

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 novembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.B._____, à [...], recourante, représentée par son père, **B.B.**_____,
audit lieu, lui-même représenté par Inclusion Handicap, Me Florence
Bourqui, avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 9 et 17 LPGA ; art. 42^{ter} LAI ; art. 39 RAI.

E n f a i t :

A. A.B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 2010, est atteinte d'une encéphalopathie épileptique d'origine indéterminée (syndrome de Lennox Gastaut), associée à un retard de développement global sévère et à une paralysie cérébrale de type quadriplégie spastique, depuis la naissance (cf. notamment : rapport du Dr G._____, médecin adjoint du Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier C._____ du 16 janvier 2018).

Représentée par son père, B.B._____, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) à compter du 14 septembre 2010 à la suite de son hospitalisation au sein du Service de néonatalogie du Centre hospitalier C._____ en raison d'une détresse respiratoire.

L'OAI a depuis lors pris en charge les frais de diverses mesures médicales, retenant successivement les infirmités congénitales répertoriées sous chiffres 497 (sévère trouble respiratoire d'adaptation), 397 (paralysie et parésie congénitales), 387 (épilepsie congénitale), 390 (paralysie cérébrale congénitale) et 427 (strabisme et microstrabisme) de l'Annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21). Il a également octroyé à l'assurée de nombreux moyens auxiliaires.

B. Par demande de prestations formelle déposée à l'OAI le 29 août 2011, l'assurée a requis une allocation pour impotent.

Une enquête réalisée à son domicile le 5 mars 2012 a mis en évidence un besoin d'aide accru par rapport aux enfants de son âge pour trois actes ordinaires de la vie (« se lever/s'asseoir/se coucher », « manger » et « se déplacer »). La surveillance personnelle permanente n'était en revanche pas reconnue, de même que le droit à un supplément

pour soins intenses, en raison du fait que le surcroît de temps consacré pour les déplacements, l'alimentation et l'administration de soins, n'excédait pas 210 minutes. Par décision du 27 août 2012, l'OAI a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} juillet 2011.

C. L'assurée a sollicité la révision de son droit à une allocation pour impotent le 11 janvier 2013, par l'intermédiaire de L. _____, et a complété un nouveau formulaire en ce sens le 15 mars 2013. Elle précisait avoir besoin d'assistance pour tous les actes ordinaires de la vie, d'une aide permanente pour les soins médicaux de jour comme de nuit, ainsi que nécessiter une surveillance personnelle jour et nuit.

L'OAI a diligenté une enquête au domicile, réalisée le 7 octobre 2013, à l'issue de laquelle l'enquêtrice a retenu un besoin d'aide pour cinq actes ordinaires de la vie (« se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « se déplacer », « aller aux toilettes » et « se vêtir/se dévêtir »), ainsi qu'un surcroît de temps nécessité par l'état de santé de l'assurée d'une durée de 7h30 par jour. Était notamment prise en compte une surveillance personnelle permanente de l'assurée, de jour comme de nuit, en raison de possibles crises d'épilepsie (cf. rapport d'enquête du 11 octobre 2013).

Fondé sur ces éléments, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen et d'un supplément pour soins intenses de plus de 6 heures par jour dès le 1^{er} juin 2013 aux termes d'une décision du 30 janvier 2014.

D. En date du 30 juin 2014, l'assurée a formellement requis une contribution d'assistance pour mineurs, de sorte qu'une enquête spécifique a été réalisée à son domicile le 20 novembre 2014.

Le rapport d'enquête FAKT corrélatif, daté du même jour, a mis en évidence un besoin d'aide de 55h56 par mois, déterminant pour fixer le montant de la contribution d'assistance.

Par décision du 5 février 2015, l'OAI a accordé à l'assurée une contribution d'assistance de 1'822 fr. 35 par mois et de 20'045 fr. 85 par année à compter du 1^{er} juin 2014.

E. L'OAI a entamé une procédure de révision d'office de l'allocation pour impotent le 18 août 2016 et invité l'assurée à compléter un nouveau formulaire de demande relatif à cette prestation. Le 12 septembre 2016, elle a indiqué avoir besoin de l'aide de ses parents pour tous les actes ordinaires de la vie, ainsi que pour les soins liés à ses traitements de jour et de nuit. Une surveillance personnelle permanente était nécessaire en raison des crises épileptiques, ainsi que pour l'assister en cas de positions inconfortables.

Par rapport éducatif du 16 novembre 2016, la Fondation D. _____ a précisé que l'assurée était scolarisée en son sein depuis août 2015 et confirmé son « besoin d'accompagnement individuel constant à 100 % » par un adulte pour l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne.

L'OAI a mis en œuvre des enquêtes au domicile de l'assurée, soit une enquête FAKT relative à la contribution d'assistance et une enquête sur l'impotence, réalisées le 29 mars 2017.

Aux termes du rapport d'enquête FAKT du 7 avril 2017, l'enquêtrice a évalué que l'assurée nécessitait un surcroît d'assistance mensuelle de 64h30 de jour et 30h42 de nuit, ce qui correspondait à une contribution d'assistance de 2'448 fr. 55 par mois et de 26'934 fr. 05 par année. En particulier, l'assistance répertoriée sous le domaine de la surveillance personnelle était considérée comme ponctuelle, l'assurée présentant régulièrement, mais pas tous les jours, des crises d'épilepsie. Elle pouvait passer une grande partie du temps seule, mais requérait un contrôle toutes les heures, voire toutes les deux heures.

S'agissant de l'impotence, le rapport d'enquête corrélatif, rédigé à la même date, a considéré que l'assurée avait besoin d'aide pour l'exécution des six actes ordinaires de la vie quotidienne et d'un surcroît de temps pour soins intenses totalisant 4h22. La situation, qualifiée de stable au niveau des crises d'épilepsie, permettait d'exclure la surveillance personnelle permanente.

Par projets de décision des 8 et 11 mai 2017, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de lui octroyer une allocation pour impotence de degré grave dès le 1^{er} août 2016 et de réduire le supplément pour soins intenses avec effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la future décision. En outre, la contribution d'assistance serait également supprimée à l'avenir.

L'assurée, avec l'assistance de L._____, a contesté les projets de décision précités par courrier du 22 mai 2017, complété le 27 juin 2017. Elle a notamment fait grief à l'OAI d'envisager la diminution du supplément pour soins intenses, alors que celui-ci devait s'élever à son avis à près de 8 heures par jour. Elle a exposé pour chaque domaine concerné le surcroît en minutes engendré par son polyhandicap. Elle a également mis en exergue les exercices quotidiens devant lui être prodigués, en sus des autres soins dispensés, lesquels étaient recommandés dans le cadre de la physiothérapie. Une surveillance personnelle permanente, de jour comme de nuit, s'imposait en outre du fait de la survenance possible de crises épileptiques. La situation était certes stabilisée de ce point de vue, mais une observation minutieuse de la part des parents était indispensable pour prévenir tout changement de l'état de l'assurée. La surveillance se justifiait également pour assurer ses besoins vitaux, singulièrement en cas de position inadéquate de nature à mettre en danger des fonctions vitales.

Le 22 septembre 2017, le Dr J._____, médecin associé au Service de pédiatrie du Centre hospitalier C._____, a fait parvenir un rapport au pédiatre traitant de l'assurée, le Dr F._____, mettant en évidence un tableau d'hypotonie généralisée avec un syndrome

tétrapyramidal et soulignant que la principale problématique se révélait être le sommeil en raison d'éventuelles crises épileptiques nocturnes. La qualité de vie était cependant qualifiée de « bonne pendant la journée ».

L'enquêtrice de l'OAI s'est déterminée sur les griefs de la recourante dans un complément du 14 novembre 2017, prenant en compte 22 minutes supplémentaires de soins pour l'installation de l'assurée dans son standing. En outre, 5 minutes étaient ajoutées pour l'habillage et le déshabillage en vue d'une sieste quotidienne, ainsi que 3 minutes pour une toilette au lavabo. Par ailleurs, elle a estimé que si des exercices quotidiens devaient être effectués sur recommandation physiothérapeutique, 30 minutes supplémentaires pouvaient être retenues. Le temps déterminant pour le supplément pour soins intenses pouvait ainsi être porté à 4h52, respectivement à 5h22.

Le Dr G. _____ a communiqué un bilan de l'état de santé de l'assurée le 16 janvier 2018, faisant état d'une situation stabilisée et d'une prise en charge adéquate.

A la demande de l'OAI, la physiothérapeute de l'assurée, M. _____, a confirmé le 12 mars 2018 les exercices quotidiens nécessités par son faible tonus musculaire, afin d'optimiser les séances de physiothérapie dispensées à hauteur d'une heure par semaine.

Par deux décisions du 18 avril 2018, l'OAI a maintenu les termes des projets de décision contestés. Il a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré grave dès le 1^{er} août 2016 et reconnu le droit à un supplément pour soins intenses de plus de 6 heures par jour jusqu'au 31 juillet 2017. Ce droit était ensuite réduit à 5h22 par jour, correspondant à un supplément pour soins intenses de plus de 4 heures par jour. Cette réduction prenait effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, soit dès le 1^{er} juin 2018.

Par décision du 25 avril 2018, l'OAI a supprimé le droit de l'assurée à une contribution d'assistance avec effet dès le 1^{er} juin 2018,

dans la mesure où un supplément pour soins intenses de plus de 4 heures par jour était insuffisant pour maintenir le versement de cette prestation.

F. L'assurée, agissant par son père, représenté par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, a déféré les décisions du 18 avril 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 22 mai 2018. Elle a conclu principalement à leur réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'un supplément pour soins intenses de plus de [8] heures à compter du 31 août 2016. A titre subsidiaire, le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle évaluation du supplément pour soins intenses était proposé. Elle a en substance souligné que les rapports médicaux et les évaluations de la Fondation D._____, de même que les allégations de ses parents, faisaient état de sa totale dépendance envers les adultes faute d'amélioration de son état de santé. Son besoin d'assistance était croissant ce qui avait été reconnu par l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave. La réduction du supplément pour soins intenses apparaissait en contradiction avec les conclusions de la dernière enquête FAKT en matière de contribution d'assistance.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 9 juillet 2018, concluant à son rejet. Il a souligné que la contribution d'assistance et l'allocation pour impotent ne répondaient pas aux mêmes critères et que la diminution du supplément pour soins intenses s'expliquait notamment par la réduction de la surveillance personnelle nécessitée par l'assurée depuis 2013, eu égard à la stabilisation de son épilepsie.

Par réplique du 20 août 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions et rappelé que la contribution d'assistance et l'allocation pour impotent imposaient toutes deux l'examen du besoin d'aide de l'assurée, l'enquête FAKT s'avérant plus finement détaillée quant aux actes ordinaires de la vie et à la surveillance personnelle.

Dupliquant le 6 septembre 2018, l'OAI 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 22 mai 2018 contre la décision de l'intimé du 18 avril 2018 relative à la diminution du supplément pour soins intenses a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la

loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées, de sorte que le recours est recevable.

2. Est litigieuse en l'occurrence la révision du supplément pour soins intenses de plus de 6 heures par jour alloué à la recourante depuis le 1^{er} juin 2013 et diminué à plus de 4 heures par jour (5h22) dès le 1^{er} juin 2018.

3. a) Le supplément pour soins intenses n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1).

A cet égard, est considéré comme impotent en vertu de l'art. 9 LPGA celui qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne, à savoir : « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux WC » et « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur/établir des contacts sociaux avec l'entourage » (ATF 127 V 94 consid. 3c).

b) Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a, en outre, besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de 4 heures (art. 42^{ter} al. 3, première phrase, LAI et 39 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose ainsi sur une appréciation temporelle de la situation (TF 9C_350/2014 précité consid. 4.2.3). Le montant mensuel de ce supplément s'élevait, jusqu'au 31 décembre 2017, 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 était de 8 heures par jour au moins, à 40 % de ce montant maximum lorsque le besoin était de 6 heures par jour au moins, et à 20 % de ce montant

maximum lorsque le besoin était de 4 heures par jour au moins (art. 42^{ter} al. 3 LAI, deuxième phrase, LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017). A compter du 1^{er} janvier 2018, le montant mensuel du supplément a été porté à 100 % du montant maximum de la rente vieillesse au sens de l'art. 34 al. 3 et 5 LAVS lorsque le besoin de soins découlant de l'invalidité est de 8 heures par jour au moins, à 70 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins, et à 40 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins (art. 42^{ter} al. 3 LAI, deuxième phrase, LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018).

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

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

Bien que ni la loi ni le règlement sur l'AI ne fassent expressément référence à l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), les soins de base évoqués à l'art. 39 al. 2 RAI sont bien ceux figurant à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Ils recourent partiellement les actes ordinaires de la vie mais ne peuvent y être assimilés pour autant (cf. dans ce sens TF 9C_350/2014 précité consid. 4.2.3 et les références citées).

cc) 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).

Cette surveillance ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base (TF 9C_350/2014 précité consid. 6.2 et les références citées). Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ATF 107 V 136 consid. 1b et 106 V 153 c. 2a ; TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; cf. également ch. 8035 ss de la Circulaire sur

l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], applicables par renvoi du ch. 8078 CIIAI).

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 (cf. Valterio, op. cit., n° 2370 p. 634). Cela signifie que la personne chargée de l'assistance doit se trouver en permanence à proximité immédiate de l'assuré, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce dernier ou provoquer des dommages considérables à des personnes ou à des objets (cf. ch. 8079 CIIAI).

Chez les enfants éréthiques et autistes, la surveillance doit être évaluée selon la gravité du handicap. Il en va de même des enfants sujets à de fréquentes crises d'épilepsie ou à des absences (TF 8C_562/2008 du 1^{er} décembre 2008 consid. 2.3 et références citées ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 ad. art. 42^{ter} LAI, p. 639).

c) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux

indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

4. a) En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Ce principe vaut notamment pour le supplément pour soins intenses (TF 9C_350/2014 précité consid. 2.2).

Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} sont applicables (cf. art. 35 al. 2, première phrase, RAI). Conformément à l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité. Selon l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

b) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5

et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

5. En l'occurrence, il s'agit de déterminer si les éléments justifiant l'octroi d'un supplément pour soins intenses ont changé notablement par rapport à la situation prévalant lors de la précédente décision sur cet objet, datée du 30 janvier 2014. Il n'est au surplus pas contesté que les répercussions du polyhandicap de la recourante se sont aggravées dans une mesure justifiant la reconnaissance d'une allocation pour impotent de degré grave, ce qui a légitimé le réexamen de l'ensemble de ses droits au sens entendu par l'art. 17 al. 2 LPGA.

a) S'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, l'enquête réalisée le 7 octobre 2013 a pris en considération un besoin d'aide pour cinq actes, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « aller aux toilettes » et « se déplacer ». Le temps supplémentaire consacré aux quatre premiers actes était évalué à 345 minutes, soit 5h45, réparti comme suit :

- 31 minutes pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » ;
- 150 minutes pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » ;
- 105 minutes pour l'acte « manger » ;
- 59 minutes pour l'acte « aller aux toilettes ».

Une aide permanente pour les soins de base était prise en compte à hauteur de 10,3 minutes au total pour la supervision et le changement de la sonde PEG [réd. : gastrostomie endoscopique percutanée], ainsi que pour le pansement PEG au moins deux fois par jour.

Le suivi de traitements requérait une aide de 80 minutes, consacrées à la préparation et à l'administration des médicaments via la PEG, ainsi qu'à l'installation de l'assurée une fois par jour dans un standing avec une coque de position assise. Il fallait dans ce contexte rester à côté de l'assurée pour lui soutenir la tête.

b) Le rapport d'enquête rédigé le 7 avril 2017 retient que l'assurée a besoin d'aide pour l'accomplissement de l'ensemble des actes

ordinaires de la vie et que le temps supplémentaire consacré à cinq actes représente 208 minutes, soit 3h28. Ce temps supplémentaire est réparti comme suit :

- 11 minutes pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » ;
- 63 minutes pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » ;
- 50 minutes pour l'acte « manger » ;
- 42 minutes pour l'acte « faire sa toilette » ;
- 42 minutes pour l'acte « aller aux toilettes ».

Une aide permanente pour les soins de base est mise en évidence à hauteur de 28 minutes au total pour les soins du bouton de la PEG, les massages de la cicatrice et les soins contre les escarres.

Le suivi de traitements requiert une aide de 24 minutes, consacrées à la préparation et à l'administration de médicaments via la PEG, ainsi qu'à l'installation de l'assurée dans son standing.

c) La recourante a fait grief à l'intimé d'avoir sous-estimé le temps consacré à chacun des postes susmentionnés à l'issue du rapport d'enquête du 7 avril 2017. Elle a évalué le temps supplémentaire consacré aux actes ordinaires de la vie comme suit :

- 50 minutes pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » ;
- 143 minutes pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » ;
- 60 minutes pour l'acte « manger » ;
- 66 minutes pour l'acte « faire sa toilette » ;
- 70 minutes pour l'acte « aller aux toilettes ».

La recourante s'est expressément prévaluée des données consignées dans l'enquête FAKT du 7 avril 2017, eu égard notamment aux actes « se vêtir/se dévêtir » (43 minutes), « manger » (60 minutes) et « faire sa toilette » (70 minutes).

Elle a par ailleurs considéré que l'aide permanente pour les soins de base et les traitements devait être comptabilisée à hauteur de 58 minutes compte tenu des exercices de physiothérapie et 45 minutes du fait d'un temps accru passé dans le standing.

Selon la recourante, au total, le temps supplémentaire consacré à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie équivaldrait à 492 minutes, soit 8h12.

d) On observe cela étant que les griefs de la recourante, pour partie précédemment formulés au stade de la procédure d'audition, ont dûment été examinés par l'intimé, respectivement par son enquêtrice, laquelle a comptabilisé 5 minutes supplémentaires pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » et 3 minutes pour l'acte « faire sa toilette ». 22 minutes supplémentaires ont été également prises en compte au titre des soins pour la présence nécessaire lors de la mise dans le standing durant la journée. L'enquêtrice de l'intimé s'est en effet déterminée comme suit, dans le complément d'instruction du 14 novembre 2017 :

« 1. Se vêtir

[...] Il nous paraît excessif de compter 5 mn pour enlever un pyjama et de rajouter 5 mn pour habiller une enfant qui ne manifeste pas d'opposition ni de spasticité. Nous rappelons que les temps ont été évalués avec les deux parents. Nous pouvons proposer une augmentation du SSI [réd. : supplément pour soins intenses] de 5 mn qui comprendrait un change par jour au moment de la sieste (bas de pyjama), ainsi qu'un change de pull dans la journée s'il est mouillé. [...]

Les 12 sorties par semaine ont été comptabilisées par les parents en prenant jour par jour et en tenant compte de l'accompagnement des sœurs aux activités extrascolaires, promenade, etc.

[...]

4. Faire sa toilette

[...] Le fait de brosser les cheveux 3 fois par jour ne peut pas être retenu. Une toilette au lavabo le soir a été introduite depuis la date de l'entretien, semble-t-il. Nous proposons donc de compter 5 mn 4 fois par semaine sous déductions des jours où un bain est donné le soir, soit 3 mn par jour. Le temps de l'habillage et du déshabillage est déjà compris dans l'acte [se vêtir].

[...]

Dans la contestation, il est précisé que sur indication médicale le standing sera utilisé exclusivement à domicile. A.B. _____ sera installée si possible une à deux fois par jour. Nous avons déjà tenu compte d'une installation quotidienne dans le standing sous [se lever/s'asseoir/se coucher].

Dans le rapport du Dr G. _____ du 7.11.2017, il est indiqué que les parents ont repris le standing à domicile 40 mn une à deux séances presque tous les jours.

Pendant le standing il s'agit d'une présence pour occuper A.B. _____ et non d'une intervention directe. Dans la contestation, il est précisé que l'installation de A.B. _____ dans le standing est

parfois combinée avec la prise de repas, repas que les parents peuvent prendre en même temps.
Nous proposons donc de prendre en compte au maximum 30 mn par jour pour la présence durant le standing dans la journée, sous déduction des 9 mn quotidiennes prises en compte sous [se lever/s'asseoir/se coucher], soit 22 mn. [...] »

Par ailleurs, après vérification auprès de la physiothérapeute de la recourante, l'intimé a retenu une majoration du temps consacré aux soins, en tenant compte de 30 minutes supplémentaires pour les exercices et massages recommandés.

Ce sont en définitive 5h22 qui ont été fixées au titre de supplément pour soins intenses par l'enquêtrice de l'intimé, dont 216 minutes pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Quoiqu'en dise la recourante, ce nombre d'heures apparaît difficilement contestable, compte tenu d'une enquête au domicile revêtant a priori pleine valeur probante. En l'absence de documents médicaux ou de rapports spécifiques sur le temps consacré aux actes ordinaires de la vie, on ne voit pas que l'évaluation communiquée par les parents de la recourante au stade de la présente procédure soit susceptible d'ébranler les conclusions motivées, consignées par l'enquêtrice de l'intimé dans ses rapports des 7 avril 2017 et 14 novembre 2017.

On ne saurait par ailleurs retenir les arguments avancés par la recourante sur les données ressortant du rapport d'enquête FAKT du 7 avril 2017. Il convient en effet de souligner que cette enquête correspond à des exigences particulières pour déterminer le montant d'une éventuelle contribution d'assistance. Un tel document impose l'attribution d'un degré de gravité du handicap afférent à chaque acte ordinaire de la vie, préalablement à chaque estimation, et des réductions éventuelles compte tenu de l'âge de l'assuré concerné. Il répond à des critères d'évaluation standardisée, lesquels ne sont pas déterminants dans le cadre d'une enquête pour impotence. Au demeurant, on relèvera que le temps consacré aux actes ordinaires de la vie (après déductions imposées en fonction de l'âge de la recourante) a été chiffré à hauteur de 216 minutes à l'issue de l'enquête pour impotence du 7 avril 2017 et du

complément du 14 novembre 2017. Ce total n'est pas manifestement éloigné de celui retenu dans le cadre de l'enquête FAKT pour les rubriques relatives à ces mêmes actes, puisque ce dernier s'élève à 211 minutes après déduction (soit : 43 minutes pour « se vêtir/se dévêtir, 32 minutes pour « se lever/s'asseoir/se coucher », 33 minutes pour « manger », 65 minutes pour « faire sa toilette » et 38 minutes pour « aller aux toilettes »). On ajoutera d'ailleurs que certaines valeurs ressortant de l'enquête FAKT sont inférieures à celles retenues dans l'enquête impotence (soit par exemple : 50 minutes avant déductions et 32 minutes après déductions pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher »), ce qui tend à démontrer que l'enquête FAKT répond à des critères différents de ceux ayant trait à l'enquête d'impotence. A cet égard, on soulignera que l'élément déterminant pour l'enquête FAKT est l'aide nécessitée par la situation liée au handicap, que cette aide soit effectivement utilisée ou non, les éléments individuels étant laissés de côté (cf. ch. 4008 de la Circulaire sur la contribution d'assistance [CCA], édictée par l'OFAS).

Il s'agit en définitive de se rallier à l'appréciation de l'intimé dans le cadre de l'enquête sur l'impotence, eu égard au temps supplémentaire dispensé pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, des soins et des traitements, de sorte que le total de 5h22 peut être ici confirmé.

6. a) Concernant la surveillance personnelle requise par la recourante, le rapport d'enquête du 11 octobre 2013 faisait état de ce qui suit :

« L'enfant est sous surveillance visuelle en permanence d'un adulte. Ceci en raison des crises d'épilepsie qui peuvent survenir à tout moment et cette dernière pourrait se blesser en chutant de sa chaise ou se blesser avec les sangles. [...] De janvier 2013 à avril 2013, la fillette souffrait d'épisodes de vomissement environ 6x/j, augmentation des crises d'épilepsie. Le traitement a été adapté en mai/juin 2013. Juillet/août 2013 plus de crise d'épilepsie. A.B. _____ était réceptive aux sollicitations, plus participative face aux diverses thérapies, a fait des progrès de manière globale. [...] Dès début septembre reprise des crises d'épilepsie au même rythme (environ 10x7j). [...] »

b) Le rapport d'enquête du 7 avril 2017 relate en revanche désormais les éléments suivants sur cette même question :

« La situation est stable au niveau des crises d'épilepsie depuis que A.B._____ est scolarisée. Toutefois, en décembre 2016, suite à l'opération, elle a fait plusieurs crises. La médication a été augmentée (3 anti-épileptiques par jour) et depuis février 2017, la situation est à nouveau stabilisée. Elle a parfois des absences qui ne nécessitent pas d'intervention mais plus de véritables crises. A mesure que A.B._____ grandit, la médication doit être revue et augmentée tous les 3 à 6 mois.

[...]

A.B._____ a subi une opération en décembre 2016 au niveau du bassin et des hanches. Suite à cette opération, elle a à nouveau eu quelques épisodes de crises d'épilepsie. La médication a été revue et depuis février 2017, cela va mieux. [...] »

c) Au stade de la procédure d'audition, les parents de la recourante ont indiqué ce qui suit :

« Il est mentionné que A.B._____ a heureusement bénéficié d'une période assez stable sur le plan de l'épilepsie. Mais même si les convulsions se font plus rares, la maladie n'a pas disparu. Un état stabilisé n'est pas synonyme de guérison. En effet, A.B._____ a refait une crise le 14 juin et n'est jamais à l'abri de nouveaux épisodes épileptiques. C'est grâce à l'observation extrêmement minutieuse des parents et leur collaboration étroite avec les neuropédiatres que le traitement aboutit à un assez bon résultat. En effet, dès l'observation du moindre changement, les parents sollicitent le spécialiste, des discussions sont tenues, le traitement est réajusté.

Vu que le risque de convulsions existe, une surveillance personnelle permanente est indispensable et doit être reconnue : dans le bain, les transports, dans toute activité de jour ou de nuit. En raison de ses difficultés motrices, A.B._____ peut réellement être en danger si une crise survient pour des questions de positionnement. Elle ne peut en aucun cas solliciter l'aide d'un tiers. En cas de problème, un adulte doit être à proximité immédiate pour lui porter secours.

Par ailleurs, une surveillance de chaque instant est nécessaire pour A.B._____, car elle n'a pas du tout la possibilité d'assurer ses besoins vitaux : faim, soif, se dégager d'une position inadéquate qui pourrait la mettre en danger au niveau des fonctions vitales/sur le plan physique, etc. [...] »

Les spécialistes traitants de la recourante, les Drs J._____ et G._____, ont communiqué des bilans de son état de santé. Le 22 septembre 2017, le Dr J._____ s'est exprimé en ces termes :

« [...] J'ai revu en consultation de Neuropédiatrie, A.B._____ accompagnée de sa mère, en date du 21.09.2017. Je ne l'ai pas

revue depuis janvier 2016. J'avais cependant été en contact avec la mère depuis, notamment suite à la décompensation de son épilepsie après sa chirurgie de hanche qui avait eu lieu fin 2016. Une adaptation médicamenteuse avait été faite.

Sur le plan épileptique finalement, les choses sont rentrées dans l'ordre relativement spontanément. [...]

La mère décrit toujours quelques crises qui sont essentiellement nocturnes et qui sont de type toniques. L'autre point étant la persistance de nuits assez agitées où il y a des réveils entre 2-6h du matin. La mère n'est pas certaine qu'elle puisse ne pas faire de crises. Par ailleurs, A.B. _____ fait à nouveau des petites siestes la matinée comme si elle ne s'était pas bien reposée la nuit. Elle est décrite sinon calme pendant la journée. Les parents la mettent maintenant sur le pot qui semble très bien marcher.

Son alimentation à la PEG se passe bien avec cependant des lésions autour de l'orifice.

Status

[...]

EEG relativement superposable au précédent avec cependant une charge irritative diurne un peu augmentée.

Impression et conclusion

La grande problématique reste donc celle du sommeil. On peut se poser la question de la persistance de crises nocturnes fragmentant le sommeil et responsables d'une fatigue diurne. J'ai dans un premier temps demandé aux parents qu'ils puissent dormir une ou deux nuits avec A.B. _____ pour objectiver la présence de crises. Si tel était le cas, il faudrait alors adapter le traitement anti-épileptique et si ce n'était pas le cas, il faudrait se poser la question d'aller un peu plus loin en faisant une hospitalisation ou pour en profiter de faire un enregistrement nocturne et peut-être aussi une polygraphie. En effet, elle pourrait aussi avoir des apnées du sommeil. Le confort est heureusement là et la qualité de vie est bonne en tout cas pendant la journée. [...] »

Quant au Dr G. _____, il a relaté, le 16 janvier 2018, que « sur le plan de la santé générale, A.B. _____ se porte plutôt bien, sans affection intercurrente notable ». Le contrôle de l'épilepsie était considéré comme « relativement bon avec de rares crises, sous un traitement inchangé ».

Dans l'intervalle, invitée à se déterminer, l'enquêtrice de l'intimé s'est limitée à souligner le 14 novembre 2017 que « les conditions d'octroi de la surveillance personnelle permanente ne sont pas remplies selon nos directives » sans autres précisions.

d) En l'espèce, il est incontesté que la recourante souffre d'une encéphalopathie épileptique dont les crises ont fluctué en intensité

et en fréquence depuis sa naissance. L'adaptation de son traitement anti-épileptique s'est d'ailleurs imposée à répétées reprises. En l'état, la situation apparaît stabilisée sous médication, en tout cas durant la journée, en dépit de l'épisode attesté par les médecins traitants suite à l'opération subie en décembre 2016. Cela étant, des crises sont encore présentes la nuit et nécessitent des investigations, telles que recommandées par le Dr J._____ à l'issue de son rapport du 22 novembre 2017. Aucun médecin n'exclut la survenance de crises épileptiques ou d'absences temporaires en journée. Les parents de la requérante ont du reste évoqué une crise ponctuelle survenue le 14 juin 2017. La vérification de l'adéquation du traitement a de toute façon lieu tous les 3 à 6 mois étant donné la croissance de la requérante.

Vu ces éléments, on peut considérer comme plausibles les explications formulées par les parents de la requérante au stade de la contestation complétée le 27 juin 2017 et conclure que cette dernière est effectivement susceptible de présenter des crises épileptiques en tout temps. On peut également déduire qu'il importe, dans un tel contexte, de veiller à tout changement de l'état de la requérante afin de gérer une possible crise et d'adapter son traitement à brève échéance, avec le concours des spécialistes traitants. L'état de santé de la requérante, singulièrement la survenance possible de crises d'épilepsie, justifie dès lors manifestement une surveillance personnelle accrue.

En outre, vu la sévérité du polyhandicap de la requérante, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'en l'absence de surveillance, elle courrait effectivement un risque significatif en cas de postures inadéquates, ainsi que l'ont soutenu ses parents auprès de l'intimé. La requérante n'est en effet pas en mesure de modifier une position inconfortable ou qui serait susceptible d'entraver ses fonctions vitales. La régularité d'un besoin de surveillance personnelle apparaît donc établie, sous réserve de brèves interruptions pendant la journée.

Il s'ensuit que le besoin d'une surveillance personnelle permanente doit être reconnu en faveur de la recourante. Ce besoin de surveillance correspond en l'occurrence à un surcroît d'aide de deux heures, au sens entendu par l'art. 39 al. 3, première phrase, RAI.

7. En conclusion, il s'agit de considérer qu'en sus du temps supplémentaire reconnu par l'intimé à hauteur de 5h22 pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, les soins et les traitements, la recourante a besoin d'une surveillance personnelle permanente équivalant à un surcroît d'aide de deux heures. Ce constat entraîne la reconnaissance du droit à un supplément pour soins intenses de plus de 6 heures par jour en vertu de l'art. 42^{ter} al. 3 LAI.

Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être partiellement admis, en ce sens que la recourante a droit au maintien du versement d'un supplément pour soins intenses de plus de 6 heures par jour au-delà du 1^{er} juin 2018, sans interruption depuis l'octroi de cette prestation dès le 1^{er} juin 2013.

8. a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI.

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 18 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le droit à un supplément pour soins intenses de plus de 6 (six) heures par jour est reconnu en faveur de la recourante au-delà du 1^{er} juin 2018, sans interruption depuis le 1^{er} juin 2013.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui (pour A.B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :