport médical du 8 septembre 2010, le Dr M._____ a confirmé qu'un traitement médical était nécessaire sous la forme de physiothérapie, de nébulisation de médicaments, d'alimentation hypercalorique ainsi que d'autres mesures thérapeutiques, indiquant ce qui suit :

« 1. L'évolution de l'état de santé et les soins à dispenser par l'entourage

Sous le traitement instauré, A.P._____ reste stable.

Le traitement actuel contient de la physiothérapie respiratoire quotidienne 1-2 x/j, effectuée par les parents et jusqu'à 5x/semaine chez une physiothérapeute professionnelle selon l'état de santé (exacerbations dans le cadre d'infections bactériennes). Cette

physiothérapie respiratoire contient également la nébulisation de médicaments, voir la préparation et la désinfection du matériel.

2. Fréquence et durée moyenne quotidienne des soins prescrits

En moyenne, les soins à administrer à A.P. _____ s'élèvent quotidiennement à environ 2 h/jour, avec des épisodes où les soins doivent être augmentés jusqu'à un maximum de 4 h/jours (par ex. pendant la période de la colonisation du MRSA au début de l'année 2010) ».

Une nouvelle enquête au domicile de l'assurée a été effectuée en date du 7 février 2011. Dans son rapport du 14 février 2011, l'enquêtrice a relevé le besoin d'une aide régulière afin de se vêtir, de se dévêtir, de préparer ses vêtements, de couper ses aliments, de les porter à la bouche, de se laver, de se coiffer, de mettre en ordre ses habits, de se laver lors de séjours aux toilettes, de se déplacer à l'extérieur et de se rendre chez le médecin, soit un total de 3 heures et 41 minutes par jour. Une aide permanente pour les soins de base à hauteur de 30 minutes par jour était également nécessaire, tout comme une aide permanente afin de suivre un traitement, cette dernière impliquant une durée de 8 heures et 14 minutes quotidiennes, l'enquêtrice indiquant les éléments suivants :

4.2.2 L'assuré(e) a-t-elle besoin d'une aide permanente pour suivre un traitement ?
 oui non
 de jour de nuit

Dans l'affirmative, sous quelle forme, dans quels domaines et pour quelle durée ?

Genre de soins	Heures/min-jour
Mesures diagnostiques (p.ex. prise de la tension artérielle et de la température, mesure du taux de glucose dans le sang et l'urine)	
Mesures thérapeutiques (pose et entretien de sondes et de cathéters, injection ou perfusion de médicaments et de solutions pour alimentation parentérale, physiothérapie)	
Rinçage du nez 6 x 5 min	30 min
Inhalation Ventolin 4 x 8 min	32 min
Stérilisation Appareils 8 x 5 min	40 min
Inhalation NaCl 4 x 10 min	40 min
Mettre la ceinture durant les exercices et l'enlever 5 x 2 min	10 min
Exercices de physio 4 45 min	180 min
Souffler dans PEP 5 x 10 min	50 min
Spray nasal 1 x 20 min	20 min
Spray par voie buccale 1 x 15 min	15 min
Désinfection de l'appareil d'inhalation + appareil à souffler + stérilisation et séchage	35 min
Pulmosin aérosol le matin	10 min
Préparation et distribution des médicaments 6 x 5 min	30 min
Préparation du semainier 15 min/sem.	2,14 min
Total du temps supplémentaire en H/min par jour :	494 min soit 8h 14 min/jour

Depuis quand l'assuré(e) a-t-elle besoin des soins dans cette proportion (mois et années)?
 Qui fournit les soins La maman

Soulignant également le besoin d'une surveillance personnelle de l'assurée, l'enquêtrice a conclu son rapport comme suit :

« Entretien en présence de la maman.

Situation quasi identique que lors de la précédente enquête faite en juillet 2008.

A.P._____ a toujours besoin de soins très astreignants qui n'ont pas diminués depuis la précédente enquête. La maman est très à l'écoute, s'aperçoit de suite s'il y a problème et réagit immédiatement.

Les parents favorisent toutes activités physiques (patinoire, piscine, trottinette, marche) afin d'assurer une bonne hygiène de vie pour A.P._____.

Selon les dires de la maman, A.P._____ est toujours très vite fatiguée, n'a aucune résistance physique, nécessite une aide importante pour la plupart des actes ordinaires, doit être en permanence, aidée, stimulée et guidée. »

Par décision du 6 juin 2011, l'OAI a maintenu un droit à l'allocation pour impotent d'un degré faible en faveur de l'assurée et d'un supplément pour soins intenses de plus de 8 heures par jour, la décision du 27 octobre 2008 restant valable. Une révision était prévue pour le mois de mai 2014.

Dans un rapport médical du 25 juin 2012, la Dresse X._____ a constaté un état stationnaire de l'assurée et la nécessité d'un traitement. Elle mentionnait une hospitalisation en urgence intervenue le 10 mai 2012, relevant les éléments suivants :

« Etat fébrile depuis 2 semaines avec inappétence, amaigrissement marqué et augmentation des symptômes respiratoires sous la forme de toux et de dyspnée.

Constat médical : patiente amaigrie, pâle, sans lésion cutanée, déformation de la cloison nasale et de l'ensellure en raison des polypes, asymétrie auscultatoire avec hypoventilation à gauche et râles crépitants fins. »

Dans un rapport médical du 18 janvier 2013, le Dr M._____ a retenu, outre la mucoviscidose deltaF508 homozygote, les diagnostics de polypose nasale bilatérale sévère (stade IV) ainsi que de primo-infection pseudomonas aeruginosa. Concernant l'état général de l'assurée, ce médecin a mentionné les éléments suivants :

« A.P. _____ va très bien au niveau respiratoire et est bien équilibrée au niveau de son insuffisance pancréatique exocrine. A signaler qu'au niveau des EFR, c'est la première fois qu'elle récupère son VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) de base (80%) depuis décembre 2011. Par contre, on est inquiétés par la perte pondérale, dans un contexte d'épuisement de l'enfant et de la famille, après un acharnement calorique important et grâce auquel la croissance d'A.P. _____ est maintenue entre les P25-50 pour le poids et les P75-90 pour la taille mais avec un BMI fluctuant entre les P3-15. Pour cela, on propose aux parents la pose d'une PEG, en expliquant qu'elle ne représente pas un échec thérapeutique mais une mesure préventive. Ils réceptionnent cette proposition de façon positive et en parleront avec A.P. _____ ».

Le Dr M. _____ a relevé une lente progression des taux d'immunoglobulines couplée avec une baisse des fonctions pulmonaires dans un rapport de consultation du 28 août 2013. Dans un nouveau rapport de consultation du 12 février 2014, le spécialiste précité a mentionné des fonctions pulmonaires restant abaissées sans signes cliniques d'exacerbations pulmonaires, une hypogammaglobulinémie modérée malgré une réduction des lymphocytes B mémoires ainsi qu'une prise de poids.

D. Par courrier du 5 mai 2014, l'OAI a informé les parents de l'assurée de la révision du droit de l'allocation pour impotence allouée à A.P. _____.

Dans une demande pour mineurs d'allocation pour impotent du 28 août 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de ses parents, a requis la prise en compte du besoin d'aide afin de couper ses aliments, de les porter à la bouche, de se laver, de se coiffer, d'assurer son hygiène corporelle et de vérifier sa propreté. L'assurée a souligné la nécessité d'une aide permanente pour les soins médicaux, soit de la physiothérapie respiratoire, de l'apprentissage du training autogène à raison de 2 à 3 fois par jour, pour l'administration des médicaments, des sondes nasales ainsi que pour les administrations combinées du traitement pulmonaire. Elle mentionnait également le besoin d'une surveillance personnelle de jour et de nuit ainsi que des moyens auxiliaires sous la forme d'appareil de physiothérapie ou de matériel de laboratoire.

Par un rapport médical du 19 septembre 2014, le Dr M. _____ a relevé des fonctions pulmonaires stables et une prise de poids évoquant une amélioration de la situation gastro-intestinale. Ce médecin a établi un nouveau rapport en date du 1^{er} octobre 2014, dans lequel il mentionne les éléments suivants :

« Grâce au traitement instauré ambulatoirement, l'évolution de la mucoviscidose d'A.P. _____ est actuellement stable. Le traitement consiste en un traitement respiratoire avec inhalations de médicaments, de physiothérapie respiratoire quotidienne et selon l'état actuel avec une physiothérapeute professionnelle plusieurs fois par semaine. Il consiste également en un traitement nutritionnel avec des enzymes pancréatiques à prendre pendant les repas contenant des graisses, des vitamines liposolubles, etc ... De plus, A.P. _____ nécessite un suivi pédopsychiatrique et selon besoin en gastroentérologie, ORL et endocrinologie ».

Dans un rapport médical du 9 juillet 2015, le Dr M. _____ a mentionné la stabilité de l'état de santé de l'intéressée sur le plan pulmonaire mais préoccupante sur le plan digestif.

Une nouvelle enquête s'est tenue le 11 novembre 2015 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 14 novembre 2015, l'enquêtrice a relevé le besoin d'une alimentation spéciale, nécessitant une aide de 35 minutes par jour. Elle remarquait également que l'assurée n'avait plus besoin d'aide permanente pour les soins de base. Une aide était toujours nécessaire afin de suivre son traitement à hauteur de 3 heures et 37 minutes quotidiennes, le rapport d'enquête mentionnant les éléments suivants :

Mesures thérapeutiques (pose et entretien de sondes et de cathéters, injection ou perfusion de médicaments et de solutions pour alimentation parentérale, physiothérapie)	Préparation et administration des médicaments 3x5min	15 min
	Présence de la maman pendant les soins pour que tout soit bien fait et pour éviter une complication respiratoire qui nécessiterait une hospitalisation.	
	Aérosol :	
	Ventolin 2x7min	14 min
	Nacl 2x10min	20 min
	Pulmosim 2x7min	14 min
	Tobramycine un mois sur deux 1x10min soit 5 min sur l'année par jour	5 min
	Physiothérapie respiratoire :	
	Fluter 2x10min	20 min
	Souffler dans le PEP 3x5min	15 min
Spirobol 1x10min	20 min	
Spray nasal 2x3min	6 min	
Push Serelide 2x3min	6 min	
Rinçage de nez 2x5min	10 min	
Total des aérosols et soins physio thérapeutiques faits 2xj : 130min		
6 mois par an pendant la saison froide, les traitements sont aussi faits à midi (65min :2)	32 min	
Nettoyage des appareils avec trempage, stérilisation et séchage (2x20min)	40 min	
Nettoyage temporaire de la plaque de la PEG octobre à décembre		
Total du temps supplémentaire en H/min par jour :		217 min soit 3 h 37 min

Depuis quand l'assuré(e) a-t-il/elle besoin des soins dans cette proportion (mois et années)?

Qui fournit les soins ?

Sa maman

En conclusion, l'enquêtrice a relevé ce qui suit :

« A.P. _____ prend son goûter pendant l'entretien, elle peine à se nourrir correctement, mange de toutes petites quantités. Sa maman espère que l'administration par la sonde PEG va lui permettre de prendre du poids.

A.P. _____ travaille bien à l'école. Parallèlement, elle fait des activités extrascolaires telles que théâtre et patinage.

Le temps SSI (supplément soins intenses) a nettement diminué par rapport à la dernière enquête faite le 07.02.2011 ».

E. Par projet de décision du 3 décembre 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention d'accepter l'allocation d'une rente d'impotence pour mineur de degré faible, les suppléments pour soins intenses étant quant à eux supprimés. L'office a retenu que, selon les renseignements obtenus lors de l'enquête du 11 novembre 2015, le droit au supplément pour soins intenses n'était pas ouvert, l'assurée nécessitant une telle aide moins de quatre heures par jour (3 heures et 37 minutes).

Par acte du 21 décembre 2015, l'assurée a requis de l'OAI un rapport d'enquête domiciliaire complet et motivé, toutes demandes et rapports médicaux défendant la décision de l'autorité ainsi que la décision motivée de l'autorité.

Par courrier du 16 février 2016, l'OAI a transmis à l'assurée une copie du formulaire complété par ses soins en août 2014, une copie du rapport médical du Dr M. _____ du 1^{er} octobre 2014, une copie de l'enquête pour mineur impotent y compris pour soins intenses du 11 novembre 2015, la copie de la proposition interne du 3 décembre 2015 ainsi que la copie du projet de décision notifié le 3 décembre 2015.

Par acte du 29 février 2016, les parents de l'assurée se sont déterminés quant au projet de décision précité, faisant valoir que le rapport d'enquête à domicile du 14 novembre 2015 était lacunaire, soutenant que la charge extraordinaire de travail découlant de l'infirmité de leur fille demeurait.

Par décision du 11 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision en allouant une allocation pour mineur impotent de degré faible et en supprimant le supplément pour soins intenses, le temps supplémentaire pour les soins précités étant inférieur à quatre heures par jour.

F. Par acte du 11 mai 2016, A.P. _____, par l'intermédiaire de ses parents, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au maintien du supplément pour soins intenses. Elle soutenait que le rapport d'enquête du 14 novembre 2015 ne reflétait pas la réalité de l'entretien du 11 novembre 2015, faisant valoir que la fibrose kystique est une maladie orpheline incurable dont le patient, à mesure que la maladie se dégrade, finit par décéder. Dans un tel contexte, il était difficile d'envisager une évolution favorable. L'assurée faisait également valoir que dans son rapport du 1^{er} octobre 2014, le Dr M. _____ avait retenu

une évolution de la mucoviscidose actuellement stable, donc sans amélioration notable, contrairement à l'amélioration retenue par l'OAI.

Par réponse du 13 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. L'office AI retenait que les traitements thérapeutiques, la prise des médicaments et les exercices de physiothérapie respiratoire, qui justifiaient un temps supplémentaire de plus de huit heures par jour en 2011, nécessitaient actuellement moins de quatre heures par jour. Compte tenu du rapport d'enquête établi de façon détaillée en 2015, l'OAI relevait que le temps nécessaire à la dispense de soins comme le rinçage du nez ou encore le spray nasal s'était réduit. L'OAI soulignait que la baisse du temps consacré à l'aide permanente afin de suivre les traitements prescrits ne préjugait pas de l'évolution de l'état de santé de la recourante, ce dernier n'étant pas remis en question.

Répliquant en date du 12 juillet 2016, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, au maintien du droit à l'allocation pour impotent d'un degré faible ainsi qu'au maintien du supplément de soins intenses de plus de 8 heures par jour. Elle soutenait que le rapport d'enquête du 14 novembre 2015 ne reflétait pas la réalité, mentionnant que plusieurs postes, notamment la préparation du semainier, la préparation et la distribution des médicaments étaient présents dans le rapport d'enquête du 14 février 2011, mais absents du rapport contesté. Elle relevait également que l'administration nocturne de médicaments, les déplacements, l'établissement de commandes de médicaments et les préparations pharmaceutiques n'avaient pas été pris en compte, concluant ainsi que le surcroît de travail était resté invariablement le même.

A l'appui de sa réplique, l'assurée a produit une attestation du 6 juillet 2016 établie par R._____, physiothérapeute traitant de l'intéressée depuis le mois de novembre 2010, dont la teneur est la suivante :

« Estimation de la durée quotidienne des séances

Du fait que la fréquence des séances soit sujette à variation, mon estimation rend compte d'une journée « normale » de soins dispensés par les parents à raison de deux séances par jour.

Je précise que tout au long des séances, la présence d'un parent est indispensable à la compliance du traitement, mais aussi pour pratiquer sur leur fille les gestes thérapeutiques qui sont au demeurant indispensables à la bonne pratique des inhalations et des exercices.

Conclusion

M'appuyant sur ma pratique quotidienne, mais également sur la connaissance que j'ai du cas qui m'est demandé d'évaluer, j'estime que le temps dévolu par les parents d'A.P. _____ à la pratique des soins de physiothérapie est de **5 heures 31 par jour.** »

Dupliquant en date du 4 août 2016, l'OAI a confirmé les conclusions prises à l'occasion de sa réponse, observant que les données temporelles mentionnées dans le rapport n'avaient pas été contredites et relevant que le poste dévolu à la préparation des médicaments figurait effectivement dans le rapport d'enquête du 14 novembre 2015.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une

manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, est litigieuse la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à un supplément pour soins intenses. En revanche le droit à une allocation pour impotence de degré faible n'est pas contesté.

3. a) En premier lieu, il sied de rappeler que, aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel

prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Sur ce point, on observera que ni le rapport d'enquête réalisé le 14 novembre 2015, ni le projet de décision, respectivement la décision de l'intimé, ne rendent compte de manière satisfaisante des objections soulevées par la recourante, notamment celles formulées le 29 février 2016, ne motivant pas en quoi il y avait lieu de s'écarter des déterminations formulées. La décision attaquée paraît ainsi prêter le flanc au grief de la violation du droit d'être entendu. Cependant, vu le résultat du présent recours, il n'y aura pas lieu de trancher cette question.

4. a) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, 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. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou encore que le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

b) Le point de savoir si la modification mentionnée s'est produite doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision (aussi de révision) entrée en force (reposant sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves conformes au droit) et ceux qui existaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss). Les communications - au sens de l'art. 74ter let. f RAI - peuvent servir de base de comparaison dans le temps, dans la mesure où elles résultent d'un examen matériel du droit (arrêt 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2.2 ; arrêt 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in: SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

5. a) Selon l'art. 42ter al. 3 LAI, l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 60 % du montant maximum de la rente 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 est de 8 heures par jour au moins, à 40 % de ce montant maximum, lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins, et à 20 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins. Le supplément est calculé par jour. Le Conseil fédéral règle les modalités.

Faisant usage de cette délégation de compétence, le gouvernement fédéral a notamment édicté l'art. 39 RAI qui précise que, chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42ter al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (al. 1). 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 (al. 2). 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 (al. 3).

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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 633 n° 2366).

b) Selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (ci-après : la CIIAI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), il y a lieu, lors du calcul de l'assistance supplémentaire quotidienne, de supposer que la personne à assister séjourne de manière durable à son domicile. Sont décisifs des besoins matériellement importants et non tributaires du lieu de séjour de la personne à assister. Il faut se fonder sur une valeur moyenne. Le temps consacré à des soins non quotidiens doit être converti de manière à obtenir une moyenne quotidienne. A titre d'exemple, dans le cas d'un enfant soigné à domicile, fréquentant une institution cinq jours par semaine en qualité d'externe et nécessitant une assistance supplémentaire d'en moyenne 6 heures les jours de classe et 9 heures en cas de séjour à domicile, il y a lieu d'admettre une assistance d'une durée de 9 heures par jour (cf. n° 8091 CIIAI).

Concernant la procédure à suivre, la CIIAI précise qu'il incombe à l'office AI de procéder à une enquête sur place portant sur l'impuissance, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés. Les indications de la personne assurée, de ses parents ou de son représentant légal seront appréciées de façon critique. Le début de l'impuissance et, le cas échéant, du besoin d'assistance supplémentaire sera fixé aussi précisément que possible. Dans les cas énumérés au n° 8130 CIIAI - en particulier lors de la

révision d'office en cas de modification de l'impotence ou du besoin d'assistance –, l'office AI procède toujours à une enquête sur place. Dans les autres cas, il peut décider de ne pas le faire (cf. n° 8131 CIIAI dans sa teneur inchangée depuis le 1^{er} janvier 2012, la version antérieure applicable jusqu'au 31 décembre 2011 prévoyant quant à elle que «*Dans les cas énumérés au n° 8130, l'office AI procède toujours à une enquête sur place et demande le visa du SMR concernant les indications fournies dans le rapport d'enquête. Dans les autres cas, il peut décider de ne pas procéder à une enquête sur place*»). Pour le reste, la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : la CPAI) est applicable (cf. n° 8133 CIIAI). Celle-ci aborde en particulier la question de l'enquête sur place (cf. n° 2114 ss CPAI) et précise que fait notamment partie de l'enquête l'interrogation de l'assuré, le cas échéant de son représentant légal, à son lieu de travail, à domicile ou en institution (cf. n° 2116 CPAI).

c) En ce qui concerne la question de savoir dans quelles circonstances un rapport consécutif à une enquête sur place (au sens de l'art. 69 al. 2 RAI) peut se voir reconnaître valeur probante pour l'évaluation du degré d'impotence, la jurisprudence retient qu'il est essentiel que le rapport en cause ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2). Ces principes peuvent être repris lorsque, comme en l'espèce, est seul litigieux l'examen plus

spécifique du supplément pour soins intenses destiné à un(e) mineur(e) impotent(e).

6. a) En l'occurrence, la recourante soutient qu'elle nécessite de l'aide permanente pour suivre un traitement d'une durée supérieure à huit heures par jour, sa situation, restée stable, n'ayant pas connu d'amélioration notable. Pour l'intéressée, respectivement ses parents, le rapport d'enquête du 14 novembre 2015 ne reflétait pas la réalité. Pour l'intimé, bien qu'une nécessité amoindrie de l'aide permanente pour suivre un traitement ne préjugait pas de l'état de santé de la recourante, le supplément pour soins intenses, au vu des conclusions du rapport d'enquête précité, ne se justifiait plus.

b) Le rapport d'enquête domiciliaire du 14 février 2011 estimait la durée de l'aide permanente pour suivre un traitement à 8 heures et 14 minutes. Quant à celui établi en date du 14 novembre 2015, il retient que l'aide en question ne se montait plus qu'à 3 heures et 37, soit une baisse de près de la moitié. A la lecture des rapports précités, on observe que cette diminution porte sur le temps consacré à la physiothérapie respiratoire, soit une durée de 4 heures et 25 minutes par jour retenue en 2011 passant à une heure et 17 minutes par jour (rapport du 14 novembre 2015). Comme le relève la recourante, cette baisse n'est aucunement motivée dans le rapport contesté. Une telle baisse devrait assurément laisser présager une amélioration sensible des fonctions respiratoires de la recourante. Cependant, outre le fait qu'il est notoire que la mucoviscidose est une maladie incurable impliquant à terme une inévitable, et fatale, péjoration de l'état de santé du patient, aucune amélioration durable ne ressort des pièces médicales versées au dossier. En effet, si le Dr M. _____ relève une progression au niveau respiratoire dans un rapport de consultation du 28 août 2013, les capacités pulmonaires de la recourante restent abaissées sans signes cliniques d'exacerbations pulmonaires en février 2014 (rapport du 12 février 2014). Dans son rapport du 19 septembre 2014, ce médecin a certes conclu à des fonctions pulmonaires stables, mais cela ne signifie nullement que, d'un point de vue médical, l'état de santé de la recourante, fluctuant dans le

meilleur des cas, ait connu une amélioration notable et durable pouvant justifier une baisse importante du traitement pulmonaire physiothérapeutique. Par ailleurs, dans un rapport établi le 1^{er} octobre 2014, le Dr M. _____ rappelait la nécessité d'un traitement respiratoire avec inhalations de médicaments, de physiothérapie respiratoire quotidienne et, selon l'état de santé actuel, du concours d'une physiothérapeute professionnelle plusieurs fois par semaine. La nécessité d'un tel traitement a été confirmée par attestation du 6 juillet 2016 émanant de R. _____, physiothérapeute traitant de la recourante. Ce dernier retenait une durée de physiothérapie journalière de 5 heures et 31 minutes, justifiant la durée quotidienne retenue par l'énumération des postes nécessaires au déroulement du traitement physiothérapeutique.

d) Compte tenu des éléments médicaux à disposition, lesquels ne rendent compte d'aucune amélioration notable et durable de l'état de santé de la recourante, de la prise de position du physiothérapeute traitant ainsi que des arguments portés devant la Cour de céans par les parents de l'assurée, les conclusions du rapport d'enquête du 14 novembre 2015 quant au temps consacré à la dispense de soins intenses s'avèrent objectivement contredites et, partant, ne sauraient être suivies.

7. a) Au vu de ce qui précède, une modification notable de l'état de fait propre à justifier une baisse importante de la durée de l'aide quotidienne consacrée au traitement de la recourante, fait défaut. Il se justifie donc d'admettre le recours et d'annuler la décision attaquée, le droit aux prestations litigieuses subsistant dans la durée. La cause est ainsi renvoyée à l'intimé, qui procédera le cas échéant à un complément d'instruction du cas dans le respect des règles de la révision du droit aux prestations dont il est question.

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 frais de justice (art. 69 al. 1bis 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) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 11 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- N._____ et B.P._____, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :