

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 novembre 2015

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Rossier et M. Reinberg, assesseurs  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par ses parents, **B.E.** \_\_\_\_\_ et  
**C.E.** \_\_\_\_\_,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; 42<sup>ter</sup> al. 3 et 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; 39 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 29 novembre 2000 et représentée par ses parents, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 22 décembre 2000.

Dans un rapport du 15 février 2001, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie et soins intensifs, a notamment indiqué ce qui suit :

« **Age de gestation et poids de naissance :**  
30 semaines, 1600 g.

**Diagnosics :**  
Leucomalacie périventriculaire.  
Affection respiratoire du nouveau-né.  
Hyperbilirubinémie (sans incompatibilité).  
Hypoglycémie néonatale.  
Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative).  
Naissance gémellaire : JI.

**Chiffres OIC** [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21] : 497, 494. ».

Le 2 mai 2001, les Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, et J.\_\_\_\_\_ ont établi le rapport suivant :

« Nous avons examiné cette ancienne prématurée de 30 semaines, poids de naissance 1600 g, à la consultation de l'Unité de Développement le 26 avril 2001 à l'âge de 3 mois corrigés.

Lors de cet examen à 3 mois corrigés, nous mettons en évidence des troubles du tonus aux membres inférieurs se manifestant par des réflexes ostéotendineux augmentés et des orteils en griffe, entrant dans le cadre **OIC No 395**, pour lesquels nous vous demandons de prendre en charge le traitement de physiothérapie et les contrôles ultérieurs. ».

Par communication du 20 septembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé les parents de l'assurée qu'elle avait droit aux prestations suivantes :

« **Mesures médicales (art. 13 LAI)**

du 29.11.2000 jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes.

- Traitement de l'infirmité congénitale no 494.
- Les frais éventuels d'expédition du lait tiré sont à charge de l'hôpital, car ils sont compris dans le forfait journalier. En revanche, la location des tire-lait est remboursée sur présentation des justificatifs. A cet effet, veuillez nous indiquer votre adresse de paiement bancaire ou postale. ».

Selon une deuxième communication du même jour, l'assurée avait également droit du 21 janvier 2001 (sortie de l'hôpital) au 30 novembre 2002 au traitement de l'infirmité congénitale n° 395.00, au plus tard jusqu'à l'accomplissement de la 2<sup>ème</sup> année.

Le 4 octobre 2001, les Drs D.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics suivants :

- « - Ancienne prématurée de 30 semaines, PN 1600 g.
- Jumelle No 1.
- Leucomalacie périventriculaire bilatérale.
- Diplégie spastique des membres inférieurs
- Hypertonie proximale du membre supérieur droite.
- Strabisme. ».

Le 1<sup>er</sup> novembre 2002, la Dresse J.\_\_\_\_\_, alors spécialiste en pédiatrie, a établi le rapport suivant :

« Il s'agit d'une ancienne prématurée de 30 semaines, PN 1600 g, qui présente une triplégie spastique (membre supérieur droit + membre inférieur des deux côtés) séquellaire d'une leucomalacie périventriculaire bilatérale.

Lors de la première consultation à l'Unité de Développement, le 2.05.2001, à l'âge de 3 mois corrigés, des troubles du tonus aux membres inférieurs avaient été mis en évidence, raison pour laquelle un no OIC 395 avait été demandé à ce moment. En effet, à cet âge, il est assez difficile d'estimer l'évolution ultérieure de l'enfant et certains prématurés montrent des signes de troubles du tonus transitoires qui évoluent favorablement par la suite.

Dans le cas de A.E.\_\_\_\_\_, l'évolution s'est faite vers une triplégie spastique nette et on peut donc actuellement demander un no **OIC 390**, et l'enfant aura besoin de mesures médicales et de contrôles ultérieurs au-delà de 2 ans.

**Nous vous prions donc de bien vouloir considérer pour cet enfant le No OIC 390. ».**

Par décision du 26 juin 2003, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale n° 390 OIC, ainsi que des appareils médicalement prescrits du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 30 novembre 2020.

Le 25 novembre 2004, les parents de l'assurée ont déposé une demande d'allocation pour impotent. Ils ont indiqué qu'elle avait besoin d'aide pour tous les actes de la vie, et d'une aide en permanence dans le cadre d'exercices de physiothérapie et d'ergothérapie à raison de quatre heures par jour, soins donnés par sa mère. Ils ont ajouté qu'elle avait besoin d'une surveillance personnelle jour et nuit effectuée par sa mère, l'intéressée n'ayant pas le réflexe de se protéger et tombant facilement. La nuit, il fallait la changer de positions.

Le 21 février 2005, un collaborateur de l'association [...] a rempli le questionnaire d'impotence comme il suit :

«

#### 4. Indications concernant l'impotence et le besoin d'assistance

4.1 La personne assurée a-t-elle besoin, en raison de son impotence et malgré l'usage de moyens auxiliaires, de l'aide régulière et importante d'autrui, sous forme directe ou indirecte, pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants?

L'aide est directe, lorsque la personne assurée ne peut plus ou ne peut accomplir que partiellement elle-même un acte ordinaire de la vie. L'aide est indirecte lorsque la personne assurée est fonctionnellement en mesure d'accomplir elle-même un acte ordinaire de la vie, mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou de manière inappropriée si elle était livrée à elle-même.

La personne assurée vivant à domicile a-t-elle en plus besoin de soins intenses?

Lors de l'évaluation de l'assistance supplémentaire quotidienne, il faut considérer que la personne assurée vit à domicile et indiquer une valeur moyenne. Le temps consacré à des soins non quotidiens (p. ex. visite médicale ou accompagnement pour suivre une thérapie) doit être converti de manière à obtenir une moyenne quotidienne. Ne peut être pris en considération que le surcroît de temps consacré à l'assistance par rapport aux mineurs du même âge ne souffrant d'aucun handicap. Ce surcroît de temps est dû:

- à un traitement (mesures médicales lorsqu'elles ne sont pas fournies par le personnel médical auxiliaire);
- aux soins de base (hygiène corporelle, mesures destinées au maintien des actes et fonctions ordinaires de la vie, etc.).

	Besoin d'aide régulière et importante (directe ou indirecte) non	oui	Depuis (mois et année) (indications précises)	Genre d'aide (description précise)	Temps supplémentaire (h/min par jour)
4.1.1 Se vêtir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Aide quasiment totale pour cet acte. A.E.____ sait seulement enfiler le pull par-dessus la tête et tendre les bras dans les manches. Il faut cependant lui tenir les manches des pulls et descendre et remonter le pull le long du corps. Elle doit s'habiller assise car ne se tient pas en équilibre sur les jambes même en s'appuyant sur une barre. Elle a également besoin d'une aide complète pour enfiler et enlever un pantalon (position assise aussi). L'aide est également nécessaire pour les collants, les chaussettes et les chaussures en raison d'une séparation obligée dans les souliers entre le gros orteil et les autres (par conséquent les collants et les chaussettes doivent comporter un pli séparant le gros orteil des autres). En hiver, l'aide est nécessaire pour lui enfiler les gants avec les doigts (plus pratiques que les mouffes afin que la fillette puisse utiliser ses mains). La maman constate la grande différence au niveau de l'aide et du temps pour A.E.____ par rapport à sa sœur jumelle. L'aide est nécessaire pour mettre et enlever les attelles.	30 min
Se dévêtir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Moyens auxiliaires (p. ex. mettre ou enlever une prothèse)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Préparer les vêtements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
4.1.2 Se lever	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		A.E.____ doit solliciter sa maman pour tout changement de positions. Il faut la prendre par les aisselles pour l'asseoir sur une chaise, pour la relever d'une chaise, pour l'asseoir par terre et pour la relever. Il faut beaucoup d'encouragement et de stimulation pour que l'enfant s'aide le plus possible avec les bras afin que la maman n'ait pas tout le poids du corps. Il faut également porter A.E.____ au lit et pour en sortir et la nuit, il faut lui changer de positions 4 à 5 fois. Normalement, un enfant de cet âge est complètement indépendant pour ces changements de positions. 30 min. + 15 min. la nuit	45 min
S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se coucher	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
4.1.3 Manger (repas préparés normalement)				Le repas prend beaucoup de temps car A.E.____ mange très lentement et il faut beaucoup de stimulation et d'encouragement pour que la fillette utilise les services pour manger. Elle l'exécute pendant la première moitié du repas, puis elle se fatigue (elle n'arrive plus à viser sa bouche, se salit, renverse l'assiette, etc.) et il faut la nourrir. Pour tout ce qui est du liquide, la soupe par exemple, il faut la lui donner. Il faut aussi de l'aide pour lui servir à boire car A.E.____ n'arrive pas à saisir une bouteille et verser le contenu dans un verre. Elle doit déjà se tenir en équilibre avec un bras et n'a pas assez de force pour exécuter cet acte seule. Sauf pour couper les aliments, la sœur jumelle est complètement indépendante pour manger et boire	1h
- Apporter les aliments au lit (car l'assuré(e), pour des raisons de santé, ne peut pas manger à table)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Couper les aliments	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
- Porter les aliments à la bouche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
- L'assuré(e) ne peut-elle manger que des aliments spéciaux? (p. ex. réduits en purée, par sonde, toutefois une alimentation spéciale due à un régime est exclue)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Besoin d'aide régulière et importante (directe ou indirecte)		Depuis (mois et année) (indications précises)	Genre d'aide (description précise)	Temps supplémentaire (h/min par jour)
	non	oui			
4.1.4 Faire sa toilette					
- Se laver	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<p>Pour se laver les mains et les dents, A.E._____ a besoin d'être tenue par les hanches, debout contre le lavabo, et c'est la maman qui, avec une main, lui passe le savon, lui ouvre et ferme le robinet d'eau, lui brosse les dents, etc.</p> <p>Pour le bain, il faut porter A.E._____ dans la baignoire et aussi la porter pour en sortir. L'aide est totale pour cet acte. Il faut toujours veiller à ce que la fillette ait une position droite (assise) car elle a tendance à se pencher de côté et de glisser dans l'eau. Pour lui laver le derrière, la maman installe A.E._____ sur les genoux en s'appuyant sur une barre et avec une main, elle la lave, l'autre main assurant que l'enfant ne tombe pas de côté.</p>	45 min
- Se coiffer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
- Se baigner/se doucher	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
- Év. se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.1.5 Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			35 min
- Mettre en ordre les habits (avant et après être allé(e) aux toilettes)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<p>A.E._____ est langée la nuit. Le jour, elle sait demander pour aller aux toilettes et il faut la conduire. La maman appuie sa fille contre ses jambes, lui descend le pantalon et la porte sur les toilettes. Il faut ensuite la remettre debout contre la maman, la nettoyer et lui remonter le pantalon.</p>	
- Laver le corps / contrôler la propreté (après être allé(e) aux toilettes)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
- Aller aux toilettes de manière inhabituelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.1.6 Se déplacer dans l'appartement (y compris les escaliers)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<p>A.E._____ se déplace à quatre pattes dans l'appartement (il faut que ce soit sur de la moquette sinon elle glisse). La maman l'aide pour les déplacements en position verticale. Elle la tient par les épaules, le corps en appui contre ses jambes et elle la fait avancer en déplaçant le poids du corps d'un pied sur un autre. La maman l'aide de la même manière pour monter les escaliers (A.E._____ doit pouvoir tenir la rampe avec une main). Mais comme A.E._____ se fatigue vite, il faut alors la porter pour finir les escaliers. Il faut aussi la porter pour les descendre.</p> <p>A l'extérieur, le pousse-pousse ou le vélo adaptés sont nécessaires pour les déplacements et pour certains endroits, il faut porter la fillette.</p>	Temps supplémentaire non pris en compte pour le supplément pour soins
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Entretenir des contacts sociaux (conversation, lecture, écriture, radio/TV, spectacles)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.1.7 La personne assurée a-t-elle besoin, en raison d'une atteinte des organes sensoriels (p. ex. malvoyant) ou d'une grave infirmité physique, de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Temps supplémentaire non pris en compte pour le supplément pour soins intenses
4.1.8 La personne assurée a-t-elle besoin d'accompagnement pour se rendre chez le médecin ou le thérapeute?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEI à domicile 1x/semaine</li> <li>• Physiothérapie 3x/semaine (1x [..] , 2x [..] ) : 1h08min</li> <li>• Ergothérapie 3x/semaine (1x [..] , 2x [..] ) : 1h08min</li> <li>• Neuroréhabilitation [..] 2x/an : 2min</li> <li>• Unité de développement [..] 1x/an : 1min</li> <li>• Ophtalmologue à [..] 1x/an : 1min</li> </ul> <p>Temps suppl. 2h20 min</p>	
Non pris en compte pour l'allocation pour imputent					
Total du temps supplémentaire en h/min par jour					5h 55 min

Qui fournit l'aide? les parents

4.2 Indications sur l'aide pour les soins:

4.2.1 L'assuré(e) a-t-il/elle besoin d'une aide permanente pour les soins de base

oui  non

(p. ex. exercices physiques, changement de bandages, prophylaxie des escarres)?

de jour  de nuit

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

Genre de soins

h/min par jour

Total du temps supplémentaire en h/min par jour

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

Qui fournit les soins?

4.2.2 L'assuré(e) a-t-il/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?

**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**

(p. ex. pose et entretien de sondes et de cathéters, insilition, injection ou perfusion de médicaments et de solutions pour alimentation parentérale, physiothérapie)

Genre de soins

Une fois par jour pendant une heure, il faut bander l'œil gauche pour faire travailler l'œil droit.

Exercices thérapeutiques : avant chaque type d'exercice, il faut mettre la ceinture pour soutenir le tronc du corps :

La marche : mettre A.E.\_\_\_\_ debout, avec appui sur les jambes de la maman, tenir la fillette par les épaules et la faire avancer, pied par pied en lui demandant de déplacer le poids du corps d'un côté sur un autre; puis la poser sur le petit banc entre les barres parallèles, l'aider à se relever et la faire marcher long des barres avec l'aide des mains : 4x/jour et une demi-heure par fois;

Standing : installer A.E.\_\_\_\_ dans le standing, surveiller la position (la fillette a tendance de se pencher de côté ou en avant) et l'occuper : 1h/jour;

Se redresser : installer A.E.\_\_\_\_ sur une chaise ou par terre et l'encourager à se relever correctement avec l'aide des meubles : 2x/jour et un quart heure par fois;

Positions correctes : installer A.E.\_\_\_\_ par terre et l'aider à exécuter différents types d'exercices: mettre les jambes de côté, tendre les jambes devant elle (elle n'y arrive pas encore), se mettre en position "yoga" : 2x/jour et un quart heure par fois;

Exercices d'ergothérapie : aider A.E.\_\_\_\_ à manipuler les crayons en lui demandant de dessiner et d'écrire, lui demander d'encadrer des pièces dans une planche, lui demander de verser un liquide, etc. Pour chaque exercice, la maman dispose les objets à une certaine distance, à gauche et à droite, afin d'obliger la fillette de tendre les bras pour les attraper : 1/2 h/jour.

Exercices avec le vélo : installer et attacher A.E.\_\_\_\_ sur son vélo adapté et la faire avancer afin de travailler les muscles des jambes : 1h/jour

h/min par jour

Total du temps supplémentaire en h/min par jour 11 h 25 min

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

la naissance

Qui fournit les soins?

la maman

4.3 Indications concernant la surveillance personnelle:

4.3.1 L'assuré(e) a-t-il/elle besoin d'une surveillance personnelle (présence d'un tiers)?

oui  non

Si oui, sous quelle forme/dans quelle mesure?

de jour  de nuit

Il faut une surveillance permanente en raison des chutes fréquentes, A.E.\_\_\_\_ s'appuyant sur des meubles instables ou des objets pour se relever. Quand elle tombe, elle n'a pas de réflexe de se protéger le visage.

4.3.2 Depuis quand le besoin de surveillance existe-t-il dans la mesure indiquée (mois et année)?

la naissance

4.3.3 Qui apporte la surveillance? la maman

4.4 Des moyens auxiliaires sont-ils à disposition (p. ex. fauteuil roulant)?

oui  non

Si oui, lesquels?

Chaussures orthopédiques, attelles, standing, coque pour s'asseoir, chaise et table adaptées, pousse-pousse et vélo adaptés, planche à roulettes pour les déplacements sur le ventre, barres parallèles.

L'emploi d'un moyen auxiliaire pourrait-il atténuer l'impotence? partiellement.

oui  non

Si oui, lequel?

Chaussures orthopédiques et attelles pour faciliter l'apprentissage de la marche.

Il résulte notamment ce qui suit du rapport du 2 mai 2005 d'une enseignante spécialisée du Service éducatif itinérant (SEI) de la Fondation [...] :

« **CONCLUSIONS :**

A.E. \_\_\_\_\_ présente un retard moteur touchant la motricité fine et globale. Sur le plan cognitif, elle évolue très favorablement, compte tenu des limites instrumentales liées à son handicap. Elle a une bonne capacité d'attention et de concentration et elle est persévérante. Elle joue beaucoup avec sa sœur jumelle que j'inclus d'ailleurs dans mes séances S.E.I. Il y a émulation de part et d'autre et joyeuse complicité.

Les parents ont décidé de retarder à août 2006 l'entrée à l'école enfantine. Afin de préparer au mieux A.E. \_\_\_\_\_ à son entrée à l'école, il s'avère nécessaire que la prise en charge par le S.E.I puisse se poursuivre jusqu'en juillet 2006. ».

Un rapport du 25 mai 2005 d'une gestionnaire de dossiers de l'OAI a notamment la teneur suivante :

« Rappel :

- 1<sup>ère</sup> étude du droit à l'impotence et au SSI [supplément pour soins intenses]
- connu[e] pour diplégie spastique sévère, avec retard moteur important, retard de langage léger.
- Suivie par le SEI dès décembre 2004.

**Situation actuelle**

Soins de base :

- habillage : l'aide est quasi totale. Elle sait enfiler un pull et tendre les bras - est habillée assise en raison du manque d'équilibre - aide pour les collants, chaussures, chaussettes et mettre les attelles **dès 3 ans / SSI 30'**
- transfert de posture : sollicite sa mère pour tous les changements de position - beaucoup de stimulation pour la motiver à se servir de ses bras pour éviter que la mère porte tout le poids **dès 10 mois / SSI 45'**
- manger : Elle utilise sa fourchette en début de repas et suite à la fatigue qui s'installe, il faut la nourrir. Aide pour boire et « manger » les aliments liquides - les aliments sont coupés par les parents - beaucoup de stimulation **dès 20 mois / SSI 1 h**
- se laver : pour le bain doit être portée dans et hors de la baignoire - aide totale pour cet acte. Peut se laver les mains et les dents moyennant d'être tenu[e] par les hanches **dès 6 ans / SSI 45**
- WC : langée la nuit [recte : nuit] - demande pour aller au pot - elle doit être portée sur les toilettes, essuyée et les habits remis en place **dès 4 ans / SSI 35'**

- déplacements/contacts sociaux : elle se déplace à 4 pattes à l'intérieur - un soutien est nécessaire pour les déplacements en position verticale - Aide pour monter et descendre les escalier[s] - se fatigue vite. A l'extérieur, un p.-pousse [pousse-pousse] est utilisé ou le vélo adapté.
- Accompagnement chez le pédiatre : physiothérapie et ergothérapie 3 x par semaine - contrôle semestriel au Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ Neuropédiatrie, consultation annuel[le] Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ DEV, consultation annuel[le] ophtalmologiste

#### Soins infirmiers :

Occlusion visuelle, exercice marche, exercice d'ergothérapie, de physiothérapie avec le vélo.

#### Surveillance

Elle fait de fréquentes chutes. Si elle tombe, n'a pas les réflexes de protection.

Total du surcroît de soins intenses (infirmier + de base) plausible au vu de l'âge et de l'atteinte à la santé = 11 25 heures par jour)

#### **Conclusions :**

**Je pense que nous pouvons admettre le droit à l'impotence légère dès le ..... avec passage à moyen puisqu'un 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> actes sont rempli[s] par la suite. ».**

Interpellée par l'OAI, la Dresse F. \_\_\_\_\_, médecin associé à l'unité de réhabilitation pédiatrique de l'hôpital orthopédique et spécialiste en pédiatrie, a établi le 19 août 2005 un rapport dont il résulte ce qui suit :

« L'enquête relative à l'allocation pour impotent telle qu'elle est présentée correspond parfaitement à la réalité de A.E. \_\_\_\_\_, qui présente un grave retard psychomoteur touchant de façon prédominante le contrôle postural et moteur, conséquence d'une paralysie motrice cérébrale chez une ancienne prématurée.

#### **- Autonomie pour Manger :**

Il est clair que A.E. \_\_\_\_\_ est encouragée à l'autonomie pour s'alimenter elle-même et que des efforts vont continuer dans ce sens. Dans la réalité quotidienne, A.E. \_\_\_\_\_, petite mangeuse, très lente dans l'exécution de ses mouvements, a besoin d'aide pour une bonne moitié de ses repas, sinon elle risquerait d'être sous-alimentée, les efforts étant encore trop importants pour qu'elle termine elle-même un repas complet. L'enfant a donc besoin de la présence de l'adulte pendant tout le repas et d'une aide concrète pour lui faire manger une quantité correspondant à son besoin nutritionnel. Il ne s'agit en aucun cas de comportement surprotecteur de la part des parents et la lenteur est directement liée à son problème moteur cérébral. Cette lenteur se retrouve dans tous les mouvements qu'elle fait, les changements de positions et l'exécution de tous les gestes qu'un enfant de son âge accomplit rapidement et sans difficulté.

- **Accompagnement aux thérapies, visites médicales :**

La durée moyenne des séances d'ergothérapie et de physiothérapie est d'1 heure, qu'elles aient lieu à l'Hôpital orthopédique ou en cabinet privé. C'est le temps nécessaire réservé aux thérapies chez les enfants, qui inclut l'appropriation de celui-ci (s'assurer de sa collaboration), des périodes plus ludiques permettant de maintenir une bonne qualité d'attention et de concentration de l'enfant ainsi que les séances d'habillage, et de déshabillage qui font partie intégrante du traitement. Dans l'heure de thérapie doit être inclus un échange d'au moins quelques minutes avec le parent accompagnant pour la transmission d'informations et surtout de consignes pour permettre une automatisation progressive des activités exercées en thérapie et éviter des gestes ou des postures pouvant être néfastes à long terme.

La présence du parent est vivement souhaitée pendant toute la séance ou au moins une bonne partie de la séance, car c'est ce qui permet le mieux de renforcer le travail thérapeutique effectué pendant les séances.

- **Durée moyenne des consultations au Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ :**

En général 2 consultations annuelles en ce qui concerne la neuroréhabilitation, 1 à 2 consultations orthopédiques conjointes. A l'âge de A.E. \_\_\_\_\_, les consultations à l'Unité de Développement sont effectuées à notre demande (évaluation du développement cognitif). En général, à partir de 3 ans et demi elles peuvent très bien être espacées (moins d'1 fois par année).

- **Thérapies à domicile :**

Je ne suis pas en mesure de vous fournir une liste des exercices thérapeutiques prescrits par les thérapeutes, mais celle-ci peut être fournie sur demande par les intéressés. Il est bien clair que nous nous attendons à une participation optimale des parents en fonction de leurs disponibilités. Dans le cas de A.E. \_\_\_\_\_, la motivation et la participation de la maman sont absolument optimales car elle s'investit de façon adéquate, nuancée et quotidienne.

- **Concernant le standing :**

L'enfant en âge préscolaire a besoin d'une présence adulte dans la même pièce si l'on veut que l'enfant accepte une durée utile de verticalisation (45 à 60 minutes par séances). Il s'agit en effet de motiver l'enfant au travers d'une activité ludique. Pour les enfants plus grands, cette présence est moins soutenue puisque les enfants sont plus autonomes dans leurs activités et que leur temps de concentration est plus important. Il est indispensable aussi que l'adulte surveille pendant ce temps de verticalisation l'adéquation de la posture de l'enfant, sinon on risquerait de renforcer les postures pathologiques. A.E. \_\_\_\_\_ est bien entendu en âge d'appeler en cas de problèmes (douleurs p.exemple), mais elle n'est pas capable de réaliser que sa posture n'est plus adéquate. En effet, dans une situation de contrôle postural déficient, l'intéressée a toujours tendance à éviter de façon progressive les sollicitations contraignantes. ».

Dans un projet de décision du 14 septembre 2006, l'OAI a informé les parents de l'assurée de son intention de lui octroyer du 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 30 novembre 2018 (18 ans révolus - révision), une allocation pour une impotence de degré moyen et, en cas de séjour à la maison, un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît d'au moins 8 heures par jour.

Par décision du 30 octobre 2006, l'OAI a confirmé son projet au motif qu'au vu des renseignements figurant au dossier, l'enfant avait besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir au moins 4 actes ordinaires de la vie et qu'il admettait en outre un surcroît de soins d'une durée d'au moins 8 heures par jour.

**B.** Dans le cadre d'une procédure de révision, une enquêtrice de l'OAI a rempli le 4 août 2008 un questionnaire relatif à l'allocation d'impotence à un mineur comme il suit :

«

**4. Indications concernant l'impotence et le degré d'assistance**

4.1 *L'assuré(e) a-t-elle besoin, en raison de son impotence et malgré l'usage de moyens auxiliaires, de l'aide régulière et importante d'autrui, sous forme directe ou indirecte, pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivant ?*  
 L'aide est directe, lorsque la personne assurée ne peut plus ou ne peut accomplir que partiellement elle-même un acte ordinaire de la vie. L'aide est indirecte lorsque la personne assurée est fonctionnellement en mesure d'accomplir elle-même un acte ordinaire de la vie, mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou de manière inappropriée si elle était livrée à elle-même.

*Si la personne assurée vivant à domicile a-t-elle besoin de soins intenses ?*

Lors de l'évaluation de l'assistance supplémentaire quotidienne il faut considérer que la personne assurée vit à domicile et indiquer une valeur moyenne. Le temps consacré à des soins non quotidiens (p.ex. visite médicale ou accompagnement pour suivre une thérapie) doit être converti de manière à obtenir une moyenne quotidienne. Ne peut être pris en considération que le surcroît de temps consacré à l'assistance par rapport aux mineurs du même âge ne souffrant d'aucun handicap. Ce surcroît de temps est dû :

- à un traitement (mesures médicales, lorsqu'elles ne sont pas fournies par le personnel médical auxiliaire) ;
- aux soins de base (hygiène corporelle, mesures destinées au maintien des actes et fonctions ordinaires de la vie, etc.)

		Besoin d'une aide régulière (directe ou indirecte) ?		Depuis quand ? (mois et année indications précises)	Genre d'aide (description précise)	Temps supplémentaire (heures/min, par jour)
		oui	non			
4.1.1	Se vêtir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Situation idem qu'en février 2005, aide quasi-totale pour l'habillement. A.E.____ collabore, est capable d'enfiler le pull par-dessus la tête, il faut cependant l'aider, lui tenir les manches des pulls, descendre le pull le long du corps. Il faut l'habiller assise car n'a pas d'équilibre. Aide pour enfiler le pantalon, aide pour les chaussettes ou les collants. A besoin d'aide pour boutonner et pour utiliser une fermeture éclair, les gestes fins sont impossibles en raison de la spasticité. Aide à l'habillement le matin 15 min. Porte des chaussures orthopédiques, a besoin d'aide pour les enfiler et pour les attacher. Sort en moyenne 3x par jour 3 x 2 min = 6 min. L'hiver, a besoin d'aide pour mettre la veste et la fermer 3 x 3 min = 9 min Aide pour mettre et pour enlever les attelles 7 min A besoin d'aide pour enfiler le pyjama 3 min Peut se déshabiller seule, a 2 barrières avec un banc au milieu, se met debout en se tenant aux barrières, enlève les vêtements très lentement, met 1/2h pour se déshabiller A besoin d'aide pour déboutonner, pour enlever les chaussures. 3 x 2 min = 6 min L'hiver, il est nécessaire de lui déboutonner la veste 3 x 1 min = 3 min Enlève son pyjama dans son lit.	40 min
	Se dévêtir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A besoin d'aide pour déboutonner, pour enlever les chaussures. 3 x 2 min = 6 min L'hiver, il est nécessaire de lui déboutonner la veste 3 x 1 min = 3 min Enlève son pyjama dans son lit.	9 min
	Moyen auxiliaire (p.ex. mettre ou enlever une prothèse)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Préparer les vêtements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Est capable de choisir ses vêtements, A.E.____ est très coquette. La maman doit les lui apporter dans la chambre.	5 min

4.1.2	Se lever	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Peut se lever uniquement en se tenant à un meuble, tient debout en étant tenue, utilise un tintébin pour tous les déplacements Dans l'appartement pas de problème, se déplace à quatre pattes vers le meuble le plus proche. Si A.E. n'a rien autour d'elle pour se lever, a besoin d'aide pour se mettre debout. L'aide n'est pas régulière.</p> <p>Se tient assise sans aide mais se fatigue vite. Au bout d'un moment a tendance à se pencher en avant.</p> <p>Va seule dans sa chambre avec le tintébin, s'approche du lit et peut s'asseoir sur le lit. A besoin d'aide de la maman pour mettre les jambes sur le lit, l'installe correctement dans le lit pour la nuit, la couvre. Pour le lever, se glisse au bas du lit et se tient au tintébin. N'a plus besoin d'être changée de position durant la nuit.</p>	5 min
	S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Se coucher	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.3	Manger (repas préparés normalement)			<p>Le repas prend toujours beaucoup de temps. Sa sœur jumelle a terminé bien avant elle.</p>	
	- apporter les aliments au lit (car l'assuré(e), pour des raisons de santé, ne peut pas manger à table)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mange à table	
	- Couper les aliments	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécessité de couper tous les aliments. N'y arrive pas au vu de la spasticité 3 x 2 min	6 min
	- Porter les aliments à la bouche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>A.E. est très distraite durant les repas, selon la maman, n'a pas l'idée de manger., reste devant son assiette sans réaction. Afin que A.E. mange ses repas chauds, la maman lui donne à manger. Mange très lentement, à chaque bouchée doit être stimulée et encouragée pour qu'elle avale la nourriture.</p> <p>Déjeuner : mange une tartine coupée en petits morceaux, mange avec les doigts. Boit au verre seule</p> <p>Dîner : met 1h pour manger</p> <p>Goûter : mange un gâteau ou un fruit se débrouille.</p> <p>Souper : idem que le dîner 1h</p>	120 min
	- L'assuré(e) ne peut-il/elle manger que des aliments spéciaux (p.ex. réduits en purée, par sonde, toutefois une alimentation spéciale due à un régime est exclue) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

		Besoin d'une aide régulière (directe ou indirecte) ?	Depuis quand ? (mois et années indications précises)	Genre d'aide (description précise)	Temps supplémentaire (heures/min. par jour)
4.1.4	Faire sa toilette Se laver	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Aide totale pour la petite toilette, la maman lui lave le visage, les bras, le dos, les jambes. A.E. se tient debout en se tenant au lavabo. 10 min</p> <p>Peut se laver les dents, la maman lui prépare la brosse à dents et le dentifrice sur le lavabo puis la tient devant le lavabo, ouvre et ferme le robinet</p> <p>Matin et soir 2 x 5 min = 10 min</p> <p>Après chaque repas, la maman lui lave les mains et le visage 4 x 3 min = 12 min</p>	32 min
	Se coiffer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>A les cheveux longs, la maman lui fait une petite queue de cheval. Nécessité de rectifier la coiffure durant la journée 3 x 3 min</p>	9 min
	Se baigner / se doucher	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>A un petit siège dans la douche et un tapis anti-glisse. Douche à plain-pied.</p> <p>Aide totale pour la douche, la maman la savonne, la rince et l'essuie. N'a pas d'équilibre pour se tenir debout.</p>	20 min
	Event. se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<p>4.1.5 Aller aux toilettes</p> <p>Mettre en ordre les habits (avant et après être allé/e aux toilettes)</p> <p>Laver le corps / contrôler la propreté (après être allé(e) aux toilettes)</p> <p>Aller aux toilettes de manière inhabituelle</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>A acquis la propreté Va jusque devant les WC avec le tintébin, La maman doit l'aider à se mettre sur les WC, a un petit escabeau pour s'asseoir sur les WC.</p> <p>Aide pour réajuster les vêtements. A besoin d'aide pour l'installer sur les WC, pour la relever et pour la rhabiller. 6 x 5 min La maman ne reste pas à côté lorsque AE_____ est sur les WC</p> <p>Est nettoyée à chaque passage sur les WC avec une petite lingette 6 x 3 min</p>	<p>30 min</p> <p>18 min</p>
<p>4.1.6</p> <p>Se déplacer dans l'appartement (y compris les escaliers)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Dans l'appartement, AE_____ se déplace avec un tintébin. Se déplace également à quatre pattes, lorsqu'elle joue par terre et lorsqu'elle doit aller vers un meuble pour se mettre debout. AE_____ ne peut se mettre debout qu'en se tenant à un meuble ou à un objet stable. AE_____ a besoin d'aide pour entrer et sortir de la terrasse à cause du seuil. Il faut lui donner la main pour monter et descendre les escaliers, avec l'autre main se tient au mur ou à la rampe d'escaliers.</p>	<p>Temps supplémentaire non pris en compte pour soins intenses</p>
<p>Se déplacer à l'extérieur</p> <p>Etablir des contacts sociaux (conversations, lecture, écriture, radio-TV, spectacles)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Pour les petites distances, AE_____ utilise le tintébin, a un vélo à quatre roues (il faut l'installer sur le vélo, est tenue avec des velcros). AE_____ commence l'apprentissage avec 2 cannes à 3 pieds, une personne doit être présente car il y a risques de chutes. Pour les plus grands trajets, les parents utilisent une chaise roulante manuelle. N'a aucune difficulté pour établir des contacts, AE_____ s'exprime sans aucune difficulté. Est très sociable.</p>	
<p>4.1.7</p> <p>La personne assurée a-t-elle besoin, en raison d'une atteinte des organes sensoriels (p.ex. faiblesse de la vue) ou d'une grave infirmité physique de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux ?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>		<p>Temps supplémentaire non pris en compte pour soins intenses</p>
<p>4.1.8</p> <p>L'assuré a-t-il(elle) besoin d'accompagnement pour se rendre chez le médecin ou le thérapeute.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Physio - [...] 1x/sem. 2h (reste durant le ttr car voit les exercices). Hôp.orthopédique : 2x/an 2h30 Ergo - [...] 2x/sem 2h [...] ; 1x/an 2h30 Dr [...] Ophtalmologue - [...] 4x/an 2h</p> <p>Total : 54 min/jour</p> <p>Non pris en compte pour l'allocation pour impotent</p>	
<p>Total du temps supplémentaire en h/mon par jour</p> <p>Qui fournit l'aide ?</p>	<p>240 min soit 4h</p> <p>Les parents</p>		

4.2 Indications pour l'aide pour les soins

- 4.2.1 L'assuré(e) a-t-il/elle besoin d'une aide **permanente** pour les soins de base ?  oui  non  
 (p.ex. exercice physique, changement de bandages, prophylaxie des escarres) ?  de jour  de nuit

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

Genre de soins	Heures/min-jour
<b>Total du temps supplémentaire en h/m par jour</b>	

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

Qui fournit les soins ?

4.2.2 L'assuré(e) a-t-il/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)	Physiothérapie (exercices de mobilité) <b>2h</b>
<b>Total du temps supplémentaire en H/min par jour :</b>	<b>2h/jour</b>

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

Qui fournit les soins ?

4.3 Indications concernant la surveillance personnelle :

4.3.1 L'assuré(e) a-t-il/elle besoin d'une surveillance personnelle (présence d'un tiers) ?

- oui  non  
 de jour  de nuit

Si oui sous quelle forme et dans quelle mesure ?

Surveillance basée sur le problème d'équilibre, risques de chutes permanents.  
 Nécessité d'avoir toujours un œil sur A.E.\_\_\_\_\_, lorsqu'elle veut se mettre debout, ne se tient pas toujours à un meuble stable, s'accroche à tout ce qui est à sa portée, peut se blesser, lorsqu'elle tombe, n'a pas le réflexe de se protéger. .  
 Lorsqu'elle joue dans la chambre, va souvent regarder ce qu'il se passe, corrige la position si n'est pas adéquate.  
 Selon les dires de la maman, A.E.\_\_\_\_ est une petite fille très raisonnable, qui ne fait pas de bêtises.

4.3.2 Depuis quand le besoin de surveillance existe-t-il dans la mesure indiquée (mois et année) ?

Toujours

4.3.3 Qui apporte la surveillance ?  
Les parents

4.4 Des moyens auxiliaires sont-ils à disposition (p.ex. fauteuil roulant) ? oui  non   
Si oui, lesquels ?  
Un tintébin  
Une paire de cannes à 3 pieds  
Une chaise roulante  
Un vélo adapté  
Un ordinateur  
Une chaise de bureau avec adaptations  
Une chaise tripp – Trapp  
Barres parallèles avec banc rembourré entre les barres

L'emploi d'un moyen auxiliaire pourrait-il atténuer l'impotence ? oui  non   
Si oui, lequel ?

5. Remarques (en particulier lors d'indications divergentes et éventuellement réponse aux questions posées sous chiffre 1.4).

Entretien en présence de la maman.

Les parents ont des horaires variés, ils se relaient pour s'occuper de A.E.\_\_\_\_, en cas de problème, la famille est présente. Ils vont amener et rechercher A.E.\_\_\_\_ à l'école chaque jour.

Le couple prend chaque année, une jeune fille de leur Pays qui vient habiter avec eux et aide au ménage, s'occupe également des petites jumelles.

Le couple a déménagé depuis avril 2008, habite un bel appartement spacieux sans seuil, avec des grandes pièces, ce qui facilite les déplacements de A.E.\_\_\_\_ avec le tintébin.

A.E.\_\_\_\_ a fait de petits progrès depuis la précédente enquête faite en février 2005 par [...], cependant elle nécessite toujours de l'aide pour chaque acte

6. Synthèse :

Acte ordinaire de la vie	Impotence due à l'invalidité	dès le (selon annexe III CIAI)	Délai d'attente	Début du droit
Se vêtir/dévetir	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			<b>Retenu lors de l'octroi</b>
Se lever/s'asseoir/se coucher	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			<b>Retenu lors de l'octroi</b>
Manger	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			<b>Retenu lors de l'octroi</b>
Se laver/baigner/doucher	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	6 ans	<b>3 mois</b>	<b>01.02.2007</b>
Aller aux toilettes	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			<b>Retenu lors de l'octroi</b>
Se déplacer/établir des contacts sociaux	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			<b>Retenu lors de l'octroi</b>
Surveillance personnelle	<input checked="" type="checkbox"/> 2 heures			
Surveillance personnelle intensive	<input type="checkbox"/> 4 heures			
Aucune	<input type="checkbox"/>			

Supplément pour soins intenses	No de référence	Heures / minutes
Supplément de temps pour actes de la vie	4.1.1 à 4.1.8	240 min
Supplément de temps pour soins de base	4.2.1	120 min
Supplément de temps pour traitements	4.2.2	54 min
Supplément de temps pour surveillance permanente ou intense	4.3	120 min
<b>Total du surcroît de temps</b>		<b>534 min soit 8h 54 min</b>

7. Proposition

API :

- refus / conditions d'octroi pas remplies
- faible dès le
- moyenne dès le
- grave dès le 01.02.2007

Supplément pour soins intenses :

- refus /conditions d'octroi pas remplies
- + 4 heures dès le
- + 6 heures dès le
- + 8 heures (maintien)

Prochaine révision :

Revoir l'évolution dans 3 ans (01:11.2011)

».

Il résulte ce qui suit de la proposition du 10 novembre 2008 du gestionnaire de dossiers de l'OAI :

« **Situation actuelle**

Soins de base :

- habillage : aide quasi-totale pour l'habillage - collabore. Est habillé[e] assise en raison d'un manque d'équilibre - aide pour chaussures orthopédiques, chaussettes, boutons, fermeture. Les gestes fins sont impossibles en raison de la spasticité. Elle choisi[t] ces [recte : ses] vêtements seule mais ils doivent lui être amenés. Peut se déshabiller seule moyennant une installation (2 barrières avec un banc) **dès 6 ans / SSI 54'**
- transfert de posture : peut se lever uniquement si appui sur un meuble - se déplace à 4 pattes dans l'appartement - si n'a rien autour d'elle, l'aide d'un tiers est nécessaire pour se lever - tient assise sans aide mais se fatigue vite - aide pour l'installer correctement au lit **dès 23 mois / SSI 5'**
- manger : aide pour couper les aliments - impossible en raison de la spasticité - mange très lentement. Stimulation nécessaire à chaque bouchée - afin qu'elle mange chaud, sa mère lui donne le repas **dès 5,6 ans / SSI 2 h 06**
- se laver : aide totale - nécessite un siège dans la douche à plain-pied - n'a pas d'équilibre pour se tenir debout et se savonner **dès 6 ans / SSI 1 h 01**

- WC : elle a acquis la propreté - aide pour se mettre sur les WC, pour réajuster les vêtements, nettoyage **dès 6 ans / SSI 48'**
- déplacements/contacts sociaux : à l'intérieur, elle se déplace à 4 pattes ou avec un tintébin - aide pour entrer/sortir de la terrasse en raison d'un seuil - aide pour monter et descendre les escaliers - début de l'apprentissage des cannes à 3 pieds avec une personne pour assurer en cas de chutes - chaise roulante pour les grands trajets - s'exprime sans difficulté et est très sociable.
- Accompagnement chez le pédiatre : physiothérapie hebdomadaire - contrôle semestriel à l'Hôp. orthopédique - ergothérapie bihebdomadaire - consultation annuelle au Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ - consultation trimestriel[le] chez l'ophtalmologue

#### Soins infirmiers :

Physiothérapie sous forme d'exercice de mobilité à raison de 2 heures par jours

#### Surveillance

Surveillance basée sur le problème d'équilibre de A.E. \_\_\_\_\_ avec risque de chutes permanentes. Lors de chutes, pas de réflexes de protection. Correction de la position si pas adéquate.

Une évolution est remarquée mais la situation actuelle est semblable à celle décrite en février 2005 avec quelques améliorations tout de même. ».

Le 10 novembre 2008, l'OAI a informé les parents de l'assurée de son intention de lui octroyer une allocation pour impotence grave et, en cas de séjour à la maison, un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de plus de 8 heures par jour en indiquant notamment ce qui suit :

#### **« Résultats de nos constatations**

Au vu des renseignements figurant dans notre dossier, votre enfant a besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie (se vêtir/dévoiler - manger - transferts posturaux - aller aux WC - se laver - déplacements/contacts sociaux).

Nous admettons en outre un surcroît de soins d'une durée de plus de 8 heures par jour.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- Du 1<sup>er</sup> février 2007 (après 3 mois de non-acquisition du 6<sup>ème</sup> acte - art. 88, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI et art. 88 bis, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b RAI) jusqu'au 30 novembre 2018 (18 ans révolus - révision), votre enfant a droit à une allocation pour une impotence de degré grave.

- En cas de séjour à la maison, votre enfant a également droit à un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de plus de 8 heures par jour

Les décisions du 30 octobre 2006 sont remplacées avec effet dès le 1<sup>er</sup> février 2007. ».

Il a confirmé ce projet par décision du 7 janvier 2009.

**C.** Dans un rapport du 10 novembre 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a indiqué notamment ce qui suit :

« J'ai vu A.E.\_\_\_\_\_ en date du 11.11.2009 en compagnie de sa mère, sa physiothérapeute et de son ergothérapeute.

A.E.\_\_\_\_\_ est âgée de presque 9 ans et présente une paralysie cérébrale de type tétraparésie spastique sur lésions de leucomalacie péri-ventriculaire dans le cadre d'une prématurité et d'une grossesse gémellaire.

Globalement, A.E.\_\_\_\_\_ va bien, elle est en bonne santé habituelle, intégrée dans une classe de 2<sup>ème</sup> primaire du circuit ordinaire où elle a des résultats satisfaisants. Elle bénéficie d'un soutien par une enseignante spécialisée plusieurs périodes par semaine (2 pour les branches scolaires et 3 pour les travaux manuels).

Sur le plan moteur, elle se déplace en fauteuil roulant manuel autopropulsé ou alors avec ses cannes quadripodes, surtout utilisées dans le cadre du domicile.

Sur le plan de la prise en charge, elle fait de la physiothérapie 1x/sem à domicile, 1x/sem au cabinet, de l'ergothérapie 1x/sem en cabinet et 1x/sem en classe. Au niveau des équipements, outre le fauteuil roulant manuel et les cannes quadripodes, A.E.\_\_\_\_\_ est en attente de la réception d'un ordinateur adapté pour lui permettre de saisir des notes en classe, elle a développé de bonnes aptitudes de frappe à 6 ou 7 doigts (dont un à 2 doigts de la main droite).

(...)

#### **APPRECIATION ET PROPOSITION**

Globalement, la prise en charge de A.E.\_\_\_\_\_ me semble parfaitement équilibrée, bien orientée sur ses besoins avec en physiothérapie un travail sur la motricité globale et le maintien des amplitudes articulaires et en ergothérapie, un accent mis sur les aspects d'autonomie et de motricité fine avec un travail en particulier du graphisme et du clavier, en vu[e] de favoriser les acquisitions scolaires. Il est bien entendu essentiel, dès que possible, qu'elle puisse recevoir son ordinateur portable en classe avec les annexes appropriées.

Par rapport aux limites qu'elle rencontre dans son autonomie en fauteuil roulant manuel sur les trajets plus longs et les montées, j'ai proposé qu'on puisse éventuellement faire avec [...] orthopédie un essai de fauteuil roulant manuel avec roues motorisées, ceci correspondrait bien à ses aptitudes.

Je reprend[s] la possibilité à terme d'envisager éventuellement une correction chirurgicale pour la progression des pas en rotation interne ddc [des deux côtés], mais seulement après une analyse de marche détaillée qui pourrait se faire au [...]; ce point sera à rediscuter avec la Dr[e]s[se] [...] le printemps prochain. ».

Ce praticien a mentionné notamment ce qui suit dans son rapport du 17 novembre 2010 :

« **EXAMEN CLINIQUE**

A.E. \_\_\_\_\_ est toujours aussi souriante, parfaitement collaborante, avec des verres correcteurs pour un strabisme divergent. Elle s'exprime de manière intelligible et a une bonne compréhension de la conversation.

Pour ce qui est de la déambulation, équipée de ses cannes quadripodes, elle déambule de manière lente mais efficace avec toujours un schéma légèrement accroupi et une progression du pas en rotation interne plus marquée à gauche qu'à droite. Elle est toujours équipée d'orthèses supra-malléolaires qui maintiennent bien la cheville en phase d'appui. A noter peut-être une attitude un peu plus asymétrique en position debout avec le tronc qui tend à pencher vers la droite. Elle est capable de redresser ceci à la demande.

L'examen sur table est pour ainsi dire inchangé depuis une année avec une spasticité toujours légère au niveau des membres inférieurs qui prédomine à droite, surtout distalement. On peut toujours la grader à 1 + pour le triceps sural et 1 pour les ischio-jambiers. A noter qu'un contrôle moteur sélectif est possible distalement pour la flexion dorsale et l'éversion des 2 côtés mais mieux à gauche qu'à droite. On a une rétraction stable des ischio-jambiers avec des poplités qui se maintiennent aux alentours de 110° des 2 côtés, toujours un bon maintien des amplitudes articulaires au niveau des chevilles et d'excellentes amplitudes articulaires au niveau des hanches, si ce n'est pour l'asymétrie du membre en rotation. En effet, il persiste un morphotype en rotation interne avec une antéversion fémorale importante évaluée aux alentours de 50° à gauche et 40° à droite, et une torsion tibiale interne à environ 0° à droite et une torsion tibiale externe de 10° à gauche (insuffisante).

Au niveau des membres supérieurs, pas de changement de l'examen avec une spasticité pour ainsi dire indétectable. Elle est plus performante à gauche qu'à droite. Possibilité de prosupination et de préhension des 2 côtés. Pas de déformation orthopédique.

Pour ce qui est de la statique rachidienne, toujours une tendance à la cyphose posturale globale, elle est un peu délordosée au niveau lombaire, petite attitude scoliotique dextro-convexe (mais qui semble contrôlée en décubitus ventral).

### **APPRECIATION ET PROPOSITION**

A.E. \_\_\_\_\_ bénéficie toujours d'une prise en charge soutenue mais qui me semble appropriée en termes de fréquence hebdomadaire. Les objectifs ont bien été déterminés par les 2 thérapeutes. A noter que A.E. \_\_\_\_\_ continue en parallèle à se rendre dans des séjours de réadaptation en [...], le dernier d'une durée de 2 mois cet été. Même s'il semble avoir été un peu difficile en termes de distance avec la famille, il a été bénéfique en termes de fonction. ».

Le 18 novembre 2011, il a exposé notamment ce qui suit :

### **« EXAMEN CLINIQUE**

A.E. \_\_\_\_\_ est souriante, parfaitement collaborante, s'exprime sans difficulté. Elle est équipée de verres correcteurs. Nette diminution du strabisme qui n'est quasiment plus apparent hormis de manière très intermittente suite à une dernière correction chirurgicale au mois de septembre par le Dr [...].

Pour ce qui est de la déambulation avec les cannes quadripodes, elle marche de manière lente mais efficace avec un schéma que je trouve un peu moins accroupi que l'année passée et une progression du pas qui reste marquée par une rotation interne plus nette à gauche qu'à droite. Elle est toujours équipée d'orthèses supra-malléolaires qui continuent à offrir un bon maintien de la cheville en phase d'appui. L'attitude du tronc me semble plus symétrique en position debout.

A l'examen sur table, on retrouve un tableau de quadriparésie avec une spasticité qui n'est détectable pour ainsi dire qu'aux membres inférieurs. Ceci me semble s'être atténué sur la dernière année. En effet, je grade les triceps suraux à Ashworth 1, idem pour les ischio-jambiers. Le contrôle moteur sélectif reste tout à fait possible distalement pour la flexion dorsale et l'éversion des chevilles avec un peu plus de facilité à gauche qu'à droite. Bonne stabilité au niveau de la rétraction des ischio-jambiers avec des poplités toujours aux alentours de 110° ddc, très bon maintien des amplitudes au niveau des chevilles et au niveau des hanches. On retrouve bien entendu le morphotype en antéversion fémorale excessive aux alentours de 50° ddc, les torsions tibiales me semblent plus symétriques ce jour aux alentours de 10° externe ddc.

Au niveau des membres supérieurs pas de spasticité détectable. Elle reste bien entendu plus performante à gauche qu'à droite. Prosupination et préhension toujours possibles des 2 côtés, plus rapide du côté gauche. Opposition pouce-index et pouce-auriculaire possible des 2 côtés. Dysdiadococinésie bilatérale. Pas de déformation orthopédique.

Pour ce qui est de la statique rachidienne, je trouve que celle-ci s'est clairement améliorée sur la dernière année. La cyphose posturale globale est moindre. Je ne retrouve pas d'attitude scoliotique ce jour.

### **APPRECIATION ET PROPOSITION**

A.E. \_\_\_\_\_ évolue tout à fait favorablement compte tenu du fait qu'elle a passablement grandi au cours de la dernière année. Elle se maintient très bien sur le plan neuro-orthopédique, s'est améliorée sur le plan du contrôle axial et a clairement gagné en autonomie au bénéfice de prise en charge thérapeutique parfaitement adaptée. Il faut donc poursuivre la physiothérapie à raison de 2x/semaine pour le maintien de l'aptitude à la marche, de la force et des amplitudes articulaires et l'ergothérapie 2x/semaine pour le travail sur l'ensemble des objectifs mentionnés plus haut, en particulier les aspects praxiques importants à sa scolarisation et à son autonomie. Je demande donc par copie de ce même courrier à l'Office AI de bien vouloir renouveler ces mesures pour 2 ans.

En ce qui concerne les moyens auxiliaires, ils restent tout à fait appropriés, hormis le fauteuil roulant manuel ancien vu ce jour qui est clairement trop petit. Je m'imagine que A.E. \_\_\_\_\_ se réjouit de la livraison du prochain. Je reste sur ma suggestion de faire l'essai d'utilisation de roues motorisées qui laisserait à A.E. \_\_\_\_\_ la possibilité de se propulser avec les 2 roues, mais avec une aide électrique qui lui donnerait potentiellement plus d'autonomie. Je remercie Mme [...] d'explorer cette possibilité avec M. [...] de chez [...]. ».

**D.** Dans le cadre d'une nouvelle révision, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a établi un rapport le 29 novembre 2012, dont il résulte notamment ce qui suit :

« A.E. \_\_\_\_\_ est toujours en très bonne santé générale, sans trouble du sommeil ni de l'appétit. Elle est à présent en 5<sup>ème</sup> primaire dans le cercle ordinaire, avec des résultats satisfaisants, au bénéfice de deux périodes hebdomadaires de soutien pédagogique spécialisé de [...] et de six périodes hebdomadaires d'aide à l'enseignante. A l'école, on rapporte de petites difficultés dans les aspects de planification dans les exercices ; elle est aussi un peu limitée du point de vue de sa vitesse de production graphomotrice, autant au niveau de l'écriture manuelle que de la frappe au clavier. L'ordinateur portable continue à être utilisé de manière régulière en classe. La frappe au clavier sera retravaillée de manière plus spécifique dans le cadre de l'ergothérapie.

A.E. \_\_\_\_\_ devient gentiment autonome mais reste lente dans les aspects d'habillage et déshabillage, ainsi que pour sa toilette. De ce fait, elle le fait de manière indépendante les week-ends, alors que la semaine, lorsqu'il faut aller plus vite, c'est sa mère qui l'aide.

Au niveau moteur, A.E. \_\_\_\_\_ continue à gagner en endurance à la marche. Elle peut marcher avec l'aide de ses cannes pentapodes pendant presque une heure, avec de petites pauses, dans son logement. Elle a toujours un vélo adapté type [...] utilisé de manière régulière.

Elle dispose d'un fauteuil roulant manuel et aussi, depuis le début de l'automne, d'un fauteuil roulant électrique, ce qui lui a permis d'acquérir une bonne mobilité dans son collège où elle doit en effet régulièrement changer de classe. Une attention particulière a été prise afin de limiter le nombre de ses déplacements.

Sur le plan de la prise en charge, A.E.\_\_\_\_\_ poursuit la physiothérapie et l'ergothérapie deux fois par semaine. De bons progrès sont rapportés dans les deux thérapies, en termes autant de motricité globale que fine et d'autonomie. Du point de vue des équipements, elle a donc des cannes pentapodes, un fauteuil roulant manuel et un fauteuil roulant électrique avec joystick à droite.

### **EXAMEN CLINIQUE**

A.E.\_\_\_\_\_ est comme toujours souriante, parfaitement collaborante, s'exprimant de manière intelligible. Elle est porteuse de verres correcteurs et présente un discret strabisme résiduel.

Pour ce qui est de la déambulation avec les cannes pentapodes, elle marche de manière lente et efficace, avec un schéma relativement bien redressé et une progression du pas qui reste marquée par une rotation interne plus nette à gauche qu'à droite. Elle est toujours équipée d'orthèses supra-malléolaires qui continuent de lui offrir un bon maintien de la cheville en phase d'appui. Déchaussés, les pieds sont plats et valgus.

A l'examen sur table, on retrouve le tableau de quadriparésie avec une spasticité détectable uniquement aux membres inférieurs. La cotation de celle-ci est superposable à celle de l'an passé, soit un niveau Ashworth 1 dans les triceps suraux et les ischio-jambiers. La situation reste aussi similaire en termes de contrôle moteur sélectif qui reste possible pour la flexion dorsale et l'éversion, avec plus de facilité à gauche qu'à droite. On retrouve les poplités autour de 110° ddc, une flexion dorsale de cheville à quelques degrés au-delà de l'angle neutre genou tendu ddc. Il y a toujours un morphotype en antéverson fémorale excessive, un peu plus marqué à gauche qu'à droite (60° versus 45°), avec des torsions tibiales symétriques aux alentours de 10° externe.

Au niveau des membres supérieurs, pas de spasticité décelable. La motricité reste clairement plus performante à gauche qu'à droite. Prosupination et préhension toujours possibles ddc, avec une bonne force, est plus rapide dans les mouvements à gauche. On retrouve une dysdiadococinésie bilatérale. Pas de rétraction orthopédique à ce niveau.

Pour ce qui est de la statique rachidienne, excellent alignement dans le plan frontal, la cyphose posturale s'est aussi améliorée.

### **APPRECIATION ET PROPOSITION**

A.E.\_\_\_\_\_ continue à bénéficier d'une prise en charge thérapeutique qui me paraît parfaitement adaptée, de même que d'une adaptation pédagogique qui lui permet de participer au mieux aux apprentissages en classe. Je propose donc de poursuivre l'ensemble des mesures au même rythme.

Je suis heureux de constater que le fauteuil roulant électrique a pu se mettre en place, ceci lui offrant bien entendu une plus grande indépendance pour ses déplacements dans son école. ».

Le 10 décembre 2012, les parents de l'assurée ont répondu à un questionnaire d'allocation pour impotence. Ils ont indiqué que leur fille avait besoin d'aide pour tous les actes de la vie, sauf manger mais que la nourriture devait être coupée et d'une surveillance personnelle jour et nuit (si besoin d'aide et risques de chute).

Il résulte du rapport établi le 1<sup>er</sup> juillet 2013 lors de l'enquête relative à l'allocation pour impotence notamment ce qui suit :

«

#### **4. Indications concernant l'impotence et le degré d'assistance**

---

**4.1** *L'assuré(e) a-t-il/elle besoin, en raison de son impotence et malgré l'usage de moyens auxiliaires, de l'aide régulière et importante d'autrui, sous forme directe ou indirecte, pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivant ?*  
L'aide est directe, lorsque la personne assurée ne peut plus ou ne peut accomplir que partiellement elle-même un acte ordinaire de la vie. L'aide est indirecte lorsque la personne assurée est fonctionnellement en mesure d'accomplir elle-même un acte ordinaire de la vie, mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou de manière inappropriée si elle était livrée à elle-même.

*Si la personne assurée vivant à domicile a-t-elle besoin de soins intenses ?*

Lors de l'évaluation de l'assistance supplémentaire quotidienne il faut considérer que la personne assurée vit à domicile et indiquer une valeur moyenne. Le temps consacré à des soins non quotidiens (p.ex. visite médicale ou accompagnement pour suivre une thérapie) doit être converti de manière à obtenir une moyenne quotidienne. Ne peut être pris en considération que le surcroît de temps consacré à l'assistance par rapport aux mineurs du même âge ne souffrant d'aucun handicap. Ce surcroît de temps est dû :

- à un traitement (mesures médicales, lorsqu'elles ne sont pas fournies par le personnel médical auxiliaire) ;
- aux soins de base (hygiène corporelle, mesures destinées au maintien des actes et fonctions ordinaires de la vie. etc.)

		Besoin d'une aide régulière (directe ou indirecte) ?		Depuis quand ? (mois et année indications précises)	Genre d'aide (description précise)	Temps supplémentaire (heures/min, par jour)
		oui	non			
4.1.1	Se vêtir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>A fait des progrès concernant se vêtir depuis la dernière enquête faite en 2008.</p> <p>Le weekend, l'assurée peut enfiler son training et sous-vêtements, habits qui ne doivent pas serrés. Elle les enfle, assise sur un banc, se met debout en se tenant aux barres parallèles pour remonter ses habits. Elle peut le faire car elle a le temps, prend chaque fois 30min pour les enfiler car cela demande beaucoup d'effort</p> <p>Une aide est nécessaire pour mettre chaussettes, souliers et veste. Elle n'arrive pas à fermer les boutons et fermeture éclair du pantalon car cela nécessite des gestes fins que A.E._____ n'arrive pas à faire avec ses mains atteintes.</p> <p>En semaine, sa maman l'habille tous les matins pour gagner du temps (10min)</p> <p>Aide pour mettre veste et chaussures par-dessus les orthèses (2x5min=10min)</p> <p>Aide pour mettre le pyjama car est fatiguée en fin de journée (5 min).</p>	25 min
	Se dévêtir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>L'assurée peut enlever le training, le pyjama si elle a assez de temps et n'est pas trop fatiguée. Sa maman l'aide à décrocher les boutons, à enlever tout ce qui est serré (5min).</p> <p>Aide pour enlever la veste et chaussures (2x5min=10min)</p>	15 min
	Moyen auxiliaire (p ex. mettre ou enlever une prothèse)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>Aide directe à mettre et enlever les orthèses des pieds en position couchée (2x5min=10min).</p>	10 min
	Préparer les vêtements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>A.E._____ peut dire ce qu'elle a envie de porter mais ne peut pas aller chercher ses habits car elle doit toujours se tenir avec ses deux mains aux cannes (5min).</p>	5 min
4.1.2	Se lever	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>L'enquête du 21.07.2008 n'indique pas d'aide pour se lever du lit pourtant la maman dit qu'elle doit lui sortir les jambes du lit, l'assurée peut ensuite se lever en s'aidant de ses deux cannes tripodes La maman aide A.E._____ depuis qu'elle est dans le secondaire, l'école commence plutôt (5min).</p>	5 min
	S'asseoir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>Une aide est nécessaire chaque fois que A.E._____ veut s'asseoir sur sa chaise Vela à roulettes, il faut veiller à ce qu'elle soit bloquée (3x3min).</p>	9 min
	Se coucher	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>Aide directe à se coucher. L'assurée n'a plus d'énergie pour le faire elle-même. Sa maman l'aide à s'installer dans son lit en lui remontant les jambes et en la couvrant (5min)</p>	5 min
4.1.3	Manger (repas préparés normalement)					
	- apporter les aliments au lit (car l'assuré(e), pour des raisons de santé, ne peut pas manger à table)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<p>Le temps SSI a beaucoup diminué par rapport à la dernière enquête du 1.07.2008. A.E._____ a fait des progrès, elle prend moins de temps pour manger.</p>	
	- Couper les aliments	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>Aide directe à couper la viande en raison de la spasticité des mains (2x2min).</p> <p>A.E._____ mange avec la fourchette, arrive à pousser les aliments en aidant avec le couteau.</p>	4 min
	- Porter les aliments à la bouche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
	- L'assuré(e) ne peut-il/elle manger que des aliments spéciaux (p ex. réduits en purée, par sonde, toutefois une alimentation spéciale due à un régime est exclue) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

	Besoin d'une aide régulière (directe ou indirecte) ?	Depuis quand ? (mois et année indications précises)	Genre d'aide (description précise)	Temps supplémentaire (heures/min. par jour)
4.1.4	Faire sa toilette Se laver	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L'assurée peut se brosser les dents si le matériel est préparé à l'avance, elle peut se laver les mains. Elle reste debout en s'appuyant contre le lavabo. Une personne doit être à ses côtés pour éviter qu'elle ne chute (3x5min=15min)	15 min
	Se coiffer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	L'assurée porte des cheveux coiffés en queue de cheval. Le dommage pourrait être réduit par une coupe plus courte. A.E.____ pourrait se coiffer seule.	
	Se baigner / se doucher	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	La douche n'est pas aménagée pour le handicap de A.E.____. Il faut l'aide à rentrer dans la douche. Ensuite, elle se tient aux barres stratégiques pendant que sa maman la lave entièrement Le weekend, sa maman lui installe un siège dans la douche, elle laisse A.E.____ s'installer, elle peut ensuite se laver le haut du corps mais elle mouille partout car la porte ne peut se fermer avec un siège (20min)	20 min
	Event se raser	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
4.1.5	Aller aux toilettes		L'assurée s'organise de telle façon qu'elle ne va pas aux toilettes en dehors de la maison.	
	Mettre en ordre les habits (avant et après être allé(e) aux toilettes)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aide directe à ouvrir et fermer les jeans et à réajuster les vêtements. L'assurée peut aller aux WC en se déplaçant avec ses deux cannes tripodes. Pas besoin d'aide si elle porte un training (3x5min).	15 min
	Laver le corps / contrôler la propreté (après être allé(e) aux toilettes)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
	Aller aux toilettes de manière inhabituelle	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
4.1.6	Se déplacer dans l'appartement (y compris les escaliers)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L'assurée marche avec ses cannes quadrupodes de manière lente. Une aide est nécessaire pour passer le seuil du balcon et pour franchir les escaliers. Elle se tient à la rampe et avec l'autre main à sa canne puis quelqu'un doit lui donner sa deuxième canne pour qu'elle puisse se déplacer.	
	Se déplacer à l'extérieur	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aide directe pour tous les déplacements. L'assurée se déplace en fauteuil roulant manuel lors de grands trajets, une personne doit pousser la chaise. Elle sera plus autonome quand elle se sera habituée à utiliser le fauteuil roulant électrique.	Temps supplémentaire non pris en compte pour soins intenses
	Etablir des contacts sociaux (conversations, lecture, écriture, radio-TV, spectacles)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L'assurée est véhiculée pour toutes ses activités extrascolaires : piscine, hypothérapie. Elle fait du vélo dans son quartier avec quelqu'un qui reste à ses côtés	
4.1.7	La personne assurée a-t-elle besoin, en raison d'une atteinte des organes sensoriels (p.ex. faiblesse de la vue) ou d'une grave infirmité physique de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		Temps supplémentaire non pris en compte pour soins intenses

<p>4.1.8 L'assuré a-t-il(elle) besoin d'accompagnement pour se rendre chez le médecin ou le thérapeute.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Physiothérapie 2x/semaine à [...] et une fois à domicile (trajet 2x20min) Ergothérapie 2x/semaine à [...] et une fois à domicile (trajet 2x25 min) Dr Z.____ 2x/an, 1x au [...] (3h avec trajet) et une fois au [...] (1h30min avec trajet) Dr [...] pédiatre si besoin</p>	<p>6 min 7 min 1 min</p>
<p>Total du temps supplémentaire en h/mn par jour</p>		<p>142 min soit 2 heures 22 min</p>	
<p>Qui fournit l'aide ?</p>		<p>Ses parents</p>	

Non pris en compte pour l'allocation pour impotent

(...)

<p>4.2.2 L'assuré(e) a-t-il/elle besoin d'une aide permanente pour suivre un traitement ?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> de jour <input type="checkbox"/> de nuit</p>
---	--

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

Genre de soins		Heures/min-jour
<p>Mesures diagnostiques (p ex prise de la tension artérielle et de la température, mesure du taux de glucose dans le sang et l'urine)</p>		
<p>Mesures thérapeutiques (pose et entretien de sondes et de cathéters, injection ou perfusion de médicaments et de solutions pour alimentation parentérale, physiothérapie)</p>	<p>Exercices de physiothérapie nécessaires pour éviter le rétrécissement musculaire par la longue position assise dans le fauteuil roulant : le matin samedi et dimanche (2x2h par semaine) Vélo de thérapie 2h par semaine</p> <p>Le temps SSI a diminué par rapport à l'enquête faite le 21.07.2008 par manque de temps. A.E.____ passe plus de temps à l'école et à faire ses devoirs.</p>	<p>34 min 17 min</p>
<p>Total du temps supplémentaire en H/min par jour :</p>		<p>52 min</p>

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

Qui fournit les soins ?  
Ses parents

<p>4.3 Indications concernant la surveillance personnelle :</p>
---

<p>4.3.1 L'assuré(e) a-t-il/elle besoin d'une surveillance personnelle (présence d'un tiers) ?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> de jour <input type="checkbox"/> de nuit</p>
--	--

Si oui sous quelle forme et dans quelle mesure ?  
L'assurée est très collaborante, elle peut rester seule des moments si elle est assise.  
Une surveillance est nécessaire dès que A.E.\_\_\_\_ se met debout et marche avec ses cannes tripodes, nsque de perte d'équilibre est important.  
Dans l'appartement, la surveillance se fait à distance, la maman a toujours un œil sur sa fille dès qu'elle marche avec ses cannes de peur qu'elle ne chute.  
À l'extérieur, il faut que quelqu'un reste à côté d'elle par sécurité.

<p>4.3.2 Depuis quand le besoin de surveillance existe-t-il dans la mesure indiquée (mois et année) ?</p>
---

Toujours

<p>4.3.3 Qui apporte la surveillance ?</p>
--

Ses parents

4 4	Des moyens auxiliaires sont-ils à disposition (p.ex. fauteuil roulant) ? Si oui, lesquels ? Un fauteuil roulant manuel et fauteuil électrique, un vélo de thérapie, un tintébin, une paire de canne tripodes, un siège de douche	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	L'emploi d'un moyen auxiliaire pourrait-il atténuer l'impotence ? Si oui, lequel ? Une douche adaptée avec siège	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

5. Remarques (en particulier lors d'indications divergentes et éventuellement réponse aux questions posées sous chiffre 1.4).

L'assurée fait ses devoirs pendant l'entretien qui se déroule en présence de sa maman et de sa cousine. L'aide est toujours nécessaire pour tous les actes. Le SSI a diminué car A.E.\_\_\_\_ a fait des progrès, elle peut faire les choses par elle-même bien que cela lui demande beaucoup d'énergie et de temps. Sa maman fait beaucoup à sa place pour qu'il y ait assez de temps pour les devoirs et les thérapies. A.E.\_\_\_\_ a des potentiels intellectuels. Pour réussir dans un cursus scolaire, elle a besoin d'énormément d'aide dans son quotidien afin qu'elle puisse mettre ses forces dans ses études.

L'ergothérapeute espère qu'elle deviendra plus autonome dans les trajets extérieurs école-maison dès qu'elle aura plus confiance dans la manipulation du fauteuil roulant électrique.

».

Dans son rapport du 23 août 2013, la gestionnaire de dossiers de l'OAI a indiqué ce qui suit :

« en 2008, dans le cadre du SSI , l'enquêtrice a retenu 2 heures de surveillance en raison d'un problème d'équilibre (ne se tient pas toujours à un meuble stable, s'accroche à tout ce qui est à sa portée pour se mettre debout - si chute n'a pas le réflexe de se protéger - lorsqu'elle joue dans sa chambre, sa mère va souvent regarder ce qui se passe, vérifier le positionnement correct  
2 heures d'exercices de mobilité - thérapie quotidienne par parents  
on a dû tenir compte de la surveillance et de la thérapie par les parents - SSI 8 heures, dont quasi 5 heures pour les soins de base

Demande du : 19.11.2012 pour révision d'office de l'API [allocation pour impotence] - actuellement selon décision du 07.01.2009, degré grave - SSI 8 heures

rapport d'enquête du 01.07.2013 décrit la persistance d'un surcroît d'aide significatif eu égard à l'âge et à l'état de santé pour se dé/vêtir - 45 minutes - je passe les 10 minutes décomptées pour mettre/enlever orthèses sous soins para-médicaux  
transferts posturaux - 20 minutes  
manger = couper les aliments - 4 minutes - autonome pour manger  
toilette quotidienne - 35 minutes  
WC : 15 minutes - remise en état des vêtements - s'organise pour n'y aller qu'au domicile  
déplacements à l'extérieur : à l'intérieur, doit être aidée pour les escaliers - à l'extérieur en fauteuil manuel, poussée par une tierce personne pour les longs trajets -pas encore suffisamment confiance dans la manipulation du fauteuil roulant électrique remis selon décision du 16.08.2012

temps pour accompagnements aux MM [mesures médicales] -14 minutes  
l'enquête décompte 52 minutes /j. en tout pour des exercices de physio 2x2 heures les samedi + dimanche matin et vélo de thérapie

2 heures /semaine - ce qui s'ajoute à 2 séances de physio par semaine  
MM :: 10 minutes pour les orthèses /

je retiens 34 minutes /j pour les exercices de mobilité faits le samedi + dimanche matin 4 heures en tout - cf rapport du 10.12.2012: le Dr Z.\_\_\_\_\_ relève « au niveau moteur, continue à gagner en endurance à la marche - peut marcher avec l'aide de ses cannes pentapodes pendant presque une heure, avec de petites pauses, dans son logement -

je ne retiens pas les 17 minutes quotidiennes comptabilisées pour le vélo .... En dehors d'accompagner la gosse, ne vois pas ce que l'adulte peut faire activement - doit être inclus dans l'acte « se déplacer à l'extérieur » puisqu'elle est accompagnée -

surveillance : à distance dans l'appartement dans le champ visuel dès que A.E.\_\_\_\_\_ se déplace avec ses cannes - chute - accompagnée à l'extérieur

on ne peut pas parler d'une « surveillance personnelle permanente » au sens du ch. 8035 CIIAI [circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité], qui doit être rempli pour que la SPP [surveillance personnelle permanente] puisse entrer en ligne de compte dans le SSI -

SSI : soins de base 118 minutes  
accompagnement MM 14 minutes  
mettre / enlever orthèses 10 minutes  
physio parentale 34 minutes

**maintien API grave - révision dans 3 ans - fait des progrès - devient plus grande, devrait pouvoir accroître**

**suppression du SSI avec effet le 1er jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision - art. 88bis, al. 2, RAI ».**

Dans un projet de décision du 23 août 2013, l'OAI a informé les parents de l'assurée que l'allocation pour une impotence de degré grave était maintenue et le droit au supplément pour soins intenses supprimé. Il mentionnait notamment ce qui suit :

**« Résultats de nos constatations**

Au vu des renseignements figurant dans l'enquête à domicile de juillet 2013, nous pouvons admettre que votre enfant a besoin, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.

Ceci ouvre le droit à une allocation de degré grave.

Nous constatons en outre l'existence d'un surcroît de soins de base (actes ordinaires) d'une durée de 118 minutes, de 14 minutes pour l'accompagnement aux mesures médicales. Nous constatons l'existence de soins para-médicaux (mettre / enlever les orthèses 10 minutes /j. - reprise des exercices de mobilité 4 heures par semaine (2 x 2 heures les samedi et dimanche matin) soit 34 minutes par jour. Le surcroît de temps s'élève au total à 176 minutes /jour.

A.E.\_\_\_\_\_ doit être accompagnée pour ses déplacements à l'extérieur, par conséquent, elle l'est également lorsque elle pratique le vélo de thérapie, motif pour lequel nous ne pas pouvons considérer les 17 minutes décomptées pour ce poste (sic).

Nous sommes bien conscients de la nécessité d'avoir un œil sur A.E.\_\_\_\_\_ lorsqu'elle se déplace avec ses cannes, en raison d'un risque de chute. Toutefois, nous ne pouvons pas considérer qu'il s'agisse-là d'un comportement de mise en danger à défaut d'une surveillance personnelle permanente au sens du ch. 8035 CIIAI. ».

Par décision du 10 octobre 2013, l'OAI a confirmé ce projet.

**E.** Par acte du 7 novembre 2013, B.E.\_\_\_\_\_ et C.E.\_\_\_\_\_, agissant au nom de leur fille A.E.\_\_\_\_\_, ont recouru contre cette décision en concluant au maintien du supplément pour soins intenses. Ils soutiennent qu'elle a besoin au minimum de 6 heures par jour de soins intenses, à savoir :

« 7h	:	45 min.	"déshabillage, habillage, toilette, déjeuner
8h	:	30 min.	"accompagne école"
12h	:	30 min.	"recherche à l'école"
12h30	:	30 min.	"toilette, aide dîner"
14h30	:	30 min.	"retour à l'école"
15h30	:	30 min.	"recherche à l'école"
16h	:	30 min.	"toilette, aide devoirs"
18h	:	1 heure	"exercices quotidiens (marche, escaliers)
19h	:	45 min.	"déshabillage, douche, habillage pyjama"
20h	:	30 min.	"étirements" ».

Ils ajoutent que le week-end, elle va à la piscine, fait de l'équitation et va à bicyclette, ce qui est nécessaire pour entretenir sa mobilité et si possible l'améliorer. Ils déclarent notamment être d'accord de recevoir à domicile une nouvelle représentante de l'OAI et que par la suite le Dr Z.\_\_\_\_\_ établirait une attestation à cet effet.

Par réponse du 21 février 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a indiqué avoir demandé à l'enquêtrice de commenter les

différences entre le temps retenu pour les actes dans l'enquête d'impotence et le temps décrit dans le recours pour une journée à la maison et déclaré qu'elle avait répondu ce qui suit :

« A.E. \_\_\_\_\_ a gagné en autonomie comme le démontre le rapport médical du 15.10.2013 depuis l'enquête faite en 2008 grâce aux thérapies adaptées (physio et ergo) et à l'implication de ses parents pour qu'elle fasse de nombreuses activités extra scolaires.

L'assurée est de plus en plus autonome pour les actes ordinaires, le temps SSI n'est plus aussi important :

Se vêtir et se dévêtir : SSI reste important (aide pour chaussettes, chaussures, vestes et orthèses), cependant elle devient de plus en plus autonome

Se lever: peu de SSI car A.E. \_\_\_\_\_ peut faire une partie des transferts

Manger : mange seule donc SSI peu important puisque aide uniquement pour couper les aliments

Se laver: diminution du SSI car participe plus activement

Aller aux toilettes : aide pour ouvrir et fermer le pantalon, SSI est diminué car l'assurée est autonome pour les transferts.

Se déplacer : pas de SSI

La maman dans sa lettre du 07.11.2013 mentionne un SSI pour l'accompagnement école-maison, temps qui n'est pas pris en compte pour le calcul du SSI.

Elle mentionne un temps de 30 min à 12h30 pour "toilette, aide dîner" : l'assurée mange seule, elle peut faire les transferts aux WC seule après une aide pour ouvrir et fermer le bouton du pantalon. Le SSI de 30 min n'est pas justifié.

A 16h, elle indique "toilette, aide devoirs" Le temps pour aide aux devoirs n'est pas pris en compte dans le SSI.

Le temps pour faire les exercices quotidiens est à retenir le week-end car l'assurée a peu de temps en semaine car elle doit faire ses devoirs et ses activités extra scolaires.

Un complément d'enquête chez l'assurée n'amènerait pas d'informations supplémentaires, la suppression du temps SSI est justifiée chez cette assurée qui est au bénéfice d'une API grave. ».

Il a produit le dossier de la recourante dans lequel figurait notamment le rapport du 15 octobre 2013 du Dr Z. \_\_\_\_\_, qui a indiqué en particulier ce qui suit :

« **Prorogation du droit à l'ergothérapie**

*Description des troubles fonctionnels*

Troubles moteur[s] touchant les quatre membres du fait de la tétraparésie spastique. Au niveau de la marche, celle-ci est limitée en termes de vitesse et endurance avec besoin d'utiliser un moyen auxiliaire, sous forme soit de cannes quadripodes ou d'un fauteuil roulant manuel. Pour ce qui est des activités manuelles, limitation de la dextérité et de la vitesse et précision de la performance manuelle du fait de l'atteinte des deux membres supérieurs

(...)

*Evolution sous l'effet du traitement*

Favorable. En effet, votre assurée a régulièrement gagné en autonomie, autant au niveau scolaire qu'en dehors au cours des années de traitement. ».

Dans leur réplique du 12 mars 2014, les parents de la recourante ont maintenu les conclusions du recours. Ils allèguent qu'en ce qui concerne l'accompagnement à vélo, il s'agit d'une action à but thérapeutique et non d'un déplacement à l'extérieur ou d'un loisir. S'agissant de l'aide aux devoirs, ils expliquent que le temps décompté est celui passé à mettre en place les outils nécessaires (ordinateur, règles, stylos) ou à aider physiquement (tracer des lignes par exemple) et donc en lien direct avec le handicap, le temps de soutien scolaire « normal » n'ayant pas été pris en compte dans le calcul. Quant aux actes de se vêtir et se dévêtir, se lever, manger, se laver, aller aux toilettes et se déplacer, ils estiment que c'est ici l'autonomie générale de leur fille qui est considérée. Ils exposent que les progrès de l'enfant sont visibles et s'en réjouissent et que c'est sur l'augmentation de cette autonomie que se fonde l'intimé pour justifier la suppression du temps SSI. Ils la reconnaissent dans leur calcul puisqu'ils retiennent 6 heures au lieu des 8 précédentes. Ils relèvent que c'est sur l'impact de cette autonomie que leurs visions divergent avec l'intimé, cette augmentation n'étant pas linéaire et ne permettant pas de laisser l'enfant effectuer seule des actes pour lesquels elle a maintenant plus de facilité. Ils expliquent que pour sa toilette, elle a besoin qu'on lui passe le pommeau de douche, le savon et le linge, que pour son repas il faudra avancer son verre, bouger son assiette, ou que pour s'habiller elle pourra enfiler une manche seule mais aura besoin qu'on baisse son pull. Ils exposent que ces exemples montrent

que même si l'autonomie augmente, le temps passé aux soins reste le même car il n'est pas possible de s'occuper à d'autres tâches puis de revenir pour aider. Ils estiment que la manière de calculer de l'intimé apparaît irréaliste, l'autonomie de la recourante ne faisant baisser concrètement le temps passé en soins que dans la mesure admise dans le recours.

Dans sa duplique du 27 mars 2014, l'intimé a confirmé ses conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable en l'espèce. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur la suppression de l'allocation pour soins intenses.

**3.** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. 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 (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit - en l'espèce le 7 janvier 2009 -, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

**4. a)** Selon l'art. 42<sup>ter</sup> 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. Sont réputés soins intenses, au sens de l'art. 42<sup>ter</sup> al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins 4 heures en moyenne durant la journée (art. 39 al. 1 RAI). Pour déterminer le besoin d'aide, entre en considération le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé (art. 39 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, RAI). Pour la détermination des besoins en soins intenses, les organes de l'assurance-invalidité disposent d'un large pouvoir d'appréciation pour autant que les faits aient été élucidés de manière satisfaisante (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 633 nn. 2364 à 2366).

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

Le ch. 8035 CIIAI (circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité ; dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2013), applicable par renvoi du ch. 8078 CIIAI, précise que la notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte à l'un des titres des actes ordinaires de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée. Une surveillance personnelle permanente est nécessaire par exemple lorsque la personne assurée ne peut être laissée seule toute la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512 consid. 1a et les références citées), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b ; RCC 1980 p. 64 consid. 4b ; cf. ch. 8020 CIIAI). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité.

La condition de 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. Comme le précise le ch. 8079 CIIAI, cela se manifeste dans sa manière de traiter les objets dans la vie quotidienne (vider des récipients, lancer un objet, endommager des meubles, etc.). L'enfant ne reconnaît pas non plus les dangers ; il peut par exemple vouloir à l'improviste passer par la fenêtre. Il n'est pas toujours

capable de réagir de manière adéquate aux injonctions ou avertissements verbaux. Dans certaines situations, il peut vouloir se faire du mal à lui-même ou avoir un comportement agressif envers des inconnus. La personne chargée de l'assistance doit donc rester très attentive, se tenir en permanence à proximité immédiate de l'enfant et être à tout moment prête à intervenir (*cf.* également Valterio, *op. cit.*, p. 634 nn. 2369 et 2370). Le Tribunal fédéral a précisé en effet que le seul diagnostic d'autisme ne suffisait pas à admettre un cas de surveillance particulièrement intense (TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2.2 ; TFA I 684/05 du 19 décembre 2006 consid. 4.4 ; TFA 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).

**c)** En l'espèce, en 2008, l'enquêtrice avait retenu 54 minutes en plus pour l'aide apportée pour se vêtir, se dévêtir et préparer les vêtements. L'enfant avait besoin aussi d'aide pour se coucher, acte qui nécessitait un temps supplémentaire de 5 minutes. S'agissant de manger, elle avait besoin d'aide pour couper les aliments compte tenu de son problème de spasticité et les porter à la bouche, devant être constamment stimulée. L'enquêtrice avait alors retenu un temps supplémentaire de 6 et 120 minutes. La recourante avait besoin d'un temps supplémentaire de 32 minutes pour faire sa toilette et se laver, de 9 minutes pour se coiffer et de 20 minutes pour la douche. Un temps supplémentaire de 48 minutes était retenu pour l'acte d'aller aux toilettes, l'enfant ayant notamment besoin d'aide pour s'installer sur les WC, se relever et se rhabiller. L'enquêtrice avait en outre retenu 54 minutes pour les rendez-vous chez les médecins et physiothérapeute, 2 heures pour les exercices de mobilité, de même que 2 heures pour surveillance permanente et intense. L'enfant n'avait en effet pas le réflexe de se protéger en cas de chute et se raccrochait pour se lever à n'importe quel objet. Ainsi, le temps supplémentaire excédait 8 heures.

En 2013, l'enquêtrice a retenu 55 minutes pour l'aide apportée à se vêtir, se dévêtir et préparer les vêtements. La recourante a encore

besoin d'un temps supplémentaire pour se lever, s'asseoir et se coucher à raison de 19 minutes. Pour l'acte de manger, elle a fait de grand progrès, le temps supérieur n'étant plus que de 4 minutes, ayant besoin d'aide uniquement pour couper la viande. Pour faire sa toilette, pour autant que le matériel soit préparé, elle peut se brosser les dents seule et se laver les mains. Une personne doit être à côté pour éviter une chute, raison pour laquelle l'enquêtrice a retenu 15 minutes supplémentaires. Pour la douche, elle a également retenu un temps supplémentaire de 20 minutes, en revanche pas pour la coiffure, estimant qu'avec une coupe plus courte, l'intéressée pourrait se coiffer seule. La baisse du temps supplémentaire est due aussi au fait que l'enfant participe plus activement qu'auparavant. Pour aller aux toilettes, la recourante n'a besoin d'aide que pour fermer ses jeans ou réajuster ses vêtements. Elle est devenue autonome pour le transfert. Le temps supplémentaire a dès lors été réduit à 15 minutes. L'enquêtrice a tenu compte d'un temps supplémentaire pour accompagner l'enfant aux rendez-vous chez les médecins ou les physiothérapeutes et ergothérapeutes à raison de 14 minutes et à raison de 52 minutes pour les exercices de physiothérapie nécessaires pour éviter le rétrécissement musculaire, à savoir 2 fois 2 heures par semaine le samedi et le dimanche, ainsi que 2 heures par semaine de vélothérapie. Il apparaît en outre justifié de retenir le week-end pour faire ces exercices, la recourante ayant peu de temps en semaine car elle doit faire ses devoirs et ses activités extra scolaires. En revanche, elle ne remplit plus la condition de surveillance intensive vu les progrès réalisés dans son autonomie. Elle ne souffre pas de troubles mentaux et est tout à fait capable maintenant de respecter les consignes et d'éviter de se mettre en danger. Si le risque de chute existe toujours, on ne se trouve plus dans la situation où l'intéressée n'avait pas conscience d'un tel risque.

En ce qui concerne l'aide, directement liée au handicap, consacrée aux devoirs, il ne s'agit pas d'un soin de base, ni d'un soin paramédical. Le temps qui est consacré à ces tâches ne peut dès lors être retenu à titre de supplément de temps pour soins intenses. Il en va de même d'ailleurs du temps consacré à l'accompagnement à vélo, lequel ne peut être pris en compte, bien que le vélo ait une action thérapeutique,

parce qu'une telle activité ne peut être assimilée à un soin paramédical effectué par les parents. En outre, le temps supplémentaire consacré à des déplacements à l'extérieur n'est pas comptabilisé dans le cadre du supplément pour soins intenses, sauf s'il s'agit de déplacements pour accompagner l'enfant chez les thérapeutes, temps qui a été comptabilisé en l'occurrence. D'ailleurs, comme le relève l'intimé, même si l'on tenait compte des 17 minutes retenues par l'enquêtrice à ce propos, un total de 4 heures par jour ne serait pas atteint.

L'amélioration de l'état de santé de la recourante est confirmée par le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui indique le 29 novembre 2012 que l'enfant devient gentiment autonome mais reste lente dans les aspects d'habillage et déshabillage, ainsi que pour sa toilette et que de ce fait, elle le fait de manière indépendante les week-ends, alors que la semaine, lorsqu'il faut aller plus vite, c'est sa mère qui l'aide. Il ajoute qu'au niveau moteur, l'intéressée continue à gagner en endurance à la marche et que de bons progrès sont rapportés dans la physiothérapie et l'ergothérapie en termes autant de motricité globale que fine et d'autonomie.

Si la recourante a certes besoin de beaucoup d'aide, raison pour laquelle elle est au bénéfice d'une allocation pour impotence grave, il n'en demeure pas moins que son état de santé s'est amélioré, de sorte que le nombre d'heures minimum permettant une allocation pour soins intenses n'est plus atteint puisqu'inférieur à 4 heures.

**5. a)** En conséquence, la décision attaquée ne paraît pas critiquable et doit être confirmée, ce qui entraîne le rejet du recours.

**b)** Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle enquête au domicile de la recourante n'est pas utile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la

certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014).

**c)** 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 200 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Enfin, la recourante n'obtenant pas gain de cause, elle ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de A.E.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- B.E. \_\_\_\_\_ et C.E. \_\_\_\_\_ (pour A.E. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :