

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 726 vom 29. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_726](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__726)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 726 du 29 octobre 2020

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 726 del 29 ottobre 2020

## Regeste

ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, IMPOTENCE, IMPOTENCE GRAVE, IMPOTENCE MOYENNE, SUPPLÉMENT POUR SOINS INTENSES, BESOIN DE SURVEILLANCE | 28 al. 1 let. b LAI, 42 LAI, 42ter al. 3 LAI, 48 al. 1 LAI, 48 al. 2 LAI, 35 al. 1 RAI, 37 RAI, 39 al. 1 RAI, 39 al. 2 RAI, 39 al. 3 RAI

## Erwägungen

### E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le premier acte à avoir été remis à la Poste suisse (art. 39 al. 1 LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) est le recours du 13 septembre 2019 rédigé par Me Conti Morel. Cette écriture était dirigée contre la décision du 9 août 2019, laquelle fut – a minima – annulée de plein droit par la nouvelle décision rendue le 10 septembre 2019 par l'intimé. Compte tenu de ce qui précède et du courrier de Me Conti Morel du 16 septembre 2019, il y a lieu de considérer que le recours du 13 septembre 2019 est valablement dirigé à l'encontre de la décision du 10 septembre 2019, devenant ainsi la décision litigieuse. Partant, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### E. 2

En l'espèce, le litige porte sur la naissance et sur le degré de l'allocation pour impotent mineur octroyée au recourant, ainsi que sur le droit à un supplément pour soins intenses.

### E. 3

a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne

souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42 bis al. 5 est réservé (al. 3). b/aa) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. bb) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). cc) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) (état au 1<sup>er</sup> janvier 2018 [version en vigueur au moment du prononcé de la décision litigieuse], sauf indication contraire), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un

effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI). L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI). d/aa) Selon l'art. 42ter al. 3 LAI, l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses ; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 100 % 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 huit heures par jour au moins, à 70 % de ce montant maximum, lorsque le besoin est de six heures par jour au moins, et à 40 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de quatre heures par jour au moins. Le supplément est calculé par jour. Le Conseil fédéral règle les modalités. bb/i) Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a notamment édicté l'art. 39 RAI qui précise que, chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42ter al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (al. 1). Selon l'art. 39 al. 2 RAI, n'est pris en considération dans le cadre des soins intenses que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (al. 2). Bien que ni la loi ni le règlement sur l'assurance-invalidité ne fassent expressément référence à l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31), les soins de base évoqués à l'art. 39 al. 2 RAI sont bien ceux figurant à l'art. 7 al. 2 let. c de cette ordonnance (Commentaire des modifications du RAI du 21 mai 2003, in Pratique VSI 2003 p. 317 ss, ad art. 39 al. 2 RAI p. 335 ; TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.3). Ils consistent notamment en « bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement ; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche ; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir ainsi qu'à s'alimenter » (art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS). Si ces soins de base recourent partiellement les actes ordinaires de la vie, les premiers ne sauraient en aucun cas être assimilés aux seconds et, compte tenu de leur nature thérapeutique, ne contiennent par exemple pas l'élément correspondant à l'acte ordinaire « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur, établir des contacts sociaux avec l'entourage ». Selon le Tribunal fédéral, cet acte n'est pas un soin de base selon la systématique légale et réglementaire mise en place (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.3). ii) Selon l'art. 39 al. 3 RAI, lorsqu'un mineur, en raison d'une atteinte à la

santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de deux heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures. 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 ; voir également ch. 8035 à 8039 CIIAI, applicables par renvoi du ch. 8078 CIIAI). La condition de surveillance particulièrement intense n'est pas réalisée du seul fait que l'enfant a besoin d'une surveillance de quelques heures par jour. Il faut encore que cette surveillance exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante, comme elle est requise, par exemple, par un enfant autiste qui a des problèmes considérables pour percevoir son environnement et communiquer avec lui (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2370 p. 634). Cela signifie que la personne chargée de l'assistance doit se trouver en permanence à proximité immédiate de l'assuré, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce dernier ou provoquer des dommages considérables à des personnes ou à des objets (ch. 8079 CIIAI). Le Tribunal fédéral a précisé en particulier que le seul diagnostic d'autisme ne suffisait pas à admettre un cas de surveillance particulièrement intense (TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2.2 ; TFA I 684/05 du 19 décembre 2006 consid. 4.4 et I 67/05 du 6 octobre 2005 consid. 4.1). Cette dernière est par contre admise lorsque l'enfant ne peut être laissé seul cinq minutes et que les parents doivent sans cesse être à même d'intervenir (TFA I 684/05 précité). cc) La notion de « soins intenses » de l'art. 42ter al. 3 LAI comprend non seulement le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base évoqué à l'art. 39 al. 2 RAI, mais aussi la surveillance permanente mentionnée à l'art. 39 al. 3 RAI (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 6.2). e) Si le supplément pour soins intenses n'est pas une prestation

indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (cf. notamment art. 42ter al. 3 LAI ; voir aussi TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2), les bases sur lesquelles reposent ces deux institutions juridiques sont cependant différentes. Est considéré comme impotent celui qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA), lesquels se divisent en six catégories (ATF 127 V 94 consid. 3c). Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (art. 37 RAI). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8). Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a en outre besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de quatre heures (art. 42ter al. 3 LAI et 39 al. 1 RAI). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose en conséquence sur une appréciation temporelle de la situation (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4 ; TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2). f) L'art. 37 al. 4 RAI prévoit que l'impotence des mineurs doit être évaluée en prenant en considération uniquement le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. Un simple décalage dans l'acquisition d'un acte ordinaire de la vie ne suffit pas pour prendre en considération le besoin d'aide dans cet acte (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 6 ; ch. 8086 CIIAI). Plus l'âge d'un enfant est bas, plus il a besoin d'une aide conséquente et d'une certaine surveillance, même s'il est en parfaite santé (ATF 137 V 424 consid. 3.3.3.2). Tel est en particulier le cas pour l'aide indirecte. Tout enfant a besoin de rappels et de contrôles répétés pour se lever, aller au lit, se laver les mains, etc. Une aide éventuelle ne peut donc être reconnue que si elle atteint une certaine intensité et qu'elle dépasse manifestement la mesure habituelle (ch. 8088 CIIAI, voir aussi ch. 8078.2 CIIAI). Afin de faciliter l'évaluation de l'impotence déterminante des mineurs, des lignes directrices figurent dans l'annexe III de la CIIAI. Ainsi, un besoin de surcroît d'aide pour nouer des contacts sociaux dans son environnement proche peut être retenu dès que l'enfant a cinq ans, et dès six ans pour l'acte de faire sa toilette (soins du corps). L'annexe III prévoit également qu'avant l'âge de six ans, une surveillance personnelle ne doit en règle générale pas être prise en considération, vu que même les enfants en bonne santé ont besoin de surveillance avant cet âge (cf. aussi ch. 8078 CIIAI). En fonction de la situation et du degré de gravité, un besoin de surveillance peut toutefois être reconnu dès l'âge de quatre ans déjà, notamment si l'enfant présente un autisme infantile (TF 9C\_831/2017 précité consid. 3.2) ou lorsque l'enfant est sujet à des crises d'épilepsie impossibles à prévenir par des moyens médicamenteux. Par ailleurs, une surveillance particulièrement intense ne doit en règle générale pas être prise en considération avant l'âge de huit ans.

#### **E. 4**

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue

objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). b) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2). c) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). d) Les directives administratives sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales par les organes d'exécution des assurances sociales. Elles établissent notamment des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce conformément au principe d'égalité de traitement. Les directives administratives sont destinées à l'administration, mais le juge ne s'en écarte pas sans motif pertinent (ATF 144 V 195 consid. 4.2 et les références).

## **E. 5**

Dans un premier grief, le recourant fait valoir que son impotence devrait être considérée comme étant grave, dans la mesure où il aurait besoin d'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. Au contraire, l'intimé a octroyé une allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen, en se fondant sur le rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018. a) Il est constant que l'intéressé a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir cinq actes ordinaires de la vie sur six. Ainsi, seul le besoin d'aide pour l'acte de manger n'a pas été reconnu par l'intimé. A cet égard, l'enquêtrice avait indiqué, dans son rapport du 20 novembre 2018, que, s'agissant de l'acte de manger, il n'existait pas chez le recourant le besoin d'un surcroît d'aide pour les actes particuliers d'« apporter le repas au lit (car l'assuré ne peut pas manger à table pour des raisons de santé) », de « couper des morceaux », d'« amener la nourriture à la bouche » ou car « l'assuré ne peut ingérer que de la nourriture spéciale (par exemple réduite en purée, alimentation par sonde ; les régimes ne sont pas pris en compte) ». L'enquêtrice a précisé que, selon les propos de sa mère, l'intéressé peinait à couper les aliments durs. Il était sensible aux textures et sa sélectivité faisait qu'il mangeait certains aliments par période, puis demandait à en changer. b) Le recourant estime qu'il conviendrait de lui reconnaître un besoin d'aide pour manger. Il fait valoir qu'il peine à couper les aliments durs, qu'il est sélectif avec la nourriture et que les fruits doivent être pelés et coupés. En outre, il ne mangeait jamais avec ses parents. Sa mère lui amenait à manger dans la chambre et il mangeait sur le matelas. La présence continue de sa mère était nécessaire, celle-ci devant rester à ses côtés. A défaut, l'intéressé ne mangerait pas de toute la journée. Par ailleurs, il a ajouté que la nourriture devait être coupée « en très

petits morceaux » et que « tout [devait] être systématiquement et impérativement pelé » (cf. notamment recours du 13 septembre 2019 et écriture du 9 septembre 2019). c) Le fait d'avoir de la peine à couper les aliments durs, d'être sélectif avec la nourriture et de devoir peler et couper les fruits ressort effectivement du rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018, ainsi d'ailleurs que de la demande de prestations du 27 décembre 2017 et d'autres rapports (cf. notamment les rapport du 28 juillet 2016 de la Prof J. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_, du 12 avril 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_ – qui fait part de caprices alimentaires, l'enfant « étant végétarien, mais n'aimant pas les légumes, ni ce qui est amer ou acide et refuse souvent de goûter » –, ainsi que les rapports d'avril 2018 et du 7 mai 2018 de R. \_\_\_\_\_). En revanche, on constate que, contrairement à ce que l'intéressé soutient dans son recours du 13 septembre 2019, il n'est fait aucunement mention dans ledit rapport d'enquête à domicile, ni d'ailleurs dans d'autres rapports médicaux, que l'assuré prendrait exclusivement ses repas sur son matelas, que la nourriture devait être coupée en très petits morceaux et que tout devait être systématiquement et impérativement pelé. Or l'enquêtrice a répondu dans son rapport par la négative aux questions de savoir s'il fallait apporter le repas au lit à l'assuré, car il ne pouvait pas manger à table pour des raisons de santé, lui couper des morceaux, lui amener la nourriture à la bouche et à la question de savoir si l'assuré ne pouvait ingérer que de la nourriture spéciale (par exemple réduite en purée, alimentation par sonde ; les régimes ne sont pas pris en compte). Il apparaît ainsi que l'enquêtrice s'est penchée sur les éléments qui précèdent, cela en suivant le canevas du rapport d'enquête à domicile à remplir et vraisemblablement en posant des questions à cet égard. En pareilles circonstances, il y a lieu d'appliquer la règle de preuve des « premières déclarations » (cf. consid. 4c supra ), soit d'accorder la préférence aux premières déclarations des parents du recourant, données alors qu'ils en ignoraient peut-être les conséquences juridiques. Dans la mesure où il ne ressort que des déclarations des parents de l'intéressé (à l'exception de tout autre document au dossier) – données pour la première fois le 20 décembre 2018, sous la plume du nouveau conseil du recourant, soit postérieurement au projet de décision du 22 novembre 2018 – qu'il fallait apporter tous les repas à l'intéressé sur son matelas dans sa chambre, que la nourriture devait être coupée en très petits morceaux et que tout devait être systématiquement et impérativement pelé, ces éléments ne seront pas retenus au stade de la vraisemblance prépondérante. A toutes fins utiles, il est relevé que, même à retenir que le recourant prendrait tous ses repas sur son matelas, il conviendrait de constater qu'il ne ressort d'aucun document que l'intéressé ne serait objectivement pas apte à manger à table avec ses parents (TF 9C\_346/2010 du 6 août 2010 consid. 5 ; ch. 8019 CIIAI) – aucun argument n'étant avancé à cet égard. Il est d'ailleurs relevé que l'intéressé peut rester assis dans une classe ordinaire et suivre les cours normalement, de sorte que rien ne justifierait qu'il ne puisse s'asseoir à table pour manger. S'agissant des éléments qui doivent être examinés, tels qu'il ressortent du rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018, soit le fait d'avoir de la peine à couper les aliments durs, d'être sélectif avec la nourriture et de devoir peler et couper les fruits, ils ne justifient pas de retenir un besoin d'aide régulière et importante d'autrui. En effet, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de préciser qu'il n'y a pas d'impotence dans le cadre de l'acte de manger si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière, ni dans une mesure considérable (TF 9C\_791/2016 du 22 juin 2017 consid. 4.3 et référence citée ; ch. 8018 CIIAI). Pour ce qui concerne la nécessité pour les parents de couper et peler les fruits, il ne saurait être retenu un besoin d'aide de façon

régulière pour cet acte partiel, qui fait partie de la préparation des repas et non pas de l'acte manger. En outre, le fait pour le recourant d'être sélectif avec la nourriture demande certes aux parents de faire preuve d'adaptation et d'organisation, mais n'appelle pas pour autant un besoin d'aide ou un surcroît de temps. S'agissant des restrictions qui précèdent, il est par ailleurs rappelé qu'un régime alimentaire (par exemple, pour les personnes atteintes de diabète ou de la maladie cœliaque) ne fonde pas l'impotence (cf. ch. 8018 CIIAI). Partant, une impotence pour l'acte de manger n'est pas retenue. d) Dès lors que l'intéressé doit ainsi se voir reconnaître un besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour cinq actes de la vie ordinaire, son droit à une allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen est acquis, celui pour une allocation de degré grave étant toutefois exclu (cf. consid. 3b/aa supra).

## **E. 6**

Dans un deuxième grief, le recourant sollicite un supplément pour soins intenses, conformément à l'art. 42ter al. 3 LAI. A cet égard, il fait tout d'abord valoir que des surcroûts de temps liés aux traitements et aux soins de base, au sens de l'art. 39 al. 2 RAI, supérieurs à ceux retenus dans la décision litigieuse, devraient être pris en compte – ceux-ci ayant été systématiquement sous-évalués par l'enquêtrice et l'intimé. a) En premier lieu, le recourant expose que les soins de base nécessitent un surcroît de temps supérieur à celui de 112 minutes retenu par l'intimé. aa) Pour l'acte de se vêtir et se dévêtir, l'intéressé estime ainsi qu'il conviendrait de retenir un surcroît de temps quotidien d'une heure et 20 minutes (45 minutes le matin, 10 minutes pendant la journée, 10 minutes le soir et 15 minutes pour choisir et préparer les vêtements), au lieu des 27 minutes ressortant du rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018. A nouveau, en application de la règle de preuve des « premières déclarations » (cf. consid. 4c supra), il y a lieu de se fonder sur les déclarations des parents lors de l'enquête à domicile qui avaient admis l'évaluation de 27 minutes. Rien ne justifie de suivre les indications données postérieurement au projet de décision du 22 novembre 2018, lesquelles en outre paraissent excessives (valeur trois fois plus élevées qu'annoncées lors de l'enquête) et ne reposent que sur la propre évaluation des parents. Par ailleurs, les valeurs requises pour chaque acte ordinaire effectué le matin dépassent le temps dont le recours dispose effectivement le matin pour se préparer, ce qui démontre leur incohérence. Il ressort certes du rapport d'ergothérapie d'avril 2018 de R. \_\_\_\_\_ que, selon les indications fournies par ses parents, le recourant « rencontre des difficultés à enfiler ses vêtements, [...], a des difficultés pour s'habiller, boutonner sa chemise, [...] et lacer ses chaussures ». Dans le domaine de la motricité fine, l'ergothérapeute a noté « de grandes difficultés (tremblement, besoin de stabilisation au niveau des avant-bras et du poignet) et une lenteur marquée dans les manipulations « in hand », les coordinations bimanuelles, les coordinations visuo-motrice [...] » (voir également rapport du 7 mai 2018 de R. \_\_\_\_\_). Par ailleurs, il a également été mentionné dans le rapport du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_ que lors de l'hospitalisation de l'assuré au sein de l'A. \_\_\_\_\_, il avait été observé qu'il peinait à être à l'aise concernant le fait de s'habiller sans l'aide de l'adulte. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il indiquait que l'assuré était très pointilleux concernant l'ordre et le classement de ses habits dans ses armoires (cf. rapport du 12 avril 2018). Ces éléments ont cependant déjà été pris en compte par l'enquêtrice dans le surcroît de temps de 27 minutes par jour retenu et ne justifient pas de l'augmenter, ainsi que demandé par les parents. Ces derniers n'invoquent pas de fait dont il n'aurait pas été tenu compte par l'enquêtrice, mais font uniquement valoir une évaluation trois fois supérieure à celle qu'ils avaient indiquée lors de l'enquête. Le moyen doit donc

être rejeté. bb/i) Pour l'acte de se coucher, le recourant fait ensuite valoir que le surcroît de temps serait de 90 minutes par jour, à savoir 45 minutes pour le coucher et entre 40 et 50 minutes en moyenne durant la nuit pour qu'il soit calmé jusqu'à ce qu'il se rendorme. Le temps de 50 minutes (30 minutes au coucher et 20 minutes durant la nuit) ressortant du rapport d'enquête à domicile serait ainsi sous-évalué. ii) A cet égard, il ressort du chiffre 8016.2 de la CIAII (introduit le 1<sup>er</sup> juillet 2020, soit après la décision attaquée) que les rituels d'endormissement ne fondent pas l'impotence et ne peuvent pas être reconnus dans le domaine « se lever, s'asseoir, se coucher », à moins qu'ils aient une nécessité médicale et qu'ils aillent au-delà de ce qui est habituel. En l'occurrence, les rituels du recourant ont été reconnus comme étant une nécessité médicale et allant au-delà de ce qui est habituel. En effet, dans son rapport du 15 décembre 2017, la psychologue W. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'intéressé présentait de nombreux rituels qui devaient être exécutés parfaitement sous peine d'être réitérés, et auxquels les parents devaient participer, notamment au moment du coucher. D'ailleurs, les difficultés d'endormissement, les rituels au coucher et les troubles du sommeil, accompagnés du besoin pour le recourant de dormir auprès de ses parents depuis l'apparition de ses tics en 2015, ainsi que les glissements entre la réalité et le fantasme (peur « d'un monstre sous le lit » ou du miroir de la chambre), ont été confirmés de longue date par divers médecins (cf. rapports du 9 juin 2015 des Dres II. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_, du 19 juin 2015 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_, du 13 octobre 2015 du Dr G. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_, du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_, du 28 juillet 2016 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_, du 20 février 2017 de la Dre Y. \_\_\_\_\_, du 8 mars 2017 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre X. \_\_\_\_\_, du 23 février 2018 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre AA. \_\_\_\_\_, ainsi que du 12 avril 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_). L'intéressé n'invoque cependant aucun fait ou document nouveau dont l'intimé n'aurait pas tenu compte. Il convient par conséquent de privilégier les indications données par les parents avant le projet de décision du 22 novembre 2018 de l'intimé (cf. consid. 4c supra), notamment au moment de l'enquête à domicile, et de tenir compte du temps indiqué par les parents au moment de l'enquête, qui prends par ailleurs suffisamment en considération les besoins de l'assuré. iii) S'agissant en particulier des réveils nocturnes et des troubles du sommeil durant la nuit, on note que leur nombre et intensité semblent être fortement liés à l'état psychologique du recourant, respectivement à son niveau d'anxiété. Les réveils paraissent en effet augmenter durant les périodes de stress et de recrudescence des tocs. Tel a, par exemple, été le cas en mai 2015, lorsque l'intéressé a été hospitalisé auprès de l'A. \_\_\_\_\_, ensuite de la séparation d'une semaine d'avec sa mère (cf. rapports du 9 juin 2015 des Dres II. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_, ainsi que du 19 juin 2015 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_, qui ont toutes décrit des troubles du sommeil avec multiples réveils nocturnes et cauchemars durant cette période). Au contraire, lorsque la situation s'améliore, singulièrement lorsque les tocs diminuent, le recourant rencontre beaucoup moins de difficultés durant la nuit, voire aucune. Cela a notamment été constaté dans le rapport du 28 juillet 2016 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ – dont on souligne qu'elle suit le recourant pour ses problèmes de tocs depuis mai 2015 – et du Dr M. \_\_\_\_\_ qui ont indiqué que les tics évoluaient favorablement, avec une quasi disparition des symptômes, à l'exception de petits tics survenant dans les moments de fatigue (en fin de journée principalement) ou de stress. Bien que la mère leur ait rapporté des troubles à l'endormissement, elle leur avait également précisé qu'il n'y avait pas de réveil nocturne. Par rapport du 8 mars 2017, la Prof. J. \_\_\_\_\_ et la Dre X. \_\_\_\_\_ ont encore confirmé que, durant l'été 2016, le recourant

n'avait plus présenté de tics et qu'actuellement le recourant ne présentait pas de trouble du sommeil, ni de tics, durant la nuit. Malheureusement, tel que décrit dans le rapport du 23 février 2018 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre AA. \_\_\_\_\_, le recourant a connu en début d'année 2018 une péjoration de ses tocs et ses médecins ont alors relevé que les troubles du sommeil étaient plus marqués. On relève encore que selon la Dre Y. \_\_\_\_\_, le recourant dormait parfois au salon, où il arrivait à dormir seul. Cette médecin avait également posé comme hypothèse diagnostique une surprotection parentale (cf. rapport du 20 février 2017). Cette surprotection a d'ailleurs été relevée par plusieurs médecins. On ne saurait ainsi la valider en accordant d'avantage de temps, alors que celui-ci n'est objectivement pas nécessaire. Quoiqu'il en soit, on peut ainsi conclure de ces éléments que les troubles du sommeil et les réveils nocturnes sont inconstants, variant dans leur intensité et durée et alternant entre des périodes d'augmentation et de diminution. Dès lors, le surcroît de temps général de 20 minutes pendant la nuit, retenu par l'enquêtrice dans son rapport du 20 novembre 2018, prend correctement en compte le besoin d'aide du recourant.

iv) Pour tous ces motifs, rien ne justifie une augmentation du temps retenu par l'intimé pour l'acte de se lever/se coucher. cc) Pour l'acte de manger, le recourant conteste la non prise en compte par l'intimé d'un surcroît de temps, qu'il estime à une heure et demie par jour, correspondant à 20 à 30 minutes par repas. Pour cet acte, un surcroît de temps ne saurait être retenu, pour les mêmes raisons qui ont amené à ne pas retenir un besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour cet acte (cf. consid. 5c supra ). dd) Pour l'acte de faire sa toilette, le recourant revendique un surcroît de temps quotidien minimum de 90 minutes par jour, au lieu des 30 minutes retenues par l'intimé. Il estime que le temps de cinq minutes pris en compte pour le lavage des dents est sous-évalué, dans la mesure où il se lave les dents dès qu'il mange quelque chose et même après avoir bu de l'eau, ayant une peur phobique de perdre ses dents. Sa mère doit toujours être derrière lui pour qu'il n'y passe pas sa journée. Il en irait de même pour le lavage des cheveux, le bain et la douche. Dans son rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018, l'enquêtrice a retenu un surcroît de temps de 30 minutes, fondé sur les déclarations des parents correspondant dans le détail à cinq minutes le matin, trois minutes la journée et trois minutes le soir pour se laver/se brosser les dents, à quatre minutes le matin pour se coiffer et à 15 minutes le matin pour prendre un bain/une douche. Elle a notamment précisé que, lors de la toilette, l'intéressé était envahi par les tocs et, s'il n'était pas accompagné, il allait recommencer maintes fois à se brosser les dents, à se laver les mains, ainsi qu'à se coiffer. Au moment de la douche, la mère devait rester à côté de l'intéressé pour lui donner les consignes, afin qu'il ne recommence pas maintes fois à se laver les mêmes parties du corps. Dans ce cadre, la Dre B. \_\_\_\_\_ et la psychologue U. \_\_\_\_\_ ont relevé que le recourant ne savait pas se doucher seul (cf. rapport du 7 décembre 2015). Le Dr K. \_\_\_\_\_ a également précisé que l'intéressé craignait les contaminations par le toucher et était d'une méticulosité extrême au niveau de sa propreté personnelle. Il passait un temps exagérément long à la salle de bains et aux WC pour se laver les dents et les mains. Il se lavait par ailleurs les dents avec une brosse à dent de couleur spécifique (cf. rapport du 12 avril 2018). Force est de constater que les indications du Dr K. \_\_\_\_\_, ainsi que de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_, correspondent aux éléments mentionnés par l'enquêtrice, à tout le moins ne permettent pas de considérer que le surcroît de temps retenu serait insuffisant. Le lavage intempestif des dents, comme des mains ou encore du corps, ne saurait par ailleurs être retenu tel qu'allégué par l'intéressé, dans la mesure où ses parents doivent le cadrer, afin qu'il n'abuse pas de ces pratiques outre mesure, étant précisé que la nécessité de ce cadrage a été mentionnée par

l'enquêtrice dans son rapport. Encore une fois, on ne saurait tenir compte du comportement surprotecteur des parents qui ne favorisent pas l'autonomisation du recourant et qui ont une tendance à lui éviter toutes frustrations. Il convient par ailleurs et pour le reste de donner à nouveau la préférence aux déclarations des parents faites à l'enquêtrice (cf. consid. 4c supra), notamment s'agissant des indications temporelles alors fournies. Aucun élément objectif ne justifie de s'en écarter. La nouvelle estimation du recourant, qui est triplée par rapport aux premières déclarations, n'est pas crédible. ee) S'agissant de l'acte d'aller aux toilettes, le recourant sollicite la reconnaissance d'un surcroît de temps de 20 minutes par jour, à la place des cinq minutes ressortant du rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018. Il explique demander la présence de sa mère pour le rassurer à chaque fois qu'il va aux toilettes, ainsi que pour intervenir au moment où il s'essuie, ajoutant qu'il n'allait pas qu'une seule fois par jour aux toilettes. Or, ces allégations ne correspondent pas aux indications des parents données lors de l'enquête à domicile. A cette occasion, ils ont en effet précisé que le fait d'aller aux toilettes pour éliminer ses selles était une source d'angoisse pour l'intéressé. Ce dernier demandait ainsi la présence de sa mère, qui devait le rassurer et surtout intervenir au moment où il s'essuyait. Laissé seul, il utiliserait tout le papier toilette, ressentant le besoin de s'essuyer sans parvenir à s'arrêter. Il ressort de ces premières déclarations – lesquelles doivent être privilégiées (cf. consid. 4c supra) – que la mère du recourant doit être à ses côtés au moment de l'élimination des selles et non, comme le soutiennent désormais les parents, à chaque passage aux toilettes. Le surcroît de temps de cinq minutes par jour n'apparaît dès lors pas critiquable et l'intéressé ne se prévaut d'aucun élément objectif qui remettrait en question cette constatation. En particulier, le besoin de la présence de la mère à chaque passage aux WC, outre le fait qu'il soit nouveau, semble d'avantage résulter du comportement surprotecteur de la mère que d'une réelle nécessité, l'enfant étant apparemment capable d'aller seul aux toilettes lorsqu'il est à l'école, à défaut de toute autre indication contraire. ff) Le recourant conteste également qu'aucun surcroît de temps n'ait été retenu pour l'acte de se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts, se prévalant à cet égard d'un surcroît de temps de quatre heures et 12 minutes. Or, selon le Tribunal fédéral, cet acte n'est pas un soin de base selon la systématique et règlementaire mise en place (cf. consid. 3d/bb/i supra), de sorte que l'Annexe IV de la CIIAI n'est pas contraire au droit fédéral en ce qu'elle indique qu'aucun surcroît de temps ne peut être retenu pour l'acte susmentionné. Partant, la décision litigieuse n'est pas critiquable sur ce point. b) Dans le cadre des mesures relatives aux soins de base, l'intéressé fait également valoir qu'il conviendrait de tenir compte du temps nécessaire pour qu'il se rende à ses cinq thérapies hebdomadaires, soit entre une heure et une heure et quart par semaine, ce qui correspond à environ douze minutes par jour. Sur ce point, aucun surcroît de temps ne ressort du rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018. Par conséquent, l'intimé ne retient pas un tel supplément dans sa décision litigieuse, sans motiver toutefois cet aspect. Or les mesures relatives à l'accompagnement pour les visites médicales et chez les thérapeutes doivent être prises en compte lorsque lesdites visites sont liées au handicap et ne seraient pas nécessaire pour un enfant en bonne santé. L'accompagnement pour se rendre aux consultations habituelles chez le pédiatre, le dentiste, etc. n'est ainsi pas pris en compte (cf. Annexe IV de la CIIAI, voir également ch. 8076). Compte tenu de ce qui précède, on ne saisit en l'état pas pour quelle raison l'intimé n'a pas tenu compte du temps d'accompagnement du recourant à ses thérapies, tel que cela ressort notamment de plusieurs rapports émis par les médecins (cf. rapports du 23 février 2018 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre AA. \_\_\_\_\_, du 12 avril 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_, du 24 septembre 2019 du

Dr N.\_\_\_\_\_, du 24 septembre 2019 de R.\_\_\_\_\_, et du 9 octobre 2019 de GG.\_\_\_\_\_. Cela étant, la question peut être laissée ouverte, comme on le verra ci-après (cf. consid. 8 infra ), le temps invoqué par les parents étant de toute manière insuffisant pour modifier le droit aux prestations. c) Finalement, le recourant estime qu'un surcroît de temps consacré aux traitements devrait être retenu. A cet égard, il se prévaut du fait qu'il est incapable de gérer seul sa lourde médication quotidienne et que c'est sa mère qui doit lui préparer et lui donner ses médicaments. Il explique également qu'il a constamment besoin d'un accompagnement et d'une supervision pour la réalisation des exercices de physiothérapie respiratoire. aa) S'agissant de la médication, il ressort du rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2018 que l'intéressé n'a pas besoin d'une telle aide régulière, étant précisé qu'il prend beaucoup de médicaments et qu'il est normal, vu son âge, qu'ils soient préparés par sa mère. Sur cet aspect, l'administration de médicaments par voie orale n'est prise en compte qu'à partir de l'âge de 15 ans (cf. Annexe IV de la CIIAI, également ch. 8075). En l'occurrence, le recourant avait 13 ans, pratiquement 14 ans, lorsque la décision litigieuse a été rendue. Depuis lors, il a eu 15 ans le 16 septembre 2020. La prise en compte de l'administration de médicaments par voie orale ne pouvait dès lors pas être examinée avant cette dernière date. L'intimé devra toutefois revoir la situation à partir de cette date sur ce point. bb) En ce qui concerne les exercices de physiothérapie invoqués par le recourant, ce dernier n'indique pas clairement auxquels il fait référence. Les seuls exercices qui ressortent du dossier sont ceux mentionnés dans le rapport de « Résultat préliminaires » ensuite d'un examen du 16 octobre 2017 du Centre V.\_\_\_\_\_. On ne sait cependant pas si ces exercices sont toujours d'actualité, ni si le suivi effectué par ce centre est pris en charge par une assurance sociale (cf. ch. 8077.1 de la CIIAI). Certes, ces points n'ont pas été véritablement instruits, mais il ressort du rapport d'enquête du 20 novembre 2018 que seul un suivi hebdomadaire par le Dr K.\_\_\_\_\_ semblait être régulier. Les parents n'ont pas évoqué de séances, ni d'exercices de physiothérapie. Cela étant, la question peut être laissée ouverte, dès lors que le temps consacré ne sera de toute manière pas suffisant pour octroyer un droit supplémentaire, comme on le verra ci-après (cf. consid. 8 infra ).

## **E. 7**

Toujours dans le cadre du supplément pour soins intenses au sens de l'art. 42ter al. 3 LAI, le recourant a ensuite fait valoir qu'il existait un besoin de surveillance personnelle permanente, au sens de l'art. 39 al. 3 RAI. On rappellera que, dans son rapport du 20 novembre 2018, l'enquêtrice avait en effet précisé qu'il n'y avait pas de surveillance au sens des directives de l'OAI. A cet égard, le recourant expose qu'il a des traits agressifs marqués, sa mère devant l'accompagner partout de peur qu'il n'agresse un autre enfant, et qu'il présente un goût particulier pour les jeux dangereux pour lesquels il est totalement incapable d'apprécier correctement le risque encouru. Sa mère devait donc rester très attentive, se tenir en permanence à proximité immédiate de son fils et être à tout moment prête à intervenir. L'intéressé ne pouvait ainsi pas être livré à lui-même durant plusieurs heures d'affilée. a) Ces dernières indications ne correspondent cependant à pas celles fournies par les parents lors de l'enquête à domicile, ni aux observations de l'enquêtrice. En effet, dans le rapport d'enquête du 20 novembre 2018, l'enquêtrice a indiqué que l'intéressé était resté dans sa chambre la majeure partie de l'entretien, lequel avait eu lieu en présence des parents. Par ailleurs, dans sa prise de position du 20 juin 2019, l'enquêtrice a confirmé que la notion de surveillance avait été abordée lors de l'entretien, que les propos de la mère avaient été mentionnés dans le rapport d'enquête à domicile et que le recourant était resté dans

sa chambre pendant ladite enquête d'une durée d'une heure et demie, sa mère n'ayant dû à aucun moment aller voir ce qu'il faisait afin de prévenir une éventuelle mise en danger. Sur la base de ces constatations – auxquelles le juge doit en principe accorder la préférence (cf. consid. 5b supra) –, on peut déjà fortement douter du besoin de surveillance permanente. En outre, durant l'entretien à domicile, la mère avait indiqué se souvenir que petit, le recourant aimait jouer avec les fils électriques. A ce jour, elle ne le laissait pas brancher une prise. Elle a en outre indiqué qu'elle devait le surveiller, car il aimait allumer des bougies. A cet égard, l'enquêtrice a expliqué que la problématique des bougies ne pouvait pas être retenue dans le cadre du besoin de surveillance, puisque le dommage pouvait être réduit en mettant les allumettes et les briquets hors de sa portée. Les explications de l'enquêtrice à ce sujet ne portent pas le flanc à la critique. b) Les autres pièces au dossier ne confirment pas le besoin de protection continue invoqué par les parents. Il est constant que des diagnostics de trouble du spectre autistique de type Asperger (CIM-10 F.84.5), avec forte tendance obsessionnelle compulsive (chiffre 405 OIC), des tics moteurs et vocaux chroniques (CIM-10 F.95.1) et de dyspraxie et dysgraphie (CIM-10 F.82), ont été posés. Dans ce cadre, le recourant présente un déficit des interactions sociales et une atteinte de la cognition sociale (cf. bilan psychologique du 15 décembre 2017 de W.\_\_\_\_\_, rapports des 20 décembre 2017 et du 12 avril 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_. Il n'en demeure toutefois pas moins que le recourant ne rencontre pas des problèmes considérables pour percevoir son environnement et communiquer avec lui, tel que cela peut être le cas pour certains enfants atteints d'autisme (cf. consid. 3d/bb/ii et 3f supra). Au contraire, l'intéressé est généralement décrit comme étant collaborant et participatif, notamment par la Prof. J.\_\_\_\_\_ qui a mentionné que le recourant « était un enfant calme, collaborant, qui répond volontiers aux questions avec un discours informatif et qui participe volontiers à l'examen clinique » (cf. rapport du 8 mars 2017), ainsi que par le Dr K.\_\_\_\_\_ qui a indiqué que le recourant était calme et sans agressivité (cf. rapport du 12 avril 2018). Quant à R.\_\_\_\_\_, elle a noté que le recourant était sympathique et agréable, avec un comportement tout à fait adéquat vis-à-vis de l'adulte (cf. rapport d'ergothérapie d'avril 2018). En particulier, la Dre B.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ ont constaté que, de manière générale, le recourant appréciait la compagnie des soignants adultes, la recherchant même parfois activement, et qu'il entraînait bien dans les diverses activités, y prenant du plaisir et s'y impliquant avec vivacité, tout en étant très en résonance avec certains enfants « turbulents » (cf. rapport du 7 décembre 2015). Le fait d'ailleurs que le recourant s'entende mieux avec des jeunes plus âgés et les adultes a également été souligné par W.\_\_\_\_\_ (cf. bilan psychologique du 15 décembre 2017) et le Dr K.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 12 avril 2018). On ne saurait dès lors reconnaître, par principe, le besoin d'une surveillance permanente, du seul fait des diagnostics attestant de troubles du spectre autistique. Plus important, aucun rapport n'atteste ou ne confirme que, laissé seul, le recourant représenterait très probablement un danger pour lui-même ou les autres ou qu'il nécessiterait une surveillance personnelle permanente. Dans ce contexte, le rapport du 20 décembre 2018 du Dr EE.\_\_\_\_\_ indique uniquement que la mère du recourant déploie un investissement important dans l'éducation et la surveillance de son enfant. Il n'atteste toutefois pas de la nécessité médicale d'une telle surveillance, pas plus que le temps qu'y consacre la mère. Cette attestation est ainsi sans pertinence pour juger du cas d'espèce c) S'agissant ensuite de la scolarisation, dans sa prise de position du 20 juin 2019, l'enquêtrice a rappelé que le recourant était scolarisé en école publique, dans une classe ordinaire. Il sied de relever que cela est considéré par les médecins comme une mesure adéquate avec les

atteintes diagn ostiquées (cf. bilan neuropsychologique du 15 décembre 2017 de W. \_\_\_\_\_ et rapport du 12 avril 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_). De même, après les différentes périodes d'absences du recourant, les thérapeutes n'ont eu de cesse de recommander une reprise de la scolarisation (cf. rapports du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_, du 9 novembre 2018 et du 4 février 2019 du Dr K. \_\_\_\_\_, ainsi que du 12 mars 2019 de DD. \_\_\_\_\_), seuls les parents ayant manifesté des réticences à cet égard (cf. rapports du 9 juin 2015 des Dres II. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_ et du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_). Si des difficultés et des retards scolaires sont effectivement rencontrés, ceux-ci sont d'ailleurs principalement liés à l'absentéisme du recourant, en raison d'épisodes de crises de tocs et d'angoisses ou de rendez-vous médicaux (cf. notamment rapport du 19 juin 2015 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_, document intitulé « Canevas pour réseau ou entretien » du 2 mars 2018 et document intitulé « Point de situation de la 8 e année » du 21 juin 2018 établis par la Direction de l'Etablissement Primaire E. \_\_\_\_\_). Ont également été constatés des problèmes d'organisation, tels que la préparation de la place de travail, des devoirs non faits et des oublis de matériels, ceci par les parents, les différents enseignants et les thérapeutes (bilan psychologique du 15 décembre 2017 de W. \_\_\_\_\_, document intitulé « Canevas pour réseau ou entretien » du 2 mars 2018 établi par la Direction de l'Etablissement Primaire E. \_\_\_\_\_, rapport d'ergothérapie d'avril 2018 de R. \_\_\_\_\_). Toutefois, diverses mesures ont été mises en place et adaptées tout au long du parcours scolaire de l'intéressé, afin de parer à ces difficultés, tel que l'adaptation des horaires avec dispense de certains cours et allègements, des devoirs accompagnés, des cours d'appui dans certaines matières, l'accompagnement par une enseignante spécialisée et la mise en place d'un contrat d'adaptation des modalités d'évaluation (cf. document intitulé « Canevas pour réseau ou entretien » du 2 mars 2018 établi par la Direction de l'Etablissement Primaire E. \_\_\_\_\_ et courrier du 8 juillet 2019 de l'Etablissement secondaire CC. \_\_\_\_\_). Ces ajustements ne sont toutefois pas destinés à surveiller en permanence le recourant, mais constituent bien un accompagnement scolaire et un soutien pédagogique. Il est exact que des problèmes de comportement sont en effet apparus, le recourant se trouvant impliqué dans diverses bagarres (cf. rapports du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_, du 8 mars 2017 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre X. \_\_\_\_\_, du 22 janvier 2019 de la Dre F. \_\_\_\_\_ et du 12 mars 2019 de DD. \_\_\_\_\_). De plus, le recourant peut adopter un comportement inadéquat et irrespectueux en classe et envers ses professeurs (document intitulé « Canevas pour réseau ou entretien » du 2 mars 2018 établi par la Direction de l'Etablissement Primaire E. \_\_\_\_\_, courrier du 27 novembre 2018 de BB. \_\_\_\_\_ et courrier du 29 novembre 2018 du directeur de l'Etablissement secondaire CC. \_\_\_\_\_). Il ressort du document intitulé « Point de situation de la 8 e année », daté 21 juin 2018, établi par l'Etablissement primaire E. \_\_\_\_\_, que le récent changement d'aptitude (qui a freiné la progression scolaire) consiste en une prise de parole intempestive, des bavardages fréquents et une soudaine impertinence. Tous ces éléments ne sont cependant pas propres à justifier le besoin d'une surveillance personnelle permanente, telle que celle-ci est comprise au sens de l'art. 39 al. 3 RAI. En effet, s'ils démontrent certes des difficultés en lien avec l'organisation, la discipline et le comportement, ils n'impliquent en revanche pas la mise en danger de l'intéressé ou le risque que soient provoqués des dommages considérables à des personnes ou à des objets à tout instant. A cet égard, le simple fait de bénéficier d'un suivi psychologique, une fois toutes les deux semaine à raison d'une séance d'une heure, afin de traiter « l'amélioration de la cognition sociale et du traitement des informations sociales,

pour permettre une meilleure lecture des situations et adapter les réponses dans le but d'éviter des comportements néfastes sur le plan relationnel », tel que des bagarres ou des insultes, (cf. attestation du 12 mars 2019 de DD. \_\_\_\_\_), ne correspond pas encore à une nécessité de surveillance continue. Par ailleurs, les altercations physiques paraissent rester des événements isolés – se produisant, semble-t-il, en moyenne une à deux fois par année scolaire. On relèvera que si le recourant a été sanctionné pour avoir griffé son bureau avec un ciseau parce qu'il s'ennuyait, à aucun moment l'enseignant n'a craint pour la sécurité du recourant et des autres élèves (cf. courrier du 29 novembre 2018 du directeur de l'Etablissement secondaire CC. \_\_\_\_\_). Ces éléments ne sont dès lors également pas suffisants pour considérer que le recourant représenterait un danger pour lui-même ou pour les autres, requérant une attention de chaque instant. Plus encore, même si le recourant a pu exprimer être angoissé par l'école (« phobie scolaire »), en raison notamment des tests et examens de fin d'année, et avoir peur que ses camarades puissent se moquer de lui (cf. rapports du 9 juin 2015 des Dres II. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_, du 28 juillet 2016 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_, du 15 décembre 2017 de W. \_\_\_\_\_), il a également fréquemment indiqué avoir des amis à l'école et être bien intégré par ses camarades de classe (cf. rapports du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_, du 8 mars 2017 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre X. \_\_\_\_\_, du 27 octobre 2017 de la Dre Y. \_\_\_\_\_). Par ailleurs, les différents enseignants et médecins relèvent de manière unanime que le recourant dispose d'une intelligence normale à supérieure, que ses résultats sont bons ou corrects et qu'il est bien intégré en classe (cf. notamment rapports du 9 juin 2015 des Dres II. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_, du 13 octobre 2015 du Dr G. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_, du 27 octobre 2017 de la Dre Y. \_\_\_\_\_, bilan psychologique du 15 décembre 2017 de W. \_\_\_\_\_, document intitulé " Canevas pour réseau ou entretien " du 2 mars 2018 établi par la Direction de l'Etablissement E. \_\_\_\_\_, rapports du 8 mars 2017 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre X. \_\_\_\_\_, du 23 février 2018 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre AA. \_\_\_\_\_). Force est dès lors de constater que les indications des parents s'agissant de l'intégration sociale et du niveau de dangerosité du recourant pour les autres, ne correspondent pas aux observations recueillies par les médecins et professeurs, ainsi qu'aux propos du recourant lui-même. d) Il est finalement relevé qu'il résulte de l'ensemble du dossier que les parents du recourant adoptent très souvent une attitude d'opposition par rapport au corps médical ou enseignant, que leur collaboration n'est pas régulière et qu'ils ont une tendance à changer fréquemment et systématiquement de médecins, plusieurs intervenants, dont l'enquêtrice, ayant relevé un « shopping médical » au demeurant néfaste au recourant (à cet égard, voir notamment les rapports du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_ qui parlent de « nomadisme médical » et du 23 février 2018 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre AA. \_\_\_\_\_ qui font état « d'une prise en charge anarchique du dossier », du fait que « la situation est conflictuelle malheureusement et que le suivi « tous azimuts » délétère pour l'enfant » et d'un « shopping médical » devant cesser). Plus encore, les parents sont dans une attitude de surprotection et peine à encourager l'autonomisation de leur fils (cf. notamment rapports du 9 juin 2015 des Dres II. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_). Cela est en particulier soulevé, d'une part, par la Dre B. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ qui indiquent que l'assuré est « englué » de manière dominante dans des relations duelles – notamment avec sa mère –, se faisant alors traiter comme un enfant plus jeune qu'il ne l'était, malgré ses tentatives d'autonomisation (cf. rapport du 7 décembre 2015), et, d'autre part, par le Dr K. \_\_\_\_\_ qui relève que la dépendance relationnelle de la mère doit être très grande (cf. rapport du 12 avril 2018).

C'est toutefois la Dre Y. \_\_\_\_\_ qui revient particulièrement sur cette thématique, en posant comme hypothèse diagnostique une surprotection parentale (CIM-10 Z.62.1) chez l'assuré. Dans ce cadre, elle fait état des difficultés d'autonomie et de la surprotection constatées, ainsi que de la grande culpabilité des parents, ces derniers essayant d'éviter à leur fils toutes frustrations ou souffrances risquant de péjorer les tics (cf. rapport du 20 février et 27 octobre 2017). Elle souligne également qu'à l'occasion d'un entretien en urgence du 21 septembre 2017, elle a constaté un grand décalage entre l'état clinique du recourant, le contexte scolaire et l'ampleur de l'inquiétude des parents. On constatera par ailleurs qu'à la suite de cet entretien, les parents mettront fin à la prise en charge par la Dre Y. \_\_\_\_\_. Il découle dès lors de ces constatations que les seules impressions des parents quant au besoin de surveillance ne saurait être retenues. Tel est en particulier le cas s'agissant des déplacements à l'extérieur, pour lesquels les parents indiquent que la mère doit accompagner le recourant partout, de peur qu'il n'agresse un autre enfant, et en particulier pour les trajets pour se rendre à l'école. En ce qui concerne particulièrement la surveillance durant lesdits trajets, il ne ressort d'ailleurs pas des déclarations des parents données lors de l'enquête à domicile – version à laquelle la préférence doit être donnée (cf. consid. 4c supra) –, que le recourant ne serait pas en mesure de prendre les transports en commun seul ou nécessiterait une surveillance accrue durant les transports, mais bien plutôt qu'il doit toujours prendre le même chemin, soit le même bus à la même heure. Un surcroît de temps à titre de surveillance permanente personnelle à cet égard ne saurait dès lors être pris en considération.

#### **E. 8**

Eu égard à ce qui précède (cf. consid. 6 et 7 supra), il appert que les conditions d'une surveillance personnelle permanente, en application de l'art. 39 al. 3 RAI, ne sont pas remplies, aucun surcroît de temps à cet égard ne devant dès lors pas être pris en compte. S'agissant des surcroûts de temps liés aux traitements et aux soins de base, au sens de l'art. 39 al. 2 RAI, ceux reconnus par l'intimé ne sont également pas suffisants pour ouvrir le droit à un supplément pour soins intenses. En effet, le total des surcroûts de temps liés aux soins de base (une heure et 52 minutes) reste nettement inférieur aux quatre heures par jour légales requises, au sens de l'art. 39 al. 1 RAI. Tel est également le cas même en considérant les points n'ayant pas fait l'objet d'une instruction détaillée de l'intimé, soit les suppléments de temps nécessaires, d'une part, pour les visites médicales (d'ailleurs estimé à douze minutes par jour par le recourant) et, d'autre part, pour les exercices de physiothérapie (cf. consid. 6b et 6c/bb supra). Finalement, il n'existe pas de surcroît de temps consacré aux traitements. Le deuxième grief du recourant doit partant être intégralement rejeté, celui-ci ne se voyant pas reconnaître le droit à l'allocation d'un supplément pour soins intenses (art. 42ter al. 3 LAI).

#### **E. 9**

Dans un ultime grief, le recourant se prévaut de l'art. 48 al. 2 LAI, faisant valoir qu'il ne lui était objectivement pas possible de reconnaître qu'il existait un droit à des prestations de l'intimée avant le bilan neuropsychologique du 15 décembre 2017. Dans cette mesure, il devrait bénéficier du versement de l'allocation pour impotent, accompagnée d'un supplément pour soins intenses, pour une période plus longue que les douze mois qui précédaient sa demande du 27 décembre 2016. a/aa) En vertu de l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée,

conformément à l'art. 40 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit à l'allocation pour impotent est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1. Ce dernier renvoi résulte néanmoins d'une inadvertance survenue lors de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI et concerne en réalité l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Cette dernière disposition prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. Dès lors que les conditions posées par cet article, s'agissant du droit à la rente d'invalidité, sont applicables par analogie au domaine des allocations pour impotent, il en résulte qu'un droit à une telle prestation ne peut pas naître avant l'échéance d'un délai de carence d'une année à compter de la survenance de l'impotence (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5 ; TF 9C\_326/2017 du 28 septembre 2017 consid. 3.1). Par ailleurs, à teneur de l'art. 35 al. 1 RAI, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées. Cette disposition concerne le début du versement de l'allocation pour impotent (Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, ad art. 42, no 72). bb) L'art. 48 al. 1 LAI prévoit néanmoins que si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires, présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Cela signifie qu'en principe, si la demande d'allocation pour impotent a été déposée tardivement – c'est-à-dire plus de douze mois après la naissance du droit –, l'allocation ne peut en principe être accordée rétroactivement que durant douze mois au maximum à compter du dépôt de la demande (Valterio, op cit. , ad art. 42, no 70). Toutefois, l'art. 48 al. 2 LAI précise que les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues s'il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) et il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b). Selon la jurisprudence, cette disposition s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations (ATF 102 V 112 consid. 2a ; TF 9C\_166/2009 du 22 avril 2009 consid. 3.2). Un tel état de fait n'est admis que de manière très restrictive par la jurisprudence (ATF 139 V 289 consid. 4.2 ; Valterio, op. cit. , ad art. 48, no 5), en particulier dans les cas de schizophrénie (ATF 108 V 226 consid. 4 ; arrêts du TFA I 824/05 du 20 février 2006 consid. 4.3 ; I 705/02 du 17 novembre 2003 consid. 4.3 ; I 141/89 du 1<sup>er</sup> mars 1990 consid. 2b), d'un trouble de la personnalité grave (arrêt du TFA I 205/96 du 21 octobre 1996 consid. 3c) ou proche de la psychose schizophrénique (arrêt du TFA I 418/96 du 12 novembre 1997 consid. 3b), ou encore accompagné d'un alcoolisme chronique (arrêt du TFA I 149/99 du 16 mars 2000 consid. 3b), d'incapacité de discernement suite à de graves troubles psychiques (arrêt du TFA I 71/00 du 29 mars 2001 consid. 3a) ou encore en cas de dépression grave (ATF 102 V 112 consid. 3). Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnaient droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, les faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré ne pouvaient pas connaître, au sens de l'art. 48 al. 2 phr. 2 LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 consid. 2c). b) En l'espèce, le recourant est suivi de manière régulière, par la Prof. J. \_\_\_\_\_ notamment, depuis le mois de mai

2015, moment de son hospitalisation auprès de l'A. \_\_\_\_\_ ensuite d'une violente récurrence des tics, celle-ci ayant débuté au début de l'année 2015 en raison d'une séparation d'une semaine d'avec la mère (cf. notamment rapports du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_ et du 28 juillet 2016 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_). L'enquêtrice a d'ailleurs pris en compte le mois de mai 2015 pour déterminer le début du besoin d'aide aux actes de la vie quotidienne (cf. rapport d'enquête du 20 novembre 2018). On peut ainsi admettre que cette date correspond à la péjoration de l'état de santé du recourant, ayant dès lors nécessité des besoins d'aide particulière. La demande ayant été déposée le 27 décembre 2017, c'est à juste titre que l'intimé a dès lors alloué les prestations uniquement pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, soit dès le 27 décembre 2016 (art. 48 al. 1 LAI). Cette appréciation ne porte ainsi pas le flanc à la critique. De surcroît, on ne saurait faire application de l'art. 48 al. 2 LAI en l'occurrence, dans la mesure où existaient des manifestations objectivement reconnaissables pour les parents du recourant depuis l'âge de quatre à six ans déjà, l'intéressé ayant souffert de tics simples de manière transitoire, avec onomatopées (cf. notamment rapports du 19 juin 2015 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_, du 5 octobre 2015 de la Dre KK. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_, du 7 décembre 2015 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et d'U. \_\_\_\_\_, du 12 avril 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_ et du 28 juillet 2016 de la Prof. J. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_). Plus encore, dans leur demande de prestations du 27 décembre 2017, les parents ont mentionné que le recourant avait besoin d'une aide pour les soins médicaux et infirmiers, sous la forme notamment de thérapie et de consultations chez des spécialistes depuis la naissance et surtout à l'âge de quatre ans, ainsi que d'une surveillance régulière et importante dans la vie quotidienne depuis la naissance. Dans ce contexte, il n'est dès lors pas décisif que le diagnostic n'ait été posé de manière définitive que tardivement, soit au moment du bilan neuropsychologique du 15 décembre 2017. Les parents étaient en effet tout à fait à même de réaliser les troubles de leurs fils, dès mai 2015 dans tous les cas, même s'ils ignoraient que ceux-ci donnaient droit à une allocation pour impotence. Il résulte de ce qui précède que le recourant ne peut se prévaloir de l'exception de l'art. 48 al. 2 LAI, son dernier grief devant dès lors également être rejeté et la position de l'intimé confirmée sur ce point.

#### **E. 10**

Il n'y a pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'espèce, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir de procéder à son audition et à celle de sa mère.

#### **E. 11**

a) Eu égard à ce qui précède, le recours déposé par D. \_\_\_\_\_ est rejeté et la décision entreprise rendue le 10 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu

d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.