

VD_GERICHTE ZD24.019945 vom 27. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.019945

FR: VD_GERICHTE ZD24.019945 du 27 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.019945 del 27 gennaio 2026

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL ZD**.* ** 120 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES
Arrêt du 27 janvier 2026

Composition : M. DÉPRAZ, président M. Piguet et Mme Livet, juges Greffier : M. Favez
***** Cause pendante entre : A. _____, à X. _____, recourante, représentée par
Procap Suisse, à Bienne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE
CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art.
37 RAI 10J010

- 2 - En fait : A. Née le jj mm 201x, A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a
présenté [des troubles neurologiques dès la naissance] (...). Suite à cette dernière crise, un
électroencéphalogramme (EEG) a été pratiqué à P. _____, (...). Le diagnostic posé est
celui d'une épilepsie focale fonctionnelle. Le jj mm aaaa, l'assurée et ses parents sont
revenus vivre en Suisse. Le 9 décembre 2018, les parents d'A. _____ ont formulé une
demande d'allocation pour impotent auprès de l'Office d'assurance- invalidité du Canton de
Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'un besoin de surveillance constante dès la
naissance dans les actes ordinaires de la vie. Sur la base d'une enquête à domicile du 28
août 2019 et des rapports médicaux, l'OAI a alloué à l'assurée, par décision du 13
septembre 2019, une allocation d'impotent pour mineurs de degré moyen à partir du 1er
juillet 2018. Un besoin d'aide pour aller aux toilettes, d'accompagnement pour toute sortie
à l'extérieur en raison de la survenance d'une éventuelle crise ainsi qu'un besoin de
surveillance particulièrement intense ont été retenus. L'OAI a retenu un total de surcroît de
temps de 2h04 (2h pour la surveillance, 2 min de supplément de temps pour les actes de la
de vie et 2 min pour l'accompagnement aux visites médicales et thérapies). Le montant
journalier de l'allocation se montait à 39 fr. 20 pour l'année 2018 et à 39 fr. 50 dès l'année
2019. B. Le 21 mars 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de procéder à une
révision du droit à l'allocation d'impotence et a formulé une demande de renseignements.
Selon un rapport du Dr B. _____, spécialiste en pédiatrie, remis à l'OAI le 22 juin 2022,
l'assurée avait cessé de prendre sa médication antiépileptique depuis le mois de mai 20xx. Il
y avait depuis lors une 10J010

- 3 - augmentation (...). Le rapport mentionne une enfant ayant besoin de l'assistance et de
la surveillance constante de sa mère. Le 31 mars 2023, l'OAI a procédé à une évaluation à
domicile qui a fait l'objet d'un rapport du 12 avril 2023. Il résulte de cette évaluation que le
besoin de surveillance est moins important. L'acte d'aller aux toilettes n'était plus retenu
dès lors que les épisodes d'incontinence nocturne étaient rares et que l'assurée ne portait
plus de couches la nuit. Il a été aussi observé que les actes « se vêtir/se dévêtir », « se
lever/s'asseoir/se coucher » et « faire sa toilette » n'étaient pas retenus, l'assurée étant
capable de les faire seule, même lentement. Un besoin de surveillance n'avait pas été retenu
car l'enfant pouvait rester seule dans sa chambre et aucune mesure de surveillance n'avait

été instaurée dans le cadre scolaire. Selon un rapport médical de la Dre C. _____, spécialiste en pédiatrie de l'Unité de neurologie et neuroréhabilitation pédiatrique du Service de pédiatrie du CHUV du 6 avril 2023, l'assurée est suivie pour le diagnostic d'épilepsie focale auto-limitée. (...). Selon les conclusions du rapport, les céphalées présentes au réveil était en lien avec une dette de sommeil importante et les difficultés à l'endormissement liées au contexte et à la consommation d'écran. (...). Par projet de décision du 3 mai 2023, l'OAI a annoncé son intention de supprimer l'allocation d'impotence en faveur de l'assurée au vu du résultat de l'évaluation du 31 mars 2023. Le 15 juin 2023, l'assurée, représentée par Procap Suisse, a contesté ce qui précède notamment en regard du rapport du 6 avril 2023 de la Dre C. _____. Un EEG a été réalisé au CHUV le 17 avril 2023. Une amélioration a été constatée par rapport à l'examen précédent du 15 février 2021. (...). Selon le rapport de la Dre C. _____ du 25 avril 2023, le diagnostic le plus probable était celui d'une épilepsie focale « non fonctionnelle » (...). L'IRM 10J010 - 4 - réalisée le 17 mai 2023 était dans les limites de la normale pour l'âge sans foyer épileptogène visible. Selon le rapport du Dr B. _____ du 1er juillet 2023, l'évolution de l'assurée était insatisfaisante au vu du résultat de l'EEG ce qui nécessitait un traitement anti-épileptique depuis avril 2023. Il relevait (...). Il relevait qu'elle était limitée pour sa toilette et qu'elle avait surtout besoin d'une surveillance permanente en raison de ses difficultés à « entrer dans une procédure » et à terminer une tâche sans intervention tierce. A ce tableau clinique s'ajoutait une composante anxieuse et une idéation suicidaire selon un rapport annexé de D. _____, psychologue-psychothérapeute, du 9 mars 2024 avec un rapport à la réalité pas toujours maintenu, une faible estime de soi, des angoisses et de la dépressivité. La présence de la mère était rassurante pour l'assurée. Il résulte de ce dernier rapport qu'un suivi psychothérapeutique régulier à une fréquence importante (deux fois par semaine) était recommandé. Le 5 juillet 2023, le mandataire de l'assurée a fait valoir que l'OAI avait fondé son projet de décision sur une instruction incomplète et lacunaire. Compte tenu de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, qui avait entraîné la nécessité de réintroduire un traitement antiépileptique, l'appréciation effectuée par l'enquêtrice le 31 mars 2023 ne correspondait plus à la réalité. En se fondant sur le rapport précité du Dr B. _____, le mandataire a fait valoir que l'assurée avait besoin d'une surveillance non seulement en raison de la récurrence des crises d'épilepsie mais aussi parce qu'elle n'avait pas conscience du danger et qu'elle n'était pas autonome pour les actes « se coucher » et « aller aux toilettes ». Un rapport médical a été établi le 20 septembre 2023 par la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie sur la base de consultations réalisées entre le 21 novembre 2021 et le 21 janvier 2022. Les diagnostics posés étaient ceux de (autres) troubles envahissants du développement, [...]. S'agissant de l'impotence, à la question « y a-t-il besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle 10J010

- 5 - comparativement à une personne du même âge en bonne santé », le rapport expose ce qui suit (ch. 1.8) [sic] : « A. _____ a présenté et verbalisée des idées suicidaires à certains moments, raison pour laquelle une surveillance a été indiquée. Parallèlement, au niveau éducatif, nous avons constaté des défaillances dans le cadre éducatif chez les parents(...). Au même temps, des troubles de comportement importants ont été relevés au milieu scolaire (...). » Le rapport soutient une scolarisation en internat (...). Le 9 octobre 2023, l'Etablissement primaire et secondaire de X. _____ a indiqué que l'assurée était autonome pour gérer sa journée, qu'elle n'éprouvait aucune difficulté pour s'habiller ou se dévêtir, qu'elle était totalement autonome pour son hygiène corporelle et qu'elle effectuait

seule les déplacements jusqu'à l'école et pour en revenir. Le 23 novembre 2023, la Dre F. _____ de l'Unité de neurologie et neuroréhabilitation pédiatrique du CHUV a indiqué que l'assurée était suivie pour une épilepsie actuellement sous monothérapie par Apydan. Elle présentait comme comorbidité un trouble du sommeil (...). Le 29 février 2024, le Service médical régional (SMR) s'est prononcé à la demande de l'OAI sur les nouvelles pièces médicales. Elle a indiqué que, s'agissant de l'épilepsie, elle n'avait pas d'élément médical récent pour savoir si les crises étaient sous contrôle avec le traitement en cours. Les symptômes psychiques étaient ceux qui impactaient de manière importante l'état de santé de l'assurée et son autonomie. Elle recommandait de réinterroger la Dre E. _____. Le 5 mars 2024, la collaboratrice de l'OAI a confirmé par communication interne que les conditions d'une allocation d'impotence pour mineur n'étaient plus remplies tant au niveau de la surveillance que des actes « se coucher » et « aller aux toilettes ». Selon un rapport médical du 18 janvier 2024, l'assurée a été hospitalisée en mode volontaire à G. _____ du jj mm aaaa au jj mm aaaa, 10J010

- 6 - date de son retour à domicile pour la prise en charge d'une crise hétéro- agressive après une altercation (...). Par décision du 26 mars 2024, l'OAI a supprimé l'allocation d'impotence pour mineurs en faveur d'A. _____ avec effet au 1er juin 2024. Selon la décision, l'assurée avait gagné en autonomie, ne prenait plus de traitement antiépileptique et pouvait rester seule dans une pièce sans surveillance. L'acte « se déplacer et entretenir des contacts avec autrui » était retenu, l'assurée devant toujours être accompagnée pour les déplacements à l'extérieur. L'acte « aller aux toilettes » n'était plus retenu, l'assurée ne portant plus de langes la nuit. L'acte « se vêtir/se dévêtir » n'était pas retenu, l'assurée pouvant effectuer ses opérations seule bien que lentement. Le droit au supplément pour soins intenses n'était pas ouvert. C. Par acte du 6 mai 2024, A. _____, au nom de laquelle agissent ses parents H. _____ et I. _____ et représentée par Procap Suisse, a déposé un recours contre la décision du 26 mars 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et au maintien de l'allocation d'impotence pour mineurs en sa faveur, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire sous la forme de l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ce qui lui a été accordé par décision de la juge instructrice du 12 juin 2024. Dans sa réponse du 12 août 2024, l'OAI (ci-après : l'intimé) a conclu au rejet du recours. Dans une écriture du 21 août 2024, la recourante s'est déterminée sur le contenu de la réponse et a confirmé ses conclusions. En dro it : 10J010

- 7 - 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi du 22 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et dans les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte uniquement sur la suppression de l'allocation d'impotent pour mineurs à laquelle avait droit la recourante. Il sied de relever que le litige ne porte notamment pas sur le droit de l'assurée à d'éventuelles mesures

médicales dans un but de réadaptation en raison de son état psychique, question qui était, selon le dossier, en cours d'examen. 3. a) Selon 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. b) D'après 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). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). 4. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et 10J010

- 8 - que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, 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 nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b); - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c); - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). d) Aux termes de l'al. 4 de cette disposition, 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. 10J010

- 9 - 5. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'OFAS, valable à partir du 1er janvier 2022, 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 (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c). b) De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4). c) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; chiffre 2021 CSI). d) Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en

a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (chiffre 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la 10J010

- 10 - personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; chiffre 2013 CSI). e) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. 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. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; chiffres 2015 et 2016 CSI). L'aide indirecte doit être d'une certaine intensité; une simple injonction ne suffit pas à la caractériser. Ainsi, il n'est pas suffisant de devoir dire plusieurs fois à un assuré de réaliser un acte. L'injonction doit toujours être répétée ; il faut au moins devoir contrôler l'exécution de l'acte et, en cas de besoin, intervenir (chiffre 2017 CSI). 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 (chiffre 2018 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 28 ss ad art. 42 LAI et les références citées). 6. a) Les soins permanents au sens de l'art. 37 al. 1 RAI ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 10J010

- 11 - V 136). Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente. Le besoin d'aide ne doit être reconnu que lorsque l'assuré a besoin d'une aide directe ou indirecte pour la prise de médicaments (surveiller ou donner des indications à chaque prise ; cf. chiffres 2058 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°42 ad. art. 42 LAI). b) Il convient de distinguer des soins permanents susmentionnés la notion de soins particulièrement astreignants ressortant à l'art. 37 al. 3 RAI. Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, ce qui signifie qu'ils nécessitent beaucoup de temps ou sont particulièrement coûteux. Il peut être aussi qualitatif, ce qui signifie que leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être donnés à des heures inhabituelles (TF 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.2). Un besoin de soins de plus de deux heures par jour sera qualifié de particulièrement astreignant si des aspects qualitatifs aggravants doivent aussi être pris en compte. Si ce besoin est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par exemple soins pendant la nuit) s'y ajoute. Un besoin de soins de quatre heures par jour

ou plus est qualifié de particulièrement astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire (TF 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.3 ; cf. chiffres 2063 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 47 ad art. 42 LAI). 7. a) 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 (art. 39 al. 3 RAI). b) Cette surveillance permanente ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base (TF 8C_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.5 et les références citées). Cette notion doit au 10J010

- 12 - contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. 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. Le besoin de surveillance peut être admis, déjà en cas de faible probabilité de mise en danger, lorsque l'absence de surveillance pourrait avoir des conséquences néfastes pour la santé (TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; 9C_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.4 ; cf. chiffres 5022 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 33 à 35 ad. art. 42 LAI et n° 10 ad art. 42ter LAI). c) On admet un besoin de surveillance nettement accrue, auprès d'un mineur, par comparaison avec un enfant d'âge identique, en particulier lorsque : - l'enfant pourrait se mettre en danger ou constituer un danger pour des tiers ; la situation de danger et le besoin de surveillance doivent subsister malgré les mesures prises pour réduire le dommage ; 10J010

- 13 - - la surveillance personnelle se caractérise par une certaine intensité, qui dépasse le besoin de surveillance d'un enfant du même âge ne souffrant d'aucun handicap (TF 9C_431/2008 du 26 février 2009 consid. 4.4 ; chiffre 5024 CSI). 8. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance 10J010

- 14 - significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). 9. Dans un grief qu'elle invoque à titre subsidiaire mais qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante fait valoir une constatation incomplète des faits. Elle soutient qu'un complément d'instruction aurait été nécessaire pour savoir si les crises d'épilepsie de la recourante étaient sous contrôle et si son état de santé s'était aggravé, notamment en raison des idées suicidaires évoquées dans le rapport de la Dre E. _____ du 20 septembre 2023. En l'occurrence, comme on l'a vu (cf. supra consid. 2), l'objet du litige porte uniquement sur la suppression de l'allocation d'impotence. Or, s'il est vrai que l'état de santé de la recourante s'est à tout le moins modifié sinon aggravé avec une prédominance des aspects psychiques, il n'y a pas d'indice permettant de laisser penser que ces éléments auraient une influence sur sa capacité à accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. La problématique psychique paraît en partie liée à (...). S'il n'est pas exclu que l'assurée puisse revendiquer d'autres mesures de l'assurance-invalidité en raison de ses troubles à la santé psychique, ceux-ci n'ont donc pas d'incidence sur l'allocation pour impotence. Quant à la problématique de l'épilepsie, le SMR a certes mentionné qu'il n'y avait pas d'élément médical permettant de savoir si les crises étaient sous contrôle avec le traitement en cours. Les derniers renseignements médicaux permettent toutefois de conclure que l'assurée n'a pas présenté de crises d'épilepsie récentes. Certes, le dernier diagnostic, posé comme « le plus probable » en lien avec les résultats de l'EEG du 17 avril 2023, était celui d'une épilepsie focale non fonctionnelle (cf. rapport de la Dre J. _____ du 25 avril 2023), mais le résultat de l'IRM réalisée en 2023 était normal sans foyer épileptogène visible. En outre, il résulte de plusieurs éléments concordants que la recourante n'est plus sous traitement antiépileptique (...). Il n'apparaît dès lors pas non plus que cet aspect médical était susceptible d'avoir une influence sur l'autonomie de 10J010

- 15 - l'assurée, respectivement sur sa capacité à accomplir seule des actes élémentaires de la vie quotidienne. La problématique épileptique de la recourante paraît donc stabilisée et ne pas avoir d'incidence nouvelle sur l'autonomie de la recourante. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a rendu sa décision sans ordonner des mesures d'instruction complémentaires. 5. En lien avec les conditions de l'allocation pour impotence, la recourante se contente d'invoquer la teneur du rapport de la Dre J. _____ du 6 avril 2023 ainsi que le rapport du Dr B. _____ du 1er juillet 2023 pour en inférer que l'assurée aurait un besoin de

surveillance permanente et ne serait pas autonome pour certaines actions (« se coucher » et « aller aux toilettes »). Pour sa part, l'intimé a relevé que le rapport d'évaluation du 12 avril 2023 remplissait les critères pour avoir valeur probante. Il a également exposé que, selon l'établissement primaire et secondaire de X. _____ où est scolarisée la recourante, celle-ci est autonome et gère sa journée scolaire de façon indépendante. Dans sa réplique, la recourante a relevé que les informations données par l'établissement scolaire étaient antérieures aux avis médicaux des 29 février et 5 mars 2024. a) S'agissant d'abord de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, l'autorité intimée a retenu, à juste titre, que l'assurée n'avait pas besoin d'assistance pour les accomplir. S'agissant de l'acte « se coucher », il résulte des différentes pièces au dossier que, si elle rencontre des problèmes d'endormissement, la recourante n'a pas besoin d'une aide régulière et importante au sens de la jurisprudence rappelée plus haut (cf. supra consid. 5d) mais qu'elle est en mesure d'accomplir la plupart du temps cet acte seule. Le fait qu'elle soit sous traitement de mélatonine n'est pas incompatible avec cette constatation dans la mesure où, au vu de son âge (bientôt 15 ans), elle est en mesure de prendre cette médication seule. 10J010

- 16 - L'autorité intimée a aussi considéré, à juste titre, que la recourante n'avait pas besoin d'assistance pour l'acte d'« aller aux toilettes ». Il résulte d'abord des premières déclarations de la mère de l'assurée, en principe décisives, qu'il n'y avait pratiquement plus d'épisodes de miction nocturne. (...). Pour le surplus, il ressort du dossier que la recourante est autonome pour les autres actes de la vie quotidienne, notamment celui de se vêtir et de se dévêtir. b) On ne saurait non plus considérer que la recourante a besoin d'une surveillance permanente en raison de son état de santé. Il ne ressort pas du dossier que la recourante aurait fait une crise d'épilepsie majeure pendant ces dernières années et les analyses médicales n'ont pas permis d'établir avec certitude que les épisodes d'absences étaient liés à la problématique épileptique. En outre, l'enquête réalisée à domicile a permis d'établir que l'assurée pouvait rester seule dans sa chambre sans surveillance. (...). Comme on l'a vu plus haut, les éléments apparus postérieurement, notamment en lien avec l'état psychique de l'assurée, n'ont pas d'incidence sur le besoin de surveillance. Cela ne signifie pas que l'état de santé de la recourante, que ce soit sur le plan somatique ou psychique, ne nécessite pas de l'attention mais que celle-ci n'atteint à l'évidence pas le degré d'intensité nécessaire pour que l'on reconnaisse la nécessité d'une surveillance permanente. Il résulte de ce qui précède que le grief doit être rejeté et que les conditions d'une allocation d'impotence pour mineurs ne sont pas remplies. 8. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 10J010

- 17 - fr., sont imputés à la partie recourante qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5

RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 26 mars 2024 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires provisoirement mis à la charge de l'Etat. 10J010

- 18 - Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Procap Suisse (pour la recourante), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé), - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier : 10J010

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