

VD_GERICHTE ZD21.022245 vom 26. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.022245

FR: VD_GERICHTE ZD21.022245 du 26 janvier 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.022245 del 26 gennaio 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 206/21 - 29/2023 ZD21.022245 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 26 janvier 2023 _____ Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Gauron-Carlin, juges Greffière : Mme Neurohr ***** Cause
pendante entre : A.Q. _____, à [...], recourant, représenté par son père, B.Q. _____,
lui-même agissant par Me Florence Bourqui, avocate à Lausanne auprès d'Inclusion
Handicap, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE
VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 42 et 42ter LAI ; art. 37 al. 2 et 4 et 39
RAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. a) A.Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 200[...], a
commencé à souffrir de crises d'épilepsie dès l'âge de 3 ans, puis un retard mental et des
troubles du comportement ont été constatés. Le diagnostic de syndrome de Doose a
finalement été posé. L'assuré a bénéficié de la part de l'Office de l'assurance-invalidité pour
le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) de l'octroi de différentes mesures
médicales et de la prise en charge de moyens auxiliaires. Par décision du 30 avril 2009,
l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen à partir
du 1er mars 2008. Il a retenu que l'assuré avait besoin, par rapport à un enfant valide du
même âge, d'un surcroît d'aide important et régulier pour accomplir cinq actes ordinaires de
la vie, ainsi que d'une surveillance personnelle permanente. L'OAI admettait en outre un
supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de travail de 6 heures par jour. b)
Dans le cadre de la révision de ce droit initiée par l'OAI le 1er octobre 2010, les parents de
l'assuré ont indiqué le 30 octobre 2010 qu'il nécessitait de l'aide pour se vêtir/se dévêtir,
manger, se laver/se coiffer/se baigner, et aller aux toilettes. Il avait toujours besoin d'une
surveillance personnelle permanente de jour comme de nuit. A la suite d'une enquête
réalisée en juin 2011, l'OAI a informé l'assuré, le 4 août 2011, que son droit à une
allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen demeurait inchangé. Il nécessitait
toujours l'aide de ses parents pour accomplir les cinq actes ordinaires de la vie de se vêtir/se
dévêtir, manger, se laver, aller aux toilettes, se déplacer/entretenir des contacts sociaux. La
nécessité d'une surveillance personnelle permanente était également retenue. L'OAI a tenu
compte d'un supplément pour soins intenses de plus de 6 heures par jour (6h56). c) Le 3
août 2015, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision du droit à l'allocation pour
impotent de l'intéressé. Dans le

- 3 - formulaire complété le 7 septembre 2015, les parents de l'assuré ont exposé qu'il
nécessitait de l'aide pour les six actes ordinaires de la vie de se vêtir/se dévêtir, se
lever/s'asseoir/se coucher, manger (couper les aliments), se laver/se coiffer/se baigner,
s'habiller, se déplacer ainsi que d'une surveillance personnelle permanente de jour comme
de nuit. Une enquête à domicile a eu lieu le 23 août 2016. Il ressort du rapport d'enquête

établi le 14 septembre 2016 que l'assuré a besoin d'aide pour les actes de se vêtir/se dévêtir (15 minutes pour le matin, 7 minutes pour le soir, 5 minutes pour préparer les habits et 20 minutes pour mettre la veste et les chaussures), de se coucher (6 x 10 minutes), de manger (17 minutes pour déjeuner, 32 minutes pour dîner, 5 minutes pour goûter et 32 minutes pour souper), de se laver/se peigner/se baigner (12 minutes de débarbouillage, 16 minutes pour se laver les mains, 15 minutes pour se laver les dents, 20 minutes pour se baigner, 2 minutes pour se coiffer), et d'aller aux toilettes (25 minutes pour se déshabiller et se rhabiller, 10 minutes pour se nettoyer et vérifier l'hygiène). Le temps nécessaire pour les traitements était de 12 minutes par jour. L'assuré nécessitait toujours une surveillance personnelle de jour et de nuit à raison de 2 heures quotidiennement. Par décision du 17 janvier 2017, l'OAI a augmenté l'allocation pour impotent de l'assuré à un degré grave, à partir du 1er août 2015, et maintenu le supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de temps de plus de 6 heures par jour. Il a retenu que l'assuré avait besoin d'aide et de soins supplémentaires par rapport à un enfant du même âge pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie. Il nécessitait toujours cette aide pour les actes de se vêtir/se dévêtir, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes et se déplacer/établir des contacts. Depuis août 2014, un besoin d'aide supplémentaire pour se lever/s'asseoir/se coucher était reconnu. L'OAI retenait également une surveillance personnelle permanente de 2 heures par jour, dans le calcul du supplément pour soins intenses. Le surcroît de soins s'élevait à 7 heures et 5 minutes par jour (293 minutes pour les actes de la vie, 120 minutes de surveillance

- 4 - personnelle, 10 minutes pour l'administration de médicaments, 2 minutes pour l'accompagnement chez le médecin). d) Le 1er avril 2019, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision du droit à l'allocation pour impotent. Dans un formulaire complété le 4 mai 2019, les parents de l'assuré ont exposé qu'il nécessitait de l'aide pour les actes de se vêtir/se dévêtir (plus particulièrement pour le choix des vêtements), se coucher, se laver, aller aux toilettes en raison d'accidents de nettoyage, se déplacer/entretenir des contacts sociaux ainsi que d'une surveillance personnelle de jour comme de nuit. S'agissant de l'acte d'aller aux toilettes, ils ont précisé que l'assuré allait seul aux WC mais avait parfois des accidents dus au mauvais essuyage et qu'un contrôle était donc nécessaire. Le 8 février 2021, une nouvelle enquête a été réalisée au domicile de l'assuré. Dans son rapport établi le 16 février 2021, l'enquêtrice a indiqué que l'assuré avait besoin d'aide pour se vêtir/se dévêtir, représentant un surcroît de temps de 35 minutes par jour. Elle a retenu que l'assuré s'habillait désormais seul, mais avait besoin d'aide indirecte, soit une présence et une guidance. Ses parents l'aidaient à mettre sa veste et fermer la fermeture éclair. Il ne savait pas préparer ses habits selon les activités de la journée ou la météo. Un besoin d'aide de 30 minutes par jour pour se coucher était retenu par l'enquêtrice. Il était estimé à 90 minutes par les parents. Le lit à barreaux dans lequel il dormait avait été retiré et l'assuré n'avait plus besoin d'aide directe pour se coucher. Les parents devaient toutefois insister en donnant la consigne de se coucher plusieurs fois et lorsque cela ne suffisait pas, les parents devaient rester auprès de lui jusqu'à ce qu'il aille au lit. La guidance était importante, mais une fois au lit, l'assuré s'endormait seul. Il présentait encore des réveils nocturnes ; ses parents devaient alors le calmer et le remettre au lit. L'acte de manger nécessitait toujours un surcroît d'aide estimé à 82 minutes par l'enquêtrice. La situation décrite par les parents était inchangée ; l'assuré continuait à être agité, arrivait parfois à couper sa nourriture molle mais une aide directe régulière était nécessaire pour la plupart des aliments. L'intéressé avait toujours des problèmes de motricité

- 5 - et ainsi des difficultés à utiliser le couteau. S'il mangeait seul, il se tachait régulièrement. Un besoin d'aide régulier était toujours nécessaire pour la toilette, ce qui représentait un surcroît de temps de 57 minutes par jour, soit 10 minutes pour se laver/se brosser les dents le matin et le soir, ainsi que 20 minutes en moyenne durant la journée, 2 minutes pour se coiffer et 15 minutes pour se doucher. Selon les explications des parents, l'assuré était stimulé pour se laver les mains, le visage et les dents et une surveillance était nécessaire. L'assuré ne se peignait toujours pas seul. Lors de la douche, l'assuré commençait seul à se laver mais ne le faisait pas correctement ou entièrement. Lorsque les rappels ne suffisaient pas, les parents l'aidaient. L'acte d'aller aux toilettes ne nécessitait plus d'aide particulière, l'assuré se rendant désormais seul aux WC sans surveillance des parents. Il présentait parfois des habits sales après s'être mal essuyé. L'enquêtrice a encore retenu que l'assuré avait besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux, l'intéressé n'ayant toujours pas conscience des dangers potentiels de la route, ayant des difficultés à s'orienter même dans son village et n'ayant pas la notion de l'argent. Le temps nécessaire pour l'administration des médicaments, des soins astreignants et l'accompagnement à des visites médicales s'élevait à 5 minutes (2 + 2 + 1 minutes). Un besoin de surveillance personnelle permanente était toujours présent, estimé à 2 heures par jour, en raison du comportement de l'assuré qui se montrait impulsif et imprévisible. Par projet de décision du 17 février 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait réduire l'allocation d'impotence pour mineurs d'un degré grave à un degré moyen ainsi que le supplément pour soins intenses de 6 heures à 4 heures dès le 1er mai 2021. L'assuré avait désormais besoin d'un surcroît d'aide et de soins pour cinq actes ordinaires de la vie, soit se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, manger, faire sa toilette, se déplacer et entretenir des contacts sociaux. La situation avait évolué depuis la dernière évaluation et l'assuré ne nécessitait plus d'aide régulière pour l'acte d'aller aux toilettes. L'OAI a en outre constaté l'existence d'un surcroît de soins d'une durée de 5 heures et 27 minutes par jour, à savoir 204 minutes pour les actes de la vie

- 6 - quotidienne (35 + 30 + 82 + 57 minutes, référence faite à des plafonds introduits en 2018), 120 minutes pour la surveillance personnelle, 1 minute pour l'administration des médicaments et 2 minutes pour l'accompagnement aux visites médicales. L'assuré, soit pour lui ses parents, représentés par Inclusion Handicap, a contesté ce projet par correspondance du 9 mars 2021. Il a notamment contesté l'application des valeurs maximales prévues par la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIAI) qui amenait à ne jamais prendre en considération le besoin d'aide réel de l'enfant. Il a ajouté que ces directives n'avaient pas valeur de loi. Par décision du 21 avril 2021, l'OAI a alloué à l'assuré une allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen dès le 1er juin 2021, en raison de l'aide requise pour l'accomplissement des cinq actes ordinaires de la vie (se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, manger, se laver, se déplacer/entretenir des contacts sociaux) et un supplément pour soins intenses de 4 heures, confirmant son projet de décision. L'OAI a précisé qu'il devait respecter les directives émises par l'OFAS et ne pouvait s'en écarter sans motifs valables. Faire des exceptions dans chaque cas d'espèce reviendrait en outre à ne plus appliquer les recommandations émises par l'autorité de surveillance. Il importait également de suivre ces directives afin d'assurer l'égalité de traitement entre les assurés, et de s'en écarter seulement dans des cas exceptionnels. De tels motifs n'avaient pas été avancés et ne semblaient pas se présenter dans le cas d'espèce. Enfin, s'agissant du temps pris en compte, les parents de l'assuré n'avaient pas été en mesure de se déterminer, demandant à

l'enquêtrice de retenir les mêmes durées que retenues dans l'évaluation de 2016. Or, l'assuré avait grandi depuis lors et des valeurs maximales avaient été introduites en janvier 2018, ce qui expliquait les différences de temps retenu. B. Par acte du 25 mai 2021, A.Q. _____, agissant par son père B.Q. _____, toujours représenté par Inclusion Handicap, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

- 7 - contre cette décision, concluant à sa réforme en ce sens que l'allocation pour impotence de degré moyen soit accompagnée d'un supplément pour soins intenses de plus de 6 heures, dès le 1er juin 2021. Le recourant s'en est pris aux valeurs maximales contenues dans l'annexe IV CIIAI, faisant valoir qu'elles introduisaient un plafonnement contraire à la loi. Elles ne pouvaient pas non plus être suivies dès lors qu'elles introduisaient des valeurs de référence trop vagues et prenaient en considération des situations fortement dissemblables à celle présentée dans un cas particulier. Dans le cas d'espèce, l'application des valeurs maximales avait donné lieu à une réduction automatique du besoin d'aide réel, lequel avait pourtant été reconnu lors des deux enquêtes réalisées en 2016 et en 2021. Par réponse du 10 août 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a indiqué qu'il ne lui appartenait pas de remettre en question les valeurs maximales fixées par l'OFAS et qu'il était tenu de respecter les directives édictées par l'autorité de surveillance destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et à unifier, voire codifier, la pratique des organes d'exécution. Il était ainsi tenu de les appliquer afin d'assurer une égalité de traitement et ne pouvait s'en écarter sans motifs valables. Or, le recourant, bien que contestant les valeurs retenues, n'exposait pas en quoi elles ne correspondaient pas à sa situation personnelle. Il n'évoquait par ailleurs pas de motifs valables permettant de s'en écarter. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

- 8 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur le supplément pour soins intenses dès le 1er juin 2021. Le recourant ne remet en effet pas en question, dans les conclusions de son recours, l'allocation pour impotence de degré moyen. b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 21 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 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 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide

- 9 - 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). 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) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; à partir du 1er janvier 2022, ch. 2020 ss. de la Circulaire sur l'impotence [CSI] dont la teneur est inchangée), 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. c) Selon l'art. 37 al. 4 RAI, 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 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. L'impotence due à l'invalidité d'un mineur est au surplus évaluée selon les mêmes critères que celle d'un adulte (ch. 8086 ss CIIAI [à partir du 1er janvier 2022, ch. 8004 et 8018 ss CSI inchangés dans leur teneur]). Afin de faciliter l'évaluation du besoin d'assistance d'autrui, l'Office fédéral des assurances sociales a établi des recommandations concernant

- 10 - l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs (annexe III CIIAI [à partir du 1er janvier 2022, annexe II CSI dont la teneur est inchangée sur cette question]). 4. a) Selon l'art. 42ter al. 3 LAI, l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses. Ce supplément est calculé par jour. Le Conseil fédéral règle les modalités. 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). b) 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. Bien que ni la loi ni le règlement sur l'AI ne fassent expressément référence à l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), les soins de base évoqués à l'art. 39 al. 2 RAI sont bien ceux figurant à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Ils recourent partiellement les actes ordinaires de la vie mais ne peuvent y être assimilés pour autant. En particulier, l'acte ordinaire de se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur / établir des contacts sociaux avec l'entourage n'est pas un besoin de base selon la systématique légale et réglementaire mise

en place (TF 9C_350/2013 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.3 et les références citées).

- 11 - c) 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. 5. Concernant la procédure à suivre, la CIIAI précise qu'il incombe à l'office de l'assurance-invalidité de procéder à une enquête sur place portant sur l'impotence, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés. Les indications de la personne assurée, de ses parents ou de son représentant légal seront appréciées de façon critique. Le début de l'impotence et, le cas échéant, du besoin d'assistance supplémentaire sera fixé aussi précisément que possible (ch. 8131 CIIAI [à partir du 1er janvier 2022, ch. 8003 ss CSI dont la teneur est inchangée]). 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 si elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93). 6. a) La CIIAI contient à son annexe III des « Recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs » (à partir du 1er janvier 2022, annexe II CSI), précisant qu'il s'agit de normes de référence qui ne s'appliquent pas impérativement à tous les cas et qui

- 12 - doivent être appliquées avec souplesse (cf. également : TF 8C_461/2015 du 2 novembre 2015 consid. 4.3). Son annexe IV, introduite avec effet au 1er janvier 2018 (remplacée au 1er janvier 2022 par l'annexe III CSI), est intitulée « Valeurs maximales et aide en fonction de l'âge ». Elle vise à préciser le temps nécessaire à l'aide apportée en fonction de l'âge pour l'accomplissement des différents actes ordinaires de la vie. Les valeurs, qui reposent sur l'expérience des divers offices AI, sont qualifiées de « valeurs moyennes » et ont été soumises pour avis à la Société suisse de pédiatrie. L'OFAS souligne que les valeurs maximales du temps pouvant être pris en considération pour l'accomplissement de chaque acte ordinaire de la vie ont pour base le formulaire FAKT, conçu pour les assurés adultes. Des adaptations spécifiques aux mineurs s'avèrent, à son avis, justifiées, parce que ces derniers requièrent normalement moins de temps que les assurés adultes du fait que le poids et la taille sont moindres. L'annexe retient ainsi l'âge de 10 ans à partir duquel le besoin d'aide en temps serait analogue à celui qui peut être pris en considération pour un adulte. La CIIAI précise, à son chiffre 8074 (à partir du 1er janvier 2022, ch. 5010 et 5011 CSI dont la teneur est similaire) que pour garantir l'égalité de droit dans le calcul du droit au SSI, des limites maximales ont été fixées pour le surcroît de temps pouvant être pris en compte pour les soins de base et les traitements. L'annexe 3 indique ces limites ainsi que le temps normalement consacré aux soins de base pour les mineurs en bonne santé. Les limites maximales garantissent l'égalité de traitement de tous les assurés. Dans la plupart des cas, l'application des montants maximaux permet de refléter

correctement la situation de l'assuré. Les différents suppléments permettent en outre de tenir compte des spécificités propres à chaque cas. Il existe toutefois des exceptions dans lesquelles le besoin d'aide, pour des raisons médicales, est manifestement supérieur aux montants fixés. Ces exceptions concernent presque exclusivement les traitements ; le surcroît d'aide qu'elles représentent peut être pris en compte au titre des « autres mesures ». En principe, il n'est possible de déroger aux limites que lorsque le besoin d'aide, pour

- 13 - des raisons médicales, est nécessaire et supérieur (par ex. lorsque davantage d'interventions sont requises). En cas d'incertitude, il faut faire appel au Service médical régional de l'assurance-invalidité. b) 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 146 V 104 consid. 7.1 ; 146 V 233 consid. 4.2.1 ; 144 V 195 consid. 4.2 et les références). 7. a) En l'occurrence, le recourant fait grief à l'intimé de s'être référé à des valeurs maximales définies dans l'annexe IV CIIAI (qui a été remplacée par l'annexe III CSI à compter du 1er janvier 2022) pour fixer le surcroît de temps nécessaire aux soins ; l'intimé, sans remettre en question le temps effectivement consacré aux soins, aurait réduit les durées constatées pour respecter ces valeurs maximales. Le recourant soutient que ce procédé serait contraire au droit, car la loi ne prévoit aucun maximum de temps et dispose uniquement d'établir le temps consacré aux soins de l'enfant invalide, avant d'en déduire le temps à consacrer nécessairement à un enfant du même âge sans handicap. Avec le recourant, il convient de constater que l'OFAS ne peut se prévaloir d'aucune base légale pour établir un plafonnement des durées de soins admises pour les différents actes ordinaires de la vie. Tout au plus peut-il établir, dans ses circulaires, des lignes directrices en vue de faciliter l'évaluation de ces durées et de garantir l'égalité de traitement des assurés. En outre, en l'absence de base scientifique documentée et vérifiable – les informations relativement vagues figurant tant au début de l'annexe IV CIIAI que de l'annexe III CSI étant insuffisantes de ce point de vue – ces lignes directrices ne permettent pas d'établir des durées de soins sans procéder à une enquête ménagère à domicile, ni de s'écarter des durées de soins effectives qui seraient établies lors d'une telle

- 14 - enquête en renvoyant aux valeurs maximales. Conscient de ces difficultés, l'OFAS a précisé, au chiffre 8074 CIIAI (dont la teneur a été reprise au ch. 5011 CSI), que l'annexe IV CIIAI prévoit différents suppléments pour tenir compte des spécificités propres à chaque cas et précise ensuite qu'indépendamment de ces suppléments, des exceptions sont possibles lorsque dans un cas concret, le besoin d'aide est supérieur aux limites définies par la directive. La jurisprudence admet, dans le même sens, que les valeurs figurant dans l'annexe sont des références indicatives, dont l'application ne saurait être impérative (TF 8C_461/2015 du 2 novembre 2015 consid. 4.3 ; CASSO AI 60/19 – 89/2020 du 20 mars 2020 consid. 7c ; CASSO AI 227/19 – 109/2020 du 14 avril 2020 consid. 9b). Ainsi, c'est à tort que l'intimé soutient ne pas pouvoir s'écarter des valeurs maximales définies par l'annexe IV CIIAI (ou l'annexe III CSI, applicable dès le 1er janvier 2022 et dont la teneur est inchangée). Quoi qu'il en soit, comme développé ci-après, il ne pouvait pas renoncer à appliquer des suppléments admis par cette annexe. b) Dans son rapport du 14 avril 2021, l'enquêtrice a admis un surcroît de temps de 5 heures et 27 minutes par jour. En ce qui concerne en particulier l'acte de se coucher, elle a indiqué que les parents estimaient une

durée de soins de 90 minutes. Elle a pour sa part admis une durée de 30 minutes, ce qui correspond à la valeur maximale prévue à l'annexe IV CIIAI (valeur identique figurant à l'annexe III CSI). Cette annexe prévoit toutefois des suppléments de temps de 30 minutes pour un comportement récalcitrant au moment d'aller au lit, pour un enfant dès 10 ans, et un surcroît de temps de 30 minutes lorsqu'il faut calmer l'enfant durant la nuit. En l'occurrence, les parents ont exposé, de manière constante en 2016 et en 2021, qu'il fallait insister le soir pour que l'assuré aille se coucher en redonnant les consignes à de nombreuses reprises (5 à 10 fois en tout cas) et qu'il fallait constamment négocier pour qu'il accepte d'aller se coucher. L'assuré cherchait alors à embêter sa petite sœur, se montrant agité et dans le refus d'obtempérer. Étant donné que les consignes ne suffisaient pas, les parents devaient rester auprès de lui jusqu'à ce qu'il aille se coucher, sans quoi il n'y allait pas. Cela pouvait

- 15 - durer jusqu'à une heure et demie, plusieurs fois par semaine. Durant la nuit, l'assuré se réveillait régulièrement, parfois après des terreurs nocturnes, et se levait de son lit. Il était « un peu à l'ouest » pendant plusieurs secondes et il fallait le rassurer en lui expliquant où il se trouvait, en lui assurant une présence rassurante. Il allait boire un peu d'eau et était accompagné au lit avant de se rendormir facilement. L'enquêtrice a alors considéré, à juste titre, que le temps de 90 minutes en moyenne par jour, estimé par les parents, était vraisemblable. Elle a précisé qu'elle retenait le surcroît de temps évalué par les parents pour la situation actuelle, avant toutefois de le réduire sans autre justification à 30 minutes pour tenir compte de la durée maximale admise par les directives. Compte tenu de ce qui précède (cf. consid. 6 supra), ce procédé est douteux. Quoi qu'il en soit, tant l'annexe III CSI que l'annexe IV CIIAI prévoient expressément un surcroît de temps de 30 minutes pour le coucher, ainsi que des suppléments pour les comportements récalcitrants de l'enfant ou le besoin de le calmer durant la nuit. Les directives administratives litigieuses ne sont donc nullement incompatibles avec l'admission d'une durée de 75 à 90 minutes pour le coucher et la nuit, dans une situation telle que celle du recourant. Une telle durée apparaît au demeurant justifiée dans le cas d'espèce. Cela correspond à un surcroît de temps de 45 à 60 minutes supplémentaires par rapport à ce qui a été retenu par l'intimé. Le surcroît de soins total s'élève ainsi à une durée se situant entre 6 heures et 12 minutes et 6 heures et 27 minutes. c) Au vu d'un surcroît de soins d'une durée comprise entre 6 heures et 12 minutes et 6 heures et 27 minutes, le recourant a droit à un supplément pour soins intenses d'une durée de plus de 6 heures par jour, dès le 1er juin 2021. Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail le surcroît de soins du recourant dans les autres domaines de la vie quotidienne, étant précisé que rien au dossier ne laisse penser que des durées excessives auraient été admises par l'intimé, d'une part, ni qu'un surcroît de soins d'une durée de plus de 8 heures entrerait sérieusement en considération, d'autre part.

- 16 - 8. a) Partant, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à un supplément pour soins intenses d'une durée supérieure à 6 heures par jour dès le 1er juin 2021 ; elle est confirmée pour le surplus. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015

des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 21 avril 2021 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'A.Q._____ a droit à un supplément pour soins intenses d'une durée supérieure à 6 heures par jour dès le 1er juin 2021 ; elle est confirmée pour le surplus. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- 17 - IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A.Q._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Florence Bourqui (pour A.Q._____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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