

VD_GERICHTE ZD13.028784 vom 14. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.028784

FR: VD_GERICHTE ZD13.028784 du 14 avril 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.028784 del 14 aprile 2014

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 178/13 - 79/2014 ZD13.028784 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 14 avril 2014 _____ Présidence de Mme THALMANN Juges : M.

Neu et Mme Röthenbacher Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :

A.S. _____, à Echallens, recourante, représentée par ses parents B.S. _____ et

C.S. _____, tous deux à Echallens, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ 402

- 2 - Art. 17 al. 2 LPGA; 42bis et 42ter al. 3 LAI; 35 al. 2, 37, 39 et 88bis al. 2 let. a RAI

- 3 - E n f a i t : A. A.S. _____ (ci-après: l'enfant, l'assurée ou la recourante), née le 18 novembre 2000 à [...], représentée par ses parents, a déposé une première demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus le 5 janvier 2001. Il était indiqué s'agissant du genre d'atteinte "Affection néonatale". Dans un rapport médical du 12 février 2001, consécutif à un séjour de l'enfant du 5 janvier 2001 au 22 janvier 2001, le Dr R. _____, médecin adjoint de la division de néonatalogie du CHUV, a posé les diagnostics d'insuffisance respiratoire primaire de la prématurité, de canal artériel persistant, de syndrome bradyapnéique du prématuré, d'hyperbilirubinémie, d'anémie de la prématurité, d'hypoglycémie néonatale, de suspicion d'infection néonatale, d'hypothermie et d'arythmie cardiaque. Il indiquait qu'à son avis, l'enfant remplissait les critères des chiffres 313, 494, 497 et 498 OIC (ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21). La discussion et l'évolution du cas de l'assurée étaient décrits comme il suit: "Durant son séjour en Néonatalogie, A.S. _____ a présenté les problèmes suivants: - Prématurée de 27 semaines avec un poids minimum de 920 g le 21.11. Reprise du poids de naissance le 7.12. - Respiration inefficace pendant 5 min, prise au ballon difficile avec une mauvaise entrée d'air. L'enfant est mise sous CPAP et les besoins d'oxygène diminuent rapidement. La RX ne montre pas d'infiltrat parenchymateux. Le diagnostic est une insuffisance primaire de la respiration due à la prématurité. La CPAP peut être arrêtée le 28.12. - Hypothermie à 35.5°C pendant le transport en Néonatalogie, se normalisant par la suite. - Hypoglycémie à 1.5 mmol/l à 40 min de vie, se normalisant après augmentation des apports i.v, sans récurrence. - Risque infectieux maternel (leucocytose à 16.9 G/l et CRP qui s'élève à 32 mg/l). Le bilan infectieux (hémocultures et sécrétions nasopharyngées) et les signes biologiques étant négatifs, le Clamoxyl et la Garamycine sont interrompus après 3 jours.

- 4 - - Bradyapnées répétées: introduction de caféine le 19.11. Mauvaise réponse thérapeutique en raison de la persistance d'un canal artériel. Après traitement de celui-ci, diminution significative des bradyapnées. - Hyperbilirubinémie sans incompatibilité ni hémolyse: photothérapie pendant 24 h, stoppée le 20.11. - Acidose métabolique (pH 7.25, Bic 20.5 mmol/l, EB - 5.8 mmol/l, pH urinaire à 8) mise sur le compte du canal artériel et

d'une perte urinaire de bicarbonate due à la prématurité. Normalisation progressive de l'acidose les jours suivants, sans supplémentation. - Le 21.11 (J4) découverte d'un souffle systolique 2/6 au mésocarde avec des poulx bondissants. L'US cardiaque révèle un canal artériel. Après 3 doses d'Indocid bien tolérées, l'US cardiaque du 23.11 montre la disparition du canal. Lors de l'US cérébral de contrôle du 19.12, le flux systolique inversé fait évoquer une réouverture. L'US cardiaque ne permet pas d'être catégorique, il montre un petit flux qui pourrait être un petit canal ou une collatérale. L'examen répété le 27.12 montre l'absence de canal artériel mais deux petites collatérales aorto-pulmonaires. - Anémie (Hb à 114 g/l) avec augmentation des bradyapnées. Transfusion de 10 cc/kg de culot érythrocytaire. Par la suite, nouvelle transfusion le 28.12 pour impossibilité de sevrage de CPAP et Hb à 102 g/l. - Cloison nasale très inflammatoire en raison de la CPAP.

Amélioration après mise en place d'un masque de CPAP. - Premier épisode de tachycardie à 200-210/min durant 2 h, s'amendant spontanément. A 3 semaines de vie, cet épisode peut faire évoquer un Wolf-Parkinson-White. L'ECG est normal et, de l'avis des cardiologues, il n'y a pas de traitement nécessaire. Pas de nouvel épisode par la suite. Dosage de la caféine à un taux thérapeutique. Status à la sortie: Poids 2120 g (P50-90), taille 42 cm (P10-50), PC 29.5 cm (P10-50). Bon état général, bien colorée, perfusée et hydratée, FC 160/min, FR 50/min, TA 68/32/42 mmHg. Système respiratoire: eupnéique, ampliation et auscultation symétriques, pas de râle ausculté. Système cardiovasculaire: poulx fémoraux normaux et symétriques, B1 et B2 bien frappés, pas de souffle. Système digestif: abdomen à niveau, souple sans masse palpable, foie de consistance normale à 1 cm du RC, rate non palpable, bruits intestinaux présents et sp. Système urogénital: OGE sp, vessie sp. Système nerveux: fontanelle antérieure normale, réflexes ostéo- tendineux vifs et symétriques, réflexes archaïques sp, comportement normal, cri normal, tonus normal. Système ostéo-articulaire: Ortolani normal. Pas de déformation ni de fracture. Le reste du status est dans les normes."

- 5 - Par communication du 10 décembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a indiqué qu'il prenait en charge les frais de traitement de l'infirmité congénitale selon chiffre 494 OIC, du 18 novembre 2000 jusqu'à la reprise par l'enfant d'un poids de 3000 grammes (mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]). B. Le 22 novembre 2005, A.S._____, représentée par ses parents, a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus, en indiquant s'agissant du genre de l'atteinte "Autres troubles envahissants du développement". Dans un rapport médical du 22 décembre 2005, le Dr X._____, chef de clinique, et A._____, psychologue assistante de l'unité [...] du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) ont posé le diagnostic d'autres troubles envahissants du développement (F84.8) existant depuis août 2005. Ces spécialistes retenaient l'existence d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 401 OIC. Leurs observations étaient les suivantes: "[...] 5. Status clinique A.S._____ est une fillette de cinq ans faisant son âge. Son contact visuel est souvent fuyant car elle s'intéresse à tout ce qui l'entoure; elle bouge beaucoup dans le bureau et touche à tout. A.S._____ parle beaucoup, sans avoir toujours un but communicationnel. Sa compréhension n'est pas toujours bonne et elle a tendance à répondre à côté de la question. Son discours est très délié et présente des erreurs de syntaxe. A.S._____ se montre par moments très familière. Elle n'est pas orientée dans le temps. Son monde imaginaire est rempli d'animaux inquiétants ou dangereux, de dragons et d'accidents. Elle s'angoisse lorsqu'elle évoque des araignées ou des dinosaures. Le jeu symbolique est difficile, car A.S._____ a tendance à jouer seule; les scènes qu'elle

présente montrent beaucoup d'agressivité et d'angoisses. Son niveau graphique est en retard par rapport à ce qui est attendu pour son âge. A.S. _____ semble faire des confusions entre intérieur et extérieur, entre fantasme et réalité. 6. Examens médicaux spécialisés

- 6 - Examen psychologique effectué le 2 mai 2005 par Mme [...], psychologue adjointe à l'Unité de développement du CHUV: L'efficacité intellectuelle de A.S. _____, mesurée sur la base du KABC, se situe dans la norme inférieure. On relève une attention légèrement déficitaire avec un décalage important entre les processus séquentiels et les simultanés, au détriment des premiers qui sont connus pour être plus sensibles à un déficit de l'attention. Les épreuves testant l'organisation spatiale sont bien réussies, les connaissances générales sont dans la norme. Sur le plan clinique, A.S. _____ présente un comportement hyperactif avec un déficit d'attention auquel s'ajoute un certain nombre de troubles associés: agressivité, provocation, problèmes de propreté. 7. Plan de traitement (début/durée), pronostic A.S. _____ est un enfant présentant une défense maniaque face à des angoisses d'être attaquée par l'objet ainsi que des angoisses de perte d'objet, constamment présentes. Ses représentations internes ne sont pas suffisamment stables, ce qui entraîne une désorganisation de la pensée. On relève une composante symptomatique de trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention. Une prise en charge dans un milieu cadrant et sécurisant nous paraît indispensable afin de lui permettre de poursuivre des acquisitions. Par ailleurs, les difficultés de A.S. _____ mettent à mal le cadre familial et déstabilisent les parents dans leur confiance en leurs capacités parentales. Nous demandons donc: - La prise en charge des mesures de scolarité spéciale. Une demande a été adressée au Centre Psychothérapeutique de l'Hôpital de l'Enfance pour que A.S. _____ y soit intégrée à la rentrée scolaire 2006. - La prise en charge des mesures médicales sous forme d'entretiens de contrôle et de soutien. Mandataire: SUPEA, Consultation [...], [...]. - La prise en charge des frais supplémentaires de garde, occasionnés par le refus de l'école d'intégrer A.S. _____ une après-midi supplémentaire par semaine. Mandataire: PHARE, Pro Infirmis, [...]. 8. Avez-vous prescrit des traitements à domicile? Non." Par décision du 22 juin 2006, l'Office AI a indiqué qu'il prenait en charge les frais d'une formation scolaire spéciale dispensée du 1er août 2006 au 31 juillet 2008. Le 10 octobre 2006, l'OAI a décidé la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale selon chiffre 401 OIC sous la forme d'entretiens de contrôle et de soutien pour la période du 2 mai 2005 au 31 juillet 2008.

- 7 - C. Le 15 mars 2007, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour personnes impotentes, précisant qu'en raison de l'impotence résultant de son infirmité congénitale elle avait besoin depuis décembre 2004, d'une aide régulière et importante pour les actes ordinaires de la vie "se vêtir/se dévêtir", "manger" (couper les aliments), "faire sa toilette" (se baigner/se doucher) et "se déplacer à l'extérieur/entretenir des contacts sociaux". Elle indiquait par ailleurs avoir besoin d'une surveillance personnelle dans "presque toutes les activités quotidiennes" à raison de quatre à huit heures par jour. En annexe à cette demande d'allocation, figurait notamment la copie d'un rapport du 20 décembre 2005 établi par l'institutrice de l'enfant attestant d'une part, de difficultés rencontrées en classe enfantine (agressivité envers ses camarades, non-respect des règles de vie en classe et du matériel, agitation et fatigue) et proposant d'autre part de placer l'enfant dans un centre psychothérapeutique de jour permettant un cadrage permanent. Dans un rapport d'enquête du 27 juillet 2007 relatif à la demande d'allocation pour impotent destinée aux mineurs, l'enquêtrice G. _____ a observé que l'atteinte à la santé de l'enfant (alors âgée de 6 ans) occasionnait le besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires

de la vie suivants: "Se vêtir: Difficulté le matin pour l'habillage. Nécessité de négocier, refuse de collaborer, se roule par terre, crie, ne se laisse pas faire, veut jouer. Souvent la maman doit se fâcher. Aucune collaboration de la part de A.S._____, souvent, enlève les vêtements à mesure. Aide totale pour l'habillage. Nécessiter de mettre les chaussures, n'a pas le sens de l'envers et de l'endroit. 30 min Lors des sorties en moyenne 2x par jour, il faut lui mettre la veste et enfiler les chaussures, sortirait en pull et en pantoufles. 2x 10 min = 20 min Le soir, nécessite de lui mettre le pyjama, joue nue dans sa chambre et ne veut pas le mettre. 5 min Se dévêtir: Sait enlever ses habits seule. Cependant, il faut négocier, répéter à plusieurs reprises

- 8 - de se déshabiller, joue ou court dans l'appartement. Fréquemment, la maman doit se fâcher. Lorsqu'elle rentre, sait enlever sa veste et enlève les chaussures, les enlève sans les détacher. Le matin enlève seule son pyjama, reste nue dans la chambre. 15 min [...] Préparer les vêtements: Aucune notion du choix des vêtements. Ne sait pas choisir en fonction de la saison ou de la température extérieure. Ne distingue pas un vêtement propre ou sale. La maman prépare les vêtements chaque matin. 5 min [...] Se coucher: Difficultés pour le coucher. A toujours des occupations, ne veut pas se coucher. Nécessité de négocier à plusieurs reprises, de répéter et souvent il faut se fâcher. A besoin de câlins pour s'endormir, c'est un rituel, une fois endormie dort très bien 15 min (non retenu car normal au vu de l'âge) 30 min [...] Couper les aliments: Nécessité de lui couper les aliments (viande, fromage, pain, peler les fruits 4x5 min). 20 min Porter les aliments à la bouche: Mange proprement, sait utiliser les ustensiles depuis 6 mois. Avant mangeait avec les mains. Est très maladroite pour boire, renverse à chaque fois le verre ou la tasse, la maman doit nettoyer et changer les vêtements. 3x5 min. 15 min [...] Faire sa toilette: Se laver: Nécessité de lui donner les consignes, ne se lave pas d'elle-même. La maman est là pour le début, lui prépare la lavette et le savon, l'installe devant le lavabo, lui dit ce qu'elle doit faire. Ne reste pas à côté de A.S._____ durant la toilette, vient contrôler après. Se lave les dents correctement, geste acquis depuis 6 mois. 10 min Se coiffer: Chaque matin, A.S._____ doit être coiffée par la maman. A les cheveux longs, c'est à chaque fois une torture. 5 min Se baigner/se doucher: Douche chaque soir. Doit mettre un bonnet car est sujette aux otites, bonnet mis par la maman car doit être mis correctement. A une cabine de douche. A.S._____ a

- 9 - peur d'entrer dans la douche, il faut l'aider et la convaincre d'y entrer. Une fois dans la douche, A.S._____ se douche seule, la maman lui fait confiance. Met de la mousse partout dans la douche, aucune importance, la laisse se débrouiller. A.S._____ tient à se doucher seule. 10 min Aller aux toilettes: Mettre en ordre les habits (avant et après être allé/e aux toilettes): A besoin d'aide pour décrocher et recrocher le pantalon, n'y arrive pas seule. Il faut l'aider à monter la jupe. 6x2 min. 12 min [...] Se déplacer à l'extérieur: Est toujours accompagnée. A.S._____ est trop confiante, n'a aucun sens du danger. N'a pas le sens de la circulation. Dehors, il faut lui tenir la main car lorsqu'elle voit quelque chose qui l'intéresse, part sans réfléchir, il faut alors la chercher. Parle avec tout le monde, partirait avec le 1er venu. Temps supplémentaire non pris en compte pour soins intenses. [...] L'assuré a-t-il (elle) besoin d'accompagnement pour se rendre chez le médecin ou le thérapeute: CHUV 1x par an 3h/an Unité développement 1x par an 3h/an CPT 1x par mois 90 min/mois Total: 4 min/jour" Il en résultait un total de 181 minutes (177 min. + 4 min.), soit trois heures et une minute, correspondant au temps supplémentaire total par jour fourni par les parents de l'enfant. Le rapport mentionnait en outre ce qui suit : "4.3 Indications

concernant la surveillance personnelle : 4.3.1 L'assuré(e) a-t-il/elle besoin d'une surveillance personnelle (présence d'un tiers) ? x oui o non x de jour o de nuit Si oui sous quelle forme et dans quelle mesure ? Peut rester seule dans sa chambre ¼ h maximum à condition qu'elle soit occupée. Change très souvent d'activité, est vite lassée. Sans surveillance, A.S._____ est capable de couper ses habits, de détruire ses jouets, joue avec l'eau et tout déborde.

- 10 - La maman doit toujours avoir un œil sur elle car A.S._____ fait vite des bêtises. Si se sent seule, appelle la maman, si ne répond pas de suite présente, panique et se met à pleurer." Le 21 septembre 2007 en complément aux mesures médicales précédemment allouées les 22 juin 2006 et 10 octobre 2006, soit une formation scolaire spéciale et un traitement institutionnel, l'OAI a également décidé la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale selon chiffre 401 OIC sous la forme d'une psychothérapie individuelle, du 11 juin 2007 au 30 juin 2010. Au terme d'un projet de décision du 28 février 2008 intitulé "Droit à une allocation d'impotence pour mineurs", l'Office AI proposait l'octroi d'une allocation pour une impotence de degré faible à l'assurée pour la période du 1er décembre 2005 (issue du délai d'attente d'une année) jusqu'au 31 janvier 2007. De ses constatations, il résultait que depuis décembre 2004, l'enfant avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir deux actes ordinaires de la vie ("se vêtir/se dévêtir" et "manger"). A teneur d'un second projet de décision daté du même jour et intitulé "Droit à une allocation d'impotence pour mineurs (augmentation)", l'OAI proposait l'octroi d'une allocation pour une impotence de degré moyen à l'assurée pour la période du 1er février 2007 (3 mois après ses 6 ans, article 88a al. 2 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]) jusqu'au 30 novembre 2018 (révision) ainsi que la prise en charge d'un supplément pour soins intenses d'au moins 4 heures par jour. Selon ses constatations, l'enfant avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir cinq actes ordinaires de la vie ("se vêtir/se dévêtir", "manger", "faire sa toilette", "aller aux toilettes" et "se déplacer à l'extérieur") ainsi que d'une surveillance personnelle et permanente. L'OAI précisait que par rapport aux enfants en bonne santé âgés de 6 ans, le temps de soins et de surveillance lié à l'atteinte à la santé s'élevait à au moins quatre heures par jour.

- 11 - L'Office AI a intégralement confirmé la teneur de ses projets précités, par décisions rendues le 13 mars 2008. Ces décisions sont entrées en force. Dans un rapport médical intermédiaire du 27 août 2008, la Dresse Z._____, médecin associée et H._____, psychologue assistante du SUPEA ont noté une évolution favorable de l'enfant, le pronostic étant bon sans toutefois que les frais supplémentaires d'assistance et de surveillance personnelle découlant du handicap ne soient modifiés. Le 27 janvier 2009, l'OAI a décidé la prolongation de la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale selon chiffre 401 OIC sous la forme de traitement avec les packs, d'entretiens de soutiens individuels, de groupe et familiaux, pour la période du 1er août 2008 au 30 juin 2010. Les 30 novembre 2010 et 8 septembre 2011, l'OAI a également décidé la prolongation de la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale selon chiffre 406 OIC sous la forme d'une psychothérapie individuelle précédemment octroyée, ceci jusqu'au 30 juin 2013. D. Dans le cadre d'une révision d'office du droit à la prestation d'allocation pour impotence initiée en février 2012, les parents de l'enfant ont complété le questionnaire idoine, le 16 mars 2012. Ils mentionnaient que l'enfant avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir quatre actes ordinaires de la vie ("se vêtir/se dévêtir",

"se lever/s'asseoir/se coucher", "faire sa toilette" et "se déplacer dans l'appartement/à l'extérieur/entretenir des contacts sociaux") ainsi que d'une surveillance personnelle de jour quotidienne depuis novembre 2006. Sous la rubrique "Annexes et remarques complémentaires", les parents de l'assurée indiquaient que cette dernière était scolarisée depuis janvier 2012 jusqu'à juin 2012 en classe de développement à [...] et qu'en fonction de ses résultats, elle resterait à [...] ou devrait retourner dans une école spécialisée à [...].

- 12 - Dans un rapport médical du 24 avril 2012, le Dr W. _____, spécialiste en pédiatrie et médecin traitant, a posé le diagnostic de troubles envahissants du développement (posé en 2005) avec retard mental modéré (QI 87, selon rapport médical du 20 décembre 2012 de B. _____, psychologue-psychothérapeute FSP/ASP). Ce pédiatre mentionnait le chiffre 401 OIC en précisant que l'état de santé s'améliorait, des mesures médicales étant susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur. Il indiquait par ailleurs la nécessité d'une surveillance personnelle de l'assurée depuis 2005 en raison de l'absence d'autonomie dans les gestes quotidiens. Le Dr W. _____ indiquait en outre ce qui suit: "4.1 [...] Elle a été prise en charge par le [...] jusqu'à la fin 2011, pour des raisons personnelles pratiques, les parents ont souhaité qu'elle intègre l'école publique, avec soutien spécialisé ce qui s'est réalisé depuis début 2012. A.S. _____ s'est intégrée mais continue de poser beaucoup de problèmes de comportement (oppositionnel, autonomie) et de développement. Elle devrait bénéficier d'ergothérapie-physiothérapie, de soutien psychothérapeutique et de devoirs surveillés. Des réseaux avec l'école sont régulièrement organisés. A.S. _____ reste limitée dans ses capacités d'autonomie quotidienne. [...]" Le 14 août 2012, l'OAI a indiqué qu'au vu de la pathologie de base de l'enfant, il était indispensable que l'assurée soit examinée par un médecin pédopsychiatre (privé ou SUPEA) afin de justifier, le cas échéant, le droit à l'ergothérapie annoncé. Au terme d'un second rapport médical du 18 septembre 2012, le Dr W. _____ a justifié le suivi d'une telle mesure en raison de la persistance chez l'enfant, de difficultés dans tous les domaines et surtout dans la gestion des tâches. De l'avis du pédiatre, l'ergothérapie devait permettre l'acquisition de nouvelles informations par l'enfant et instaurer un suivi de son cursus scolaire. Dans un rapport d'enquête du 19 novembre 2012, l'enquêtrice L. _____ a observé que l'atteinte à la santé de l'enfant (alors âgée de 12 ans) générerait le besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants:

- 13 - "Se vêtir: Le matin, il faut donner l'impulsion et négocier jusqu'au moment où l'acte a démarré. Les habits sont donnés à A.S. _____ dans la main. Temps: 10 min. La jeune fille enfle seule ses habits en plusieurs étapes après négociation et demande de changer ces derniers en cas de nécessité. Un passage est nécessaire pour rectifier la tenue vêtements de travers etc. L'utilisation des fermetures éclair n'est pas acquise. Temps: 5 min. La manipulation des boutons et la notion endroit/envers sont maîtrisées depuis environ 2009. L'intéressée est indépendante pour l'utilisation des chaussures simples et courantes. Le soir: l'assurée enfle seule son pyjama. Les vêtements sont jetés sur le sol. La maman doit les ranger. Temps: 5 min. Pour les sorties, soit environ 4x/j. une aide est requise pour fermer la fermeture-éclair. La maman ne trouve pas toujours des vestes avec boutons. Temps: 10 min. Se dévêtir: A.S. _____ enlève seule son pyjama et ses vêtements de manière fractionnée. Ceci après négociation qui peuvent se prolonger certains jours. Plusieurs passages sont nécessaires. A l'arrivée à la maison, l'assurée enlève seule ses vêtements et ses chaussures sans les ranger. Temps: 15 min. [...] Préparer les vêtements: Les habits sont préparés par la

maman, le choix final se fait en accord avec l'intéressée. Sans aide, cette dernière hésite «des heures» sur le choix de vêtements. Temps: 5 min. [...] Faire sa toilette Se laver: A.S. _____ gère de manière indépendante sa toilette. Ceci sur incitation au lavabo le matin. Idem pour les produits. Lavage des dents 2x/jour il faut inciter verbalement plusieurs fois l'assurée à se laver les dents et contrôler que la consigne soit intégrée. Cette dernière n'a pas l'initiative ni envie d'exécuter l'acte même si ce dernier est acquis depuis plusieurs années. Temps: 2x5 min. = 10 min. Idem concernant le lavage des mains (en rentrant de l'école, après avoir été aux WC ou avant/après les repas). Temps: 8x3 min. = 24 min.

- 14 - Se coiffer: A.S. _____ se coiffe seule une supervision est nécessaire. L'acte n'est pas totalement maîtrisé, certaines parties sont «oubliées». La maman complète l'acte après négociation. Temps: 5 min. Se baigner/se doucher: Une aide est requise à préparer le matériel (enlever un maximum de produit et laisser que le strict nécessaire, l'assurée les vide tous) couler l'eau du bain. Il faut ensuite négocier pour que cette dernière entre dans la baignoire (manque d'envie et de motivation) l'intéressée préfère prendre un bain. Temps: 10 min. [...] Se déplacer à l'extérieur: L'assurée sort seule autour de chez elle et dans les environs avec un horaire précis (les chiffres digitaux sont maîtrisés). Une période d'apprentissage est nécessaire pour que cette dernière puisse se déplacer de manière autonome sur un nouveau trajet. La durée est évaluée à environ 8 mois afin de ne pas surcharger A.S. _____ avec un cumul d'informations à gérer. Temps supplémentaire non pris en compte pour soins intenses. Etablir des contacts sociaux: Une supervision est nécessaire afin de canaliser les contacts. L'intéressée est vive, spontanée, manque de discrétion, désinhibée et envahissante par moment, tendance à faire confiance à diverses personnes. La lecture simple est acquise, l'interprétation est variable. L'écriture est phonétique. [...] L'assuré a-t-il (elle) besoin d'accompagnement pour se rendre chez le médecin ou le thérapeute: Les rendez-vous chez le médecin sont considérés comme «habituels» pour un enfant de cet âge. Madame [...], ergothérapeute 1x/sem. La maman l'accompagne/chercher à la gare puis l'assurée prend le train pour 2 arrêts. Ceci depuis 6 mois. Avant c'était la maman qui gérait l'accompagnement. Temps: 1 min./j. Madame B. _____, psychologue, [...], 1x/mois, A.S. _____ va seule à proximité du domicile (la thérapeute téléphone à la maman si retard). Non pris en compte pour l'allocation pour impotent."

- 15 - Il en résultait un total de 100 minutes (99 min. + 1 min.), soit une heure et quarante minutes, correspondant au temps supplémentaire total par jour fourni par les parents de l'enfant. L'enquêtrice de l'OAI notait également que l'assurée avait besoin, depuis toujours, d'une surveillance personnelle de jour sous la forme et dans la mesure suivante: "Il faut superviser les quantités de nourriture (tendance à compenser ses difficultés) met en bouche des grosses quantités d'aliment. A.S. _____ a des réactions impulsives (jets d'objets) en cas d'énervement. Difficultés à gérer l'imprévu et ses difficultés ne sont pas intégrées, tendance à minimiser. Troubles de la mémoire et de la concentration. Risque de fuite (un épisode avec une copine). Supervision des fréquentations, naïveté. La gestion de l'argent n'est pas acquise. L'assurée reste seule à domicile des petits moments, la maman téléphone plusieurs fois pour s'assurer que tout se passe bien. La maman précise qu'il faut négocier tous les actes plusieurs fois et s'assurer au final de l'intégration et de l'exécution de la consigne." Au terme du rapport d'enquête, sous la rubrique "5. Remarques", l'enquêtrice notait les précisions suivantes: "5. Remarques (en particulier lors d'indications divergentes et éventuellement réponse aux questions posées sous chiffre 1 4) L'entretien a eu lieu avec

la maman de l'assurée. Son fils aîné est arrivé de l'école. Ce dernier avait une attitude « survoltée » il explique que sa sœur n'était pas dans le bus. La maman est inquiète et se demande si A.S. _____ va trouver une solution (un autre bus) l'intéressée arrive environ 15 minutes plus tard, la maman est soulagée. Le fils est contrarié, sa mère n'a pas acheté du jus d'orange, il part prendre son goûter dans sa chambre mécontent. La maman explique que ce dernier a eu des tests est déclaré à haut potentiel et hyperactif. L'assurée suit sa scolarité dans une classe à effectif réduit (9 élèves). Son niveau scolaire est évalué à la 4ème année scolaire. Cette dernière devrait être en fonction de son âge scolarisée en 6ème année selon la maman. A.S. _____ bénéficie d'un soutien scolaire privé qui est financé par l'API. La maman exprime plusieurs fois son inquiétude face à l'avenir de sa fille et sur l'incertitude à pouvoir vivre de manière autonome." Dans un projet de décision du 14 janvier 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une allocation pour impotence de

- 16 - degré faible dès le 1er mai 2013 jusqu'au 30 novembre 2018, le droit au supplément pour soins intenses étant supprimé au 30 avril 2013. Par communication du 8 février 2013, l'Office AI a informé l'assurée de la prise en charge des coûts du traitement d'ergothérapie ambulatoire médicalement prescrite par le Dr W. _____, en rapport avec l'infirmité congénitale selon chiffre 405 OIC, du 18 janvier 2012 au 31 janvier 2014. Par écritures des 28 janvier et 2 mars 2013, l'assurée a fait valoir ses objections contre le projet de décision du 14 janvier 2013. Par décision du 3 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision et considéré notamment ce qui suit : "En ce qui concerne l'acte « transferts posturaux », vous estimez que le temps passé à négocier, à vérifier que les consignes en question soient intégrées, les différents passages nécessaires s'apparente à l' « aide indirecte » et soit considérée comme telle. Au sujet de l'acte « manger », vous faites valoir un besoin de surveillance à chaque repas, pour limiter les quantités d'aliments que votre fille consomme. Vous nous devez de considérer cette surveillance comme une aide indirecte, car indispensable au maintien d'un certain équilibre alimentaire. L'aide est importante lorsqu'une l'assuré ne peut accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire, ou lorsqu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou, du fait de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière (ch. 8026 CIIAI). L'aide indirecte suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables, lui apportant son aide au besoin (ch. 8030 CIIAI). Il n'est donc pas possible de considérer que votre fille a besoin d'une aide « importante » pour ses transferts posturaux. Il s'agit bien plutôt de s'assurer qu'elle se lève à temps. L'acte « manger » comprend les fonctions partielles « apporter le repas au lit — couper des morceaux — amener la nourriture à la bouche — réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde ».

- 17 - La nécessité de surveiller et limiter la quantité de nourriture ne correspond à aucune des composantes partielles de l'acte. Vous attirez notre attention sur le fait que A.S. _____ est complètement déséquilibrée et cherche à tout moment la présence de sa mère, que Madame ne pourrait pas envisager un travail hors du milieu familial en raison de la présence indispensable que requiert votre fille afin d'apaiser son anxiété. La notion de surveillance personnelle permanente doit être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute

la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512, consid. 1a avec renvois), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b; cf. ch. 8020). 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 (ch. 8035 CIIAI). Cette exigence ne peut pas être réputée remplie. En effet, selon l'enquête à domicile, A.S._____ est scolarisée dans une classe ordinaire à effectif réduit; elle sort seule autour de chez elle et dans les environs avec un horaire précis. Le fait pour Madame de ne pouvoir envisager un travail en dehors du cadre familial n'est pas un élément déterminant dans ce contexte juridique. Nous ne pouvons par conséquent que maintenir le point de vue exprimé par notre projet de décision du 14 janvier 2013, à teneur suivante : « Nous avons réexaminé d'office le droit de votre enfant à l'allocation d'impotence pour mineurs ainsi qu'au supplément pour soins intenses. Bases légales Est réputé impotent celui qui, en raison de son invalidité, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 de la Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)). Dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé (art. 37 RAI). Par actes ordinaires de la vie, il faut entendre les actes suivants : - se vêtir / se dévêtir

- 18 - - se lever / s'asseoir / se coucher - manger - faire sa toilette - aller aux toilettes - se déplacer et établir des contacts Le degré d'impotence est évalué d'après les critères suivants : L'impotence est réputée grave lorsque la personne assurée, même avec la remise de moyens auxiliaires, 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. L'impotence est qualifiée de moyenne lorsque la personne assurée, même en utilisant des moyens auxiliaires, a besoin : - de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie ou - de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente. L'impotence est de degré faible si la personne assurée, même en utilisant 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 ou - d'une surveillance personnelle permanente ou - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par l'invalidité, ou - d'importants services fournis de façon régulière par des tiers, lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité physique, elle ne peut entretenir des contacts avec son entourage. Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le 1er jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées. En règle générale, tel est le cas lorsque l'impotence (de degré faible au moins) a persisté sans interruption notable pendant au moins une année. Un supplément pour soins intenses pour mineurs peut être accordé pour autant que la personne assurée ne vive pas dans un home et nécessite, en raison de son invalidité, une assistance régulière et intense d'au moins 4 heures par jour (art. 39, al. 1, du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)). L'AI connaît trois degrés d'intensités (au moins 4 heures, respectivement 6 heures et 8 heures par jour) ouvrant droit à des montants distincts.

- 19 - Le versement de l'allocation pour impotent est dû pour les journées passées à la maison. Valent comme séjour à la maison les jours durant lesquels la personne assurée y passe également la nuit. Résultats de nos constatations Au vu des renseignements figurant dans notre dossier, nous pouvons admettre que votre enfant a besoin, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir trois actes ordinaires de la vie (se dévêtir — faire sa toilette quotidienne — se déplacer à l'extérieur/contacts sociaux). Votre fille est devenue autonome pour manger (couper les aliments) ainsi que pour aller au WC (remise en état des habits). Vous relevez que votre fille nécessite un accompagnement dans certaines activités quotidiennes (négocier tous les actes plusieurs fois, s'assurer au final de l'intégration et de l'exécution de la consigne) il faut la cadrer, lui rappeler le respect des règles, des horaires. Pour indispensable que cela soit, nous ne pouvons pas considérer pour autant qu'il s'agisse d'une «surveillance personnelle permanente» au sens où l'entend l'AI (s'il [s']avère que la personne, laissée sans surveillance, mettrait en danger, de façon très probable, soit elle-même soit des tiers — ch. 8035 CIIAI). Nous constatons en outre l'existence d'un surcroît de soins d'une durée de 100 minutes par jour. Notre décision est par conséquent la suivante: - Du 01.05.2013 jusqu'au 30.11.2018 (18 ans révolus - révision), votre enfant a droit, dès le 01.05.2013, à une allocation pour une impotence de degré faible. - Les conditions mises à la reconnaissance du droit au supplément pour soins intenses ne sont plus remplies. Le droit est supprimé au 30.04.2013. La décision du 13.03.2008 No [...] est remplacée avec effet dès le 01.05.2013 — soit le 1er jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision — en application de l'art. 88bis, al. 2, let a RA[I]). Les montants journaliers correspondants sont les suivants: Allocation pour mineur impotent Séjour à domicile 2012 2013

- 20 - impotence faible Fr. 15.40 Fr. 15.60 impotence moyenne Fr. 38.60 Fr. 39.00 impotence grave Fr. 61.80 Fr. 62.40 Supplément pour soins intenses Supplément pour soins intenses à la 2013 maison d'au moins 4 heures par jour Fr. 15.60 d'au moins 6 heures par jour Fr. 31.20 d'au moins 8 heures par jour Fr. 46.80 E. Par acte du 2 juillet 2013, A.S. _____, représentée par ses parents, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Elle conclut à sa réforme en ce sens qu'elle continue à bénéficier d'une allocation pour une impotence de degré moyen ainsi qu'à la prise en charge d'un supplément pour soins intenses tels que versés jusqu'alors. Elle soutient en substance nécessiter l'aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir cinq actes ordinaires de la vie ("se vêtir/se dévêtir", "se lever/s'asseoir/se coucher", "manger", "faire sa toilette" et "se déplacer à l'extérieur") ainsi qu'une surveillance personnelle et permanente. S'agissant de l'acte "se lever/s'asseoir/se coucher", la recourante estime que le temps passé à négocier et à vérifier l'intégration des consignes ainsi que les différents passages nécessaires jusqu'à ce que les actes soient réalisés doivent être considérés en tant qu'un besoin d'aide indirecte. Concernant l'acte "manger", elle soutient que l'attention permanente au cours des repas doit également être considérée comme une aide indirecte dans la mesure où elle s'avère indispensable pour le maintien d'un certain équilibre alimentaire ainsi que pour prévenir des problèmes de santé. Pour les deux actes précités, la recourante se réfère aux chiffres 8029 et 8030 CIIAI (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité) décrivant la notion d'aide indirecte. S'agissant pour finir du besoin d'une surveillance personnelle de jour, elle estime qu'une telle présence lui est indispensable afin d'apaiser son anxiété. Elle avance que sans cela, elle perd le contrôle

- 21 - de ses facultés intellectuelles (pertes de mémoire, angoisses très fortes) ce qui peut être très handicapant pour elle. Dans sa réponse du 23 septembre 2013, l'Office AI conclut au rejet du recours ainsi qu'au maintien de sa décision rendue le 3 juin 2013. Relevant en préambule que l'acte de recours ne comporte pas d'élément nouveau par rapport aux objections formulées le 2 mars 2013, il se détermine en ces termes sur les points soulevés en l'espèce: "1. Acte se lever, s'asseoir, se coucher Le Tribunal fédéral, dans son jugement du 1er décembre 2008 (8C_562/2008), en se référant à un autre jugement du 6 octobre 2005 (I 72/05), a dit qu'un enfant qui doit être amené au lit et qui a besoin de la présence physique de sa mère pour pouvoir trouver le sommeil, nécessite l'aide régulière de tiers pour accomplir cet acte ordinaire de la vie. Il en est autrement lorsque l'aide se limite à demander à l'enfant qui se réveille la nuit de retourner au lit et de se rendormir. Ainsi, réitérer et vérifier une consigne comme en l'espèce ne constituent pas une aide indirecte au sens des ch. 8029 et 8030 CIIAI. 2. Acte manger Il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui. Un régime alimentaire (p. ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence (ch. 8018 CIIAI). En revanche, il y a impotence lorsqu'il peut manger seul, mais ne peut pas couper ses aliments lui-même, lorsqu'il ne peut manger des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (M. Valtério, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, § 2276 p. 613 et jurisprudence citée). Le fait de devoir surveiller l'enfant pour qu'il ne mange pas trop ne rentre pas dans cette définition. 3. Surveillance personnelle permanente L'élément déterminant de la définition de la surveillance personnelle et permanente au sens du ch. 8035 CIIAI est celle de la mise en danger: il faut que, sans surveillance, l'enfant mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers. Or, tel n'est manifestement pas le cas de A.S._____, laquelle est scolarisée dans une classe ordinaire à effectif réduit et sort seule autour de chez elle et dans les environs avec un horaire précis." Par réplique du 15 octobre 2013, la recourante a maintenu ses conclusions.

- 22 - 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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. 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 prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 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 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. 2. En l'espèce, est litigieuse la réduction de la prestation d'allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen dès le 1er mai

- 23 - 2013, en allocation d'impotence de degré faible ainsi que la suppression au 30 avril 2013, du supplément alloué pour soins intenses. a) Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa 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 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'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). A teneur de cette dernière disposition, les ressortissants suisses mineurs qui n'ont pas leur domicile (art. 13, al. 1, LPGA) en Suisse sont assimilés aux assurés en ce qui concerne l'allocation pour impotent, à la condition qu'ils aient leur résidence habituelle (art. 13, al. 2, LPGA) en Suisse (al. 1). Les étrangers mineurs ont également droit à l'allocation pour impotent s'ils remplissent les conditions prévues à l'art. 9, al. 3 (al. 2). Pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois (al. 3). Les mineurs n'ont droit à l'allocation pour impotent que pour les jours qu'ils ne passent pas dans un home ou, en dérogation à l'art. 67, al. 2, LPGA, pour les jours qu'ils ne passent pas dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale (al. 4). Les mineurs n'ont pas droit à l'allocation pour impotent s'ils ont uniquement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (al. 5). Le Conseil fédéral a édicté des règles d'exécution aux art. 35 ss RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), notamment au sujet de l'évaluation de l'impotence (art. 37 RAI). L'impotence peut, selon l'art. 37 RAI, être évaluée comme grave, moyenne ou faible (cf. art. 42 al. 2 LAI). L'art. 37 RAI a la teneur suivante: "1 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.

- 24 - 2 L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38. 3 L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; b. d'une surveillance personnelle permanente; c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; d. 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; ou e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38. 4 Dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé." b) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c, 125 V 297 consid. 4a et les références citées; TF 9C_168/2011 du 27 décembre 2011, consid. 2.1), les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art. 9 LPGA comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir, se coucher ; - manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et

prise de nourriture par sonde) ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. Lorsque ces actes ordinaires comprennent plusieurs fonctions partielles, il n'est pas nécessaire que l'assuré ait besoin d'assistance pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien plutôt qu'il soit

- 25 - dépendant de l'aide directe ou indirecte d'un tiers, donnée régulièrement et dans une mesure importante, pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 3b; TF 9C_839/2009 du 4 juin 2010, consid. 3.3 et les références citées; VSI 1996 p. 182 consid. 3c). L'aide est réputée régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour; c'est par exemple le cas 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 (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [(ci-après : CIIAI), valable au 1er janvier 2013, ch. 8025 ; RCC 1986 p. 510). L'aide est réputée importante notamment lorsque la personne assurée ne peut pas accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (CIIAI, ch. 8026 ; VSI 1996 p. 182 ; RCC 1981 p. 364 ; RCC 1979 p. 272). Toutefois, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas à justifier l'existence d'un cas d'impotence (TFA I 294/2000 du 15 décembre 2000, consid. 4f, et les références citées ; CIIAI, ch. 8013). En outre, en vertu de l'obligation générale de réduire le dommage, la personne assurée est tenue de prendre les mesures appropriées que l'on peut raisonnablement attendre d'elle en vue du maintien ou du recouvrement de son indépendance (vêtements adaptés, moyens auxiliaires, etc.) ; si elle omet de le faire, on ne pourra tenir compte de l'aide dont elle a alors besoin dans le cadre de l'évaluation de l'impotence (CIIAI, ch. 8085). Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie (ch. 8028 CIIAI). 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

- 26 - livré à lui-même (ch. 8029 CIIAI). 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. 8030 CIIAI). Une aide indirecte de tiers peut en outre être nécessaire dans le cas de handicapés physiques. Il en va ainsi de l'assuré qui est certes fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais qui a toutefois besoin d'une surveillance personnelle – et pas seulement générale – pour en effectuer certains (par ex. en raison d'un risque d'étouffement en mangeant, d'un risque de noyade dans le bain, d'un risque de blessures en cas de chute dans la douche ou lors d'un déplacement [ch. 8031 CIIAI]). c) Aux termes de l'art. 42ter al. 3 LAI, l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 60 % du montant maximum de la rente vieillesse au sens de l'art. 34, al. 3 et 5, LAVS (loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, RS 831.10), lorsque le besoin de

soins découlant de l'invalidité est de 8 heures par jour au moins, à 40 % de ce montant maximum, lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins, et à 20 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins. Le supplément est calculé par jour. Le Conseil fédéral règle les modalités. Selon l'art. 39 RAI, chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42ter, al. 3, LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (al. 1). N'est pris en considération dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du

- 27 - 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). Lorsque qu'un mineur, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de deux heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures (al. 3). d) Selon 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. Selon la jurisprudence, cette disposition est notamment applicable pour les allocations pour impotent (TF 9C_653/2012 du 4 février 2013, consid. 4 et 9C_168/2011 du 27 décembre 2011, consid. 2.2). Selon l'art. 35 al. 2 RAI, lorsque, par la suite, le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis sont applicables. Le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie ou au cours duquel le bénéficiaire du droit est décédé. D'après l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution

- 28 - d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. 3. a) S'agissant en premier lieu de l'acte "se lever/s'asseoir/se coucher", selon le ch. 8015 CIIAI, il y a impotence lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Si lors de l'enquête réalisée en juillet 2007, il a été observé des difficultés pour le coucher de l'assurée justifiant un besoin d'aide régulière et importante d'autrui à raison de trente minutes par jour, tel n'est plus le cas à l'occasion de l'enquête réalisée en novembre 2012, l'enquêtrice L._____ ne retenant plus aucun besoin d'aide pour l'accomplissement de cet acte ordinaire de la vie. Contrairement à ce qu'avance la recourante, on ne saurait assimiler le temps passé à négocier/vérifier l'intégration des consignes ainsi que les divers passages nécessaires à la réalisation des actes se lever/s'asseoir/se coucher à une aide indirecte de tiers au sens des ch. 8029 ss CIIAI. Ainsi que le relève à raison l'intimé dans sa réponse, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'aide qui se limite à demander à l'enfant qui se réveille durant la nuit de retourner au lit pour se rendormir n'est pas constitutif d'une aide régulière de tiers pour accomplir cet acte ordinaire, contrairement au cas de l'enfant devant être amené au lit

et dont la présence physique de la mère est nécessaire à son sommeil (cf. TF 8C_562/2008 du 1er décembre 2008, consid. 8.2 et son renvoi aux développements figurant à l'arrêt TFA I 72/2005 du 6 octobre 2005, consid. 3.1). On relève par ailleurs que dans ses rapports médicaux des 24 avril et 14 août 2012, le pédiatre (Dr W. _____) ne fait aucune allusion à de telles difficultés. C'est par conséquent à raison que l'intimé retient dans sa décision, l'absence de besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir l'acte "se lever/s'asseoir/se coucher". b) Concernant ensuite l'acte "manger", il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui (TF 8C_728/2010 du 28 janvier 2011, consid. 2.4). Un régime alimentaire (par ex. dans le cas de diabétiques) ne

- 29 - justifie pas un cas d'impotence. En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul mais ne peut pas couper ses aliments lui-même, lorsqu'il ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (ch. 8018 CIIAI). Lors de l'enquête réalisée en juillet 2007, il a été observé des difficultés pour l'acte manger (couper les aliments et les porter à la bouche) justifiant un besoin d'aide régulière et importante d'autrui à raison de trente-cinq minutes par jour. Pareille constatation ne ressort plus à l'occasion de l'enquête réalisée en novembre 2012, l'enquêtrice L. _____ retenant aucun besoin d'aide pour l'accomplissement de cet acte ordinaire de la vie. Contrairement à ce que soutient la recourante, la surveillance durant les repas pour s'assurer qu'elle ne mange pas trop ne rentre pas dans la définition de l'impotence pour l'acte en question au sens du ch. 8018 CIIAI précité. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé retient dans sa décision l'absence de besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir l'acte "manger". c) S'agissant pour terminer de la notion de surveillance personnelle et permanente, elle ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie mais doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512, consid. 1a avec renvois), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b; cf. ch. 8020). 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 question de savoir si une aide ou surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré (TF 9C_608/2007 du 31 janvier

- 30 - 2008, consid. 2). En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impotence, 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 (ch. 8035 CIIAI). Pour les mineurs, une surveillance permanente peut ouvrir le droit à un supplément pour soins intenses (ch. 8039 CIIAI). En l'occurrence, lors de l'enquête réalisée en juillet 2007, il avait été admis que par rapport aux enfants en bonne santé âgés de 6 ans, l'assurée nécessitait une surveillance personnelle et permanente d'au moins quatre heures par jour, l'enquêtrice ayant indiqué que sans surveillance, A.S. _____ était capable de couper ses habits, de détruire ses jouets, joue avec l'eau et tout déborde, sa mère devant toujours avoir un œil sur elle car elle faisait vite

des bêtises. Elle mentionnait aussi que si l'enfant se sentait seule, elle appelait sa mère et que si elle ne répondait pas tout de suite, elle était prise de panique et se mettait à pleurer. Elle ne pouvait rester seule dans sa chambre qu'un quart d'heure maximum et à condition qu'elle soit occupée. Elle ne pouvait se déplacer seule à l'extérieur. En novembre 2012, l'enquêtrice estimait certes que l'assurée nécessitait toujours une telle surveillance. Toutefois, il n'y a plus de description d'un comportement hyperactif, l'assurée pouvant rester seule de petits moments à la maison moyennant plusieurs appels téléphoniques de sa maman afin de s'assurer que tout se passe bien. L'assurée a intégré l'école publique, comme indiqué dans le questionnaire du 16 mars 2012. Elle sort seule autour de chez elle et dans les environs avec un horaire précis et prend seule le train depuis six mois pour se rendre à sa séance hebdomadaire d'ergothérapie, sa mère l'amenant à la gare et allant l'y rechercher. Elle se rend également seule chez la psychologue qui habite non loin de son domicile. Elle semble en outre rentrer parfois en tout cas seule de l'école puisque le jour où l'enquêtrice était à son domicile, le frère de l'assurée a déclaré que celle-ci n'était pas dans le bus, ce qui a

- 31 - inquiété sa mère, qui se demandait si A.S._____ allait trouver une solution, soit un autre bus, celle-ci étant finalement arrivée environ 15 minutes plus tard. Ces faits démontrent que la recourante peut non seulement rester seule chez elle mais qu'elle est également autonome pour plusieurs déplacements habituels à l'extérieur. Le risque de mise en danger très probable soit de l'enfant lui-même soit des tiers au sens du ch. 8035 CIIAI n'est ainsi pas réalisé de sorte que la nécessité d'une surveillance ne peut être admise. La recourante n'a dès lors plus droit à la prise en charge d'un supplément pour soins intenses. d) En conclusion, depuis novembre 2012, date du rapport d'enquête, la recourante est autonome pour l'acte de manger et celui de se lever/s'asseoir et se coucher, ce qui lui ouvre le droit à une allocation pour impotent de degré faible. Depuis cette date, elle n'a plus droit non plus à la prise en charge d'un supplément pour soins intenses. L'amélioration a ainsi duré plus de trois mois lorsque la décision litigieuse a été rendue le 3 juin 2013 conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. En application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, cette modification prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, soit dès le 1er août 2013 et non le 1er mai 2013 comme l'a retenu l'OAI. 4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être très partiellement admis, la décision attaquée du 3 juin 2013 étant réformée en ce sens que la recourante a droit à l'octroi d'une allocation pour une impotence de degré faible pour la période du 1er août 2013 au 30 novembre 2018 (18 ans révolus – révision). Son droit au supplément pour soins intenses étant supprimé avec effet au 31 juillet 2013.

- 32 - b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'a pas eu recours aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). c) Au vu des circonstances, le présent arrêt doit être rendu sans frais. 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 3 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à l'octroi d'une allocation pour une impotence de degré faible pour la période du 1er août 2013 au 30 novembre 2018. Son droit au supplément pour soins intenses est supprimé avec effet au 31 juillet 2013. III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens. Le président : Le greffier :

- 33 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - B.S._____ et C.S._____ (pour A.S._____), - Office de l'assurance-invalidité

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

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