

VD_GERICHTE ZD25.025229 vom 28. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.025229

FR: VD_GERICHTE ZD25.025229 du 28 avril 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.025229 del 28 aprile 2026

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL ZD25.*** 349 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES
Arrêt du 28 avril 2026

Composition : M. TINGUELY, président Mme Brélaz Braillard et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Huser ***** Cause pendante entre : B._____, à Q***, recourante,
agissant par son père A._____, représenté par Me Renato Cajas, avocat à Lausanne, et
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,
intimé. _____ Art. 9 LPGA ; 42 LAI ; 39 RAI 10J010

- 2 - En fait : A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le ***2007, est la
fille d'A._____ et de C._____. Le 27 avril 2016, l'assurée, agissant par son père, a
déposé une demande de mesures médicales pour mineurs auprès de l'Office de
l'assurance-invalidité du canton de S*** (ci-après : OAI-[...]), en raison de troubles
comportementaux, de peurs et d'angoisses importantes, ainsi que de difficultés à intégrer les
milieux éducatifs et sociaux. Dans un rapport du 11 mai 2016, le Dr K._____,
spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a retenu le
diagnostic d'autre trouble envahissant du développement (F 84.8), précisant que l'assurée
souffrait également d'une infirmité congénitale, sous forme de trouble du spectre de
l'autisme, reconnue au chiffre 405 de l'Annexe à l'OIC-DFI (ordonnance du 3 novembre
2021 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.211 ; anciennement chiffre 405 de
l'Annexe à l'OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ;
RS 831.232.21]). Au terme d'un avis du 17 juin 2016, le Service médical régional de l'AI
(SMR) a conclu, après s'être entretenu téléphoniquement avec le Dr K._____, que
l'assurée présentait clairement un trouble du spectre autistique dont les premiers symptômes
s'étaient manifestés avant la fin de la cinquième année de vie. L'OAI-[...] a ainsi octroyé à
l'assurée des mesures médicales pour le traitement de l'infirmité congénitale, sous la forme
d'une psychothérapie ambulatoire, y compris les consultations médicales et l'éventuel
traitement médicamenteux. La prise en charge de la psychothérapie ambulatoire a été
prolongée jusqu'au 31 décembre 2019 (cf. communications des 18 octobre 2016 et 28 mars
2019). 10J010

- 3 - B. Le 16 mai 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son père, a déposé une demande
d'allocation pour mineur impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le
canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), compte tenu du déménagement de la famille
à Q*** depuis le 1er avril 2019. L'atteinte à la santé correspondait à un trouble du spectre
de l'autisme depuis l'âge de huit ans, nécessitant un besoin d'aide pour les six actes
ordinaires de la vie. Le même jour, une demande tendant à l'octroi de mesures médicales en
faveur de l'assurée a également été déposée auprès de l'OAI. Par communication du 7 juin
2019, l'OAI a octroyé des mesures médicales à l'assurée en vue du traitement de l'infirmité
congénitale sous forme de consultations pédopsychiatriques et de traitement

médicamenteux du 14 mai 2019 au 30 septembre 2027. Dans un rapport du 1er juillet 2019, la Dre D. _____, spécialiste en pédiatrie, en charge du suivi de l'assurée depuis le mois de mai 2019, précisait que les soins fournis par les parents pour les repas et l'habillage de leur fille prenaient plusieurs heures par jour. L'assurée nécessitait en outre une surveillance constante. Un rapport du 10 septembre 2019 de la Dre F. _____, spécialiste en neuropédiatrie, faisait état de deux problématiques principales concernant l'assurée, à savoir de troubles de l'alimentation avec suspicion de troubles de la déglutition ainsi que de perte de certaines compétences cognitives, le tout apparu dans un contexte de médication par Risperdone prescrit entre fin 2017 et début 2019. Elle proposait une série d'examen pour tenter de déterminer l'étiologie de ces troubles. Au terme d'un rapport d'évaluation de l'impotence établi le 8 novembre 2019, à la suite d'une visite au domicile de l'assurée, l'évaluatrice a conclu à la nécessité d'une aide pour les actes ordinaires du quotidien « se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette », « aller aux 10J010

- 4 - toilettes » et « se déplacer ». Elle a en outre estimé le surcroît de temps nécessaire pour les soins intenses à 1 heure et 12 minutes. L'OAI a octroyé à l'assurée deux nouvelles mesures médicales, sous forme de prise en charge des frais de langes pour la nuit (cf. communication du 12 novembre 2019) et de traitement d'ergothérapie ambulatoire du 1er juillet 2019 au 30 juin 2021 (cf. communication du 21 novembre 2019). Un rapport du 17 décembre 2019 de la Dre G. _____, spécialiste en pédiatrie, faisait état d'une hospitalisation de l'assurée du 11 novembre au 4 décembre 2019 pour comportement auto- et hétéroagressif avec comme diagnostic une crise clastique dans le contexte d'un trouble envahissant du développement. Par décision du 9 mars 2020, l'OAI a accordé à l'assurée une allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen sans supplément pour soins intenses dès le 16 mai 2018. Dans un rapport du 24 mars 2020, la Dre F. _____ a mentionné que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré depuis l'été 2019, cette dernière se refermant davantage sur elle-même, ne répondant plus aux ordres, ni à l'appel et montrant des gestes d'auto- et hétéroagressivité. Au terme d'un rapport du 7 octobre 2020, la spécialiste précitée a retenu les diagnostics de trouble du spectre de l'autisme depuis la petite enfance, de régression comportementale avec retrait social (11 ans), de déficience intellectuelle et de trouble du comportement alimentaire. Le tableau clinique était qualifié de préoccupant, étant précisé qu'aucune étiologie n'avait été identifiée à la suite des investigations complémentaires réalisées. L'OAI a pris en charge, en lien avec l'infirmité congénitale dont souffrait l'assurée, les coûts d'un traitement de physiothérapie ambulatoire du 1er juin 2019 au 31 mai 2021 (cf. communication du 11 janvier 2021), 10J010

- 5 - ainsi que les frais d'une narcose durant les soins dentaires (cf. communication du 15 janvier 2021). L'assurée a ensuite bénéficié d'une nouvelle mesure médicale sous la forme d'un suivi par l'Equipe BB. _____ ([...]) du 26 mars 2020 au 31 mars 2023 (cf. communication de l'OAI du 7 juin 2021). Dans le cadre d'une révision du droit de l'assurée à l'allocation pour impotent initiée par l'OAI le 15 septembre 2022, le père de celle-ci a rempli un questionnaire, le 23 septembre 2022, dans lequel il a précisé que sa fille avait besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie et nécessitait une aide durable, ainsi qu'une surveillance personnelle. D'après un rapport éducatif du 3 novembre 2022 établi par la Fondation J. _____ pour l'année 2022, l'assurée présentait une problématique d'énurésie. Elle disposait d'une salle hypo-stimulante pour prendre ses repas servis sur un plateau avec une vaisselle en plastique et des couverts normaux. Elle prenait généralement une douche le matin et un bain le soir et effectuait certains gestes de façon autonome mais

un accompagnateur devait rester présent et la guider verbalement afin qu'elle insiste sur les parties plus difficilement atteignables. Elle était toujours accompagnée d'une personne de l'équipe et les sorties s'effectuaient avec deux accompagnateurs. Les limitations rencontrées étaient à mettre en lien avec ses troubles neuro-développementaux (trouble du spectre de l'autisme et hypersensibilité). Par communication du 2 février 2023, l'OAI a prolongé la prise en charge des frais de langes du 1er juin 2023 au 30 septembre 2027. Dans un rapport du 22 mai 2023, la Dre T. _____, spécialiste en pédiatrie, a mentionné que l'assurée n'était pas autonome dans les activités de la vie quotidienne et qu'elle nécessitait un accompagnement individuel à 100% durant la journée, ainsi qu'une surveillance pendant la nuit. 10J010

- 6 - Selon un rapport du 31 janvier 2024 de la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, l'assurée avait été hospitalisée du 16 au 24 janvier 2024 dans le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre hospitalier universitaire P. _____ ([...]), à V***, pour une prise en charge d'un état de décompensation psychotique et afin de réévaluer le traitement médicamenteux. Dans un rapport du 2 septembre 2024, le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé que l'assurée avait été transférée du 24 janvier au 1er juillet 2024 dans l'Unité psychiatrique de crise [...] ([...] ou Unité O. _____) en raison d'une décompensation psychiatrique sévère dans le contexte du trouble du spectre de l'autisme. Par communication du 3 septembre 2024, l'OAI a pris en charge les coûts d'entretiens familiaux et de thérapie familiale, coordonnés par le Dr L. _____, du 1er janvier au 1er juillet 2024. Dans un questionnaire de révision du droit à l'allocation pour impotent remis au père de l'assurée le 31 octobre 2024, celui-ci a confirmé, le 7 novembre 2024, que sa fille avait besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie ou du moins pour certaines fonctions partielles, de même que la nécessité d'une aide médicale ou sanitaire permanente, d'une surveillance personnelle permanente de jour comme de nuit, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le 8 novembre 2024, l'assurée, agissant par son père, a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'OAI. Selon un rapport d'évaluation de l'impotence du 3 décembre 2024, faisant suite à une visite, le 27 novembre 2024, de l'évaluatrice au foyer de la Fondation J. _____, où l'assurée résidait principalement depuis 2020, celle-ci nécessitait de l'aide pour les mêmes actes que retenus précédemment, soit pour « se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer » mais pas pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ». Elle avait également régulièrement besoin 10J010

- 7 - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et nécessitait une aide permanente pour la prise de son traitement, ainsi qu'une surveillance personnelle permanente. L'évaluatrice a en outre retenu un surcroît de temps de 6 heures et 22 minutes, soit 1 heure et 57 minutes pour les actes ordinaires de la vie quotidienne (45 minutes pour l'acte « se vêtir/se dévêtir », 60 minutes pour l'acte « faire sa toilette » et 12 minutes pour l'acte « aller aux toilettes »), 25 minutes pour les traitements et soins et 4 heures pour la surveillance. Par projet de décision du 3 décembre 2024, l'OAI a informé l'assurée du maintien, en sa faveur, de l'allocation pour mineur impotent de degré moyen à partir du 1er février 2024, soit trois mois après l'aggravation, avec la prise en charge d'un supplément pour soins intenses à domicile d'au moins 6 heures par jour. D'après un rapport éducatif du 17 mars 2023, établi par la Fondation J. _____ pour l'année 2023, complété le 30 août 2023 et versé au dossier de l'OAI le 17 décembre 2024, l'assurée présentait toujours une

problématique d'énurésie et pouvait souiller ses vêtements plusieurs fois dans la journée. Elle ne parvenait pas à prendre soin d'elle-même. Elle portait des tenues en une pièce de type combinaison pour éviter qu'elle baisse son pantalon en public ou qu'elle lève son t-shirt. Toutefois, une nette amélioration avait été constatée en cours d'année, dès lors que l'assurée ne se déshabillait presque plus que dans des lieux appropriés. La majorité des sorties se faisait avec la présence de deux éducateurs compte tenu du risque d'une potentielle crise auto- ou hétéroagressive. Par courriel du 15 janvier 2025, le Dr L._____ a fait parvenir à l'OAI un courrier daté du même jour, dans lequel il présentait ses objections au projet de décision et soutenait que l'assurée devait se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré sévère. Le 17 janvier 2025, l'assurée, agissant par son père, lui-même assisté de Me Renato Cajas, s'est opposée au projet de décision du 3 10J010

- 8 - décembre 2024 et a demandé l'octroi d'un supplément pour soins intenses de 8 heures par jour. Par courriel du 20 janvier 2025, le père de l'assurée a présenté ses observations et a transmis un courriel du 19 janvier 2025 d'I._____, éducatrice au sein de la Fondation J._____. Le 7 février 2025, des observations complémentaires ont été déposées par le conseil du père de l'assurée. Par communication du 14 mars 2025, l'OAI a pris en charge les coûts d'un traitement d'ergothérapie ambulatoire médicalement prescrite en faveur de l'assurée du 1er octobre 2024 au 30 septembre 2027. Le rapport de sortie en lien avec l'hospitalisation de l'assurée du 24 janvier au 1er juillet 2024 au sein de l'Unité O._____ de l'Hôpital H._____, établi le 11 décembre 2024 par le Dr L._____, a été transmis à l'OAI le 3 avril 2025. Le diagnostic de retard mental grave : troubles du comportement avérés, nécessitant observation ou traitement (F72.1) y était retenu. Dans un document du 14 avril 2025, intitulé « audition », l'OAI a recalculé le surcroît de temps nécessaire pour les soins intenses, admettant un total de 7 heures. Par décision du 15 avril 2025, confirmant le projet du 3 décembre 2024, l'OAI a maintenu l'allocation pour impotence de degré moyen versée en faveur de l'assurée à partir du 1er février 2024, à la suite de l'aggravation de son état de santé dès octobre 2023, avec la prise en charge d'un supplément pour soins intenses de 6 heures par jour. Par décision du 10 juin 2025, confirmant un projet du 24 avril 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des mesures professionnelles. 10J010

- 9 - C. Par décision du 17 décembre 2025, faisant suite à un projet du 18 juillet 2025, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent (en home) de degré moyen dès le 1er octobre 2025, mois qui a suivi son 18ème anniversaire. Le 26 janvier 2026, l'assurée, représentée par son père nommé curateur depuis sa majorité le 24 septembre 2025, lui-même assisté de Me Cajas, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AI ***. D. Dans l'intervalle, soit le 27 mai 2025, l'assurée, agissant par son père, représenté par Me Cajas, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 10 juin 2025, en concluant à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré moyen, avec un supplément pour soins intenses d'au moins 8 heures par jour, dès le 1er février 2024. Elle a soutenu qu'il fallait tenir compte d'un surcroît de temps quotidien de minimum 1 heure pour l'acte « manger », de 20 minutes pour l'acte « faire sa toilette » et de 18 minutes pour l'acte « aller aux toilettes ». Le surcroît de temps de 1 heure et 38 minutes ajouté à celui qui avait déjà été retenu de 6 heures et 22 minutes permettait l'octroi d'un supplément pour soins intenses d'au moins 8 heures. Dans sa réponse du 22

août 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se référant au document de l'OAI du 14 avril 2025, il a rappelé que même en tenant compte d'un surcroît de 20 minutes pour l'acte « faire sa toilette » et de 18 minutes pour l'acte « aller aux toilettes », le surcroît de temps total correspondait à 7 heures, soit inférieur aux 8 heures requis. L'acte « manger » ne permettait en revanche pas de retenir un surcroît de temps supplémentaire de 60 minutes, dans la mesure où la présence d'une tierce personne à table n'était pas nécessaire et où la recourante pouvait manger seule les aliments – coupés préalablement par un éducateur – dans de la vaisselle en plastique. La recourante n'a pas répliqué. 10J010

- 10 - En droit : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, 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. Le litige porte sur l'allocation pour mineur impotent et le supplément pour soins intenses auxquels la recourante, née le ***2007, peut prétendre entre le 1er février 2024 et le 30 septembre 2025, étant précisé que, le 17 décembre 2025, l'OAI a rendu une décision, par laquelle il a maintenu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent (en home) de degré moyen à compter du 1er octobre 2025, date correspondant au 1er jour du mois ayant suivi le 18e anniversaire de la recourante, et qu'un recours a été formé contre cette décision. A teneur des conclusions formulées par la recourante, il s'agit particulièrement de déterminer si elle a droit, pour la période courant du 1er février 2024 au 30 septembre 2025, à un supplément pour soins intenses à la maison à raison de 8 heures par jour, l'allocation pour mineur impotent de degré moyen n'étant, au surplus, pas contestée. 10J010

- 11 - 3. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires 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) n'a pas amené de changement quant aux conditions du droit à l'allocation pour mineur impotent et du supplément pour soins intenses. 4. 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. b) 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 (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que 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). 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

- 12 - 5. a) Selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2), 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. 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). 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 précité consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI [Circulaire sur l'impotence édictée par l'Office fédéral des assurances sociales]). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée 10J010

- 13 - ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI). c) 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). 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 (ch. 2016 à 2018 CSI). 6. a) Les mineurs ayant droit à une allocation pour impotent, qui ne séjournent pas dans un home, mais qui ont besoin de soins intenses, ont droit à un supplément pour soins intenses (art. 42ter al. 3, 1ère phrase, LAI ; art. 36 al. 2 et 39 RAI). Ce supplément n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1). b) Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a, en outre, besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de quatre heures (art. 39 al. 1 RAI). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose ainsi sur une

appréciation temporelle de la situation (TF 9C_350/2014 précité consid. 4.2.3). 10J010

- 14 - c) N'est pris en considération, dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical, ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (art. 39 al. 2 RAI). d) La CSI contient à son annexe 2 des « Recommandations relatives à l'évaluation de l'impotence déterminante pour les mineurs », à savoir des normes de référence, qui ne s'appliquent pas impérativement à tous les cas et qui doivent être appliquées avec souplesse (cf. également : TF 8C_461/2015 du 2 novembre 2015 consid. 4.3). La CSI précise, à ses chiffres 5010 et 5011, que pour garantir l'égalité de droit dans le calcul du droit au supplément pour soins intenses, 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 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. 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 10J010

- 15 - 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 citées). 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 contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne

doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement 10J010

- 16 - dans lequel celui-ci se trouve ; on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers. Le besoin de surveillance peut être admis, déjà en cas de faible probabilité de mise en danger, lorsque l'absence de surveillance pourrait entraîner 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 ; ch. 5022 ss CSI). 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 ; - 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 ; ch. 5024 CSI). 8. a) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). 10J010

- 17 - b) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93). c) Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2). d) En

présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1). 9. a) En l'espèce, l'intimé a estimé que la recourante avait droit à une allocation pour impotent pour mineur de degré moyen ainsi qu'à un 10J010

- 18 - supplément pour soins intenses correspondant à 6 heures par jour. Il s'est, à cet égard, fondé sur le rapport d'évaluation établi le 3 décembre 2024 après une visite, le 27 novembre 2024, dans le foyer de la Fondation J. _____ où la recourante réside principalement depuis 2020. b) A cet égard, on précisera, à la suite de ce qui est également rappelé dans la décision attaquée, que, pour les jours où la recourante réside au foyer, l'allocation pour impotent et le supplément pour soins intenses ne sont susceptibles de lui être versés que dans la mesure où elle, ou ses représentants légaux, assument eux-mêmes les coûts d'hébergement (cf. art. 35bis al. 2ter et 36 al. 2 RAI), le foyer de la Fondation J. _____ devant en l'occurrence être assimilé à un home au sens de l'art. 35ter RAI. Pour le reste, l'allocation pour impotent et le supplément pour soins intenses peuvent être pris en charge pour les jours passés par la recourante à son domicile de Q***. c) Cela posé, il n'est pas contesté que la recourante présente une impotence dans la réalisation de cinq actes ordinaires de la vie (« se vêtir », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer »), ainsi que cela ressort du rapport d'enquête, l'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » n'ayant pas été retenue. De même, il n'est pas non plus contesté que la recourante a besoin d'une surveillance personnelle particulièrement intense, ce qui a été reconnu dans le rapport d'évaluation, compte tenu de ses crises d'auto-agressivité quotidiennes et violentes, qui nécessitent la présence continue d'au moins un éducateur, ainsi qu'un aménagement spécifique des lieux de vie (paravent en mousse pour protéger les éducateurs, chambre sans aucun équipement hormis le lit, objets et effets personnels stockés dans une armoire fermée à clé, à l'extérieur de la chambre), la recourante ne pouvant rester seule sans danger que pour de brefs moments (15 minutes au maximum), par exemple lorsqu'elle se trouve dans sa chambre ou sous la douche. Il apparaît donc que les conditions d'octroi d'une allocation pour mineur impotent de degré moyen, au sens de l'art. 37 al. 2 let. b RAI, sont réunies, ce qui n'est d'ailleurs pas remis en cause par les parties. 10J010

- 19 - d) Demeure litigieuse la quotité du supplément pour soins intenses, que l'intimé a fixé sur la base d'un surcroît de 6 heures et 22 minutes (1 heure et 57 minutes pour les actes ordinaires de la vie quotidienne [45 minutes pour « se vêtir/se dévêtir », 60 minutes pour « faire sa toilette » et 12 minutes pour « aller aux toilettes »] + 25 minutes pour les traitements + 4 heures pour la surveillance particulièrement intense [art. 39 al. 3 RAI]). La recourante soutient, pour sa part, que le surcroît de temps a été sous-évalué. Selon elle, c'est un surcroît d'au moins 8 heures qui devrait lui être reconnu (3 heures et 35 minutes pour les actes ordinaires de la vie, soit dans le détail, 45 minutes pour « se vêtir », 60 minutes pour « manger », 80 minutes pour « faire sa toilette » et 30 minutes pour « aller aux toilettes », étant précisé que le temps nécessaire pour les traitements (25 minutes) et pour la surveillance particulièrement intense (4 heures) devait encore être comptabilisé en sus. e/aa) On observera en premier lieu que le rapport d'évaluation du 3 décembre 2024 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il a été élaboré par une personne qualifiée,

qui s'est entretenue avec les parents de la recourante ainsi que son éducatrice référente lors d'une visite au foyer, et qui a pris note de leurs explications quant à l'état de santé actuel de la recourante et les a interrogés sur ses habitudes, de manière détaillée, pour chacun des actes ordinaires de la vie. L'évaluatrice, qui n'était pas la même personne que celle mandatée pour la précédente évaluation à domicile, effectuée en novembre 2019, avait connaissance des diagnostics médicaux ainsi que des circonstances dans lesquelles s'inscrivait son mandat. Elle a relevé qu'une péjoration significative avait pu être constatée depuis la dernière évaluation, la recourante présentant une auto-agressivité constante, des crises fréquentes et une perte de poids importante. Il n'existait pas d'explication claire quant à l'origine des crises, mais des hypothèses avaient été émises, comme la tension prémenstruelle, les douleurs menstruelles, la faim, les changements et les stimulations externes. En raison de la dégradation de la situation et du manque de 10J010

- 20 - ressources dans l'établissement pour assurer une prise en charge aussi complexe, la recourante avait été hospitalisée dès le début de l'année 2024 pour une période d'environ six mois. A son retour au foyer, le 1er juillet 2024, un cadre de prise en charge strict avait été mis en œuvre, la recourante disposant d'un planning détaillé avec plusieurs activités par tranches de 15 minutes. Elle était accompagnée tout au long de la journée par un éducateur, voire deux, selon son état. Depuis son retour, la recourante n'avait plus pu fréquenter l'école ni les ateliers comme auparavant. La visite de ses parents n'était possible que toutes les deux semaines, dans la salle de sport et en présence d'un éducateur prêt à intervenir. La mère de la recourante avait expliqué à cet égard qu'elle parvenait rarement à rester plus de quelques minutes à causes des crises. L'évaluatrice a encore précisé que, pour les moments de crise, l'équipe éducative avait mis en place un protocole d'urgence : la recourante devait être maintenue seule dans une pièce d'apaisement disposant d'un matelas à terre et d'une couverture. La porte avait été retirée et, à la place, il avait été installé un paravent en mousse que les éducateurs pouvaient saisir pour se protéger lorsque la recourante était agressive. Du reste, comme la recourante avait tendance à se déshabiller durant les crises, cette technique permettait une certaine intimité. La pièce d'apaisement avait été aménagée à côté de la chambre de la recourante et à quelques mètres de la salle à manger. Une seconde salle avait été aménagée dans un studio spécialement adapté pour la recourante. Elle y passait une partie de ses journées avec un éducateur. bb) Pour l'acte « manger », la recourante soutient avoir besoin d'un surcroît de temps de 30 minutes par repas, à savoir 1 heure par jour. Certes, I. _____, éducatrice à la Fondation J. _____, avait expliqué, dans son courriel du 19 janvier 2025 à l'attention du père de la recourante, que, pour les repas et collations, il était nécessaire que les accompagnants préparent les assiettes en découpant les morceaux, puis qu'ils donnent les différentes assiettes à la recourante en suivant un protocole précis, ceci à raison de six repas ou collations par jour. Selon 10J010

- 21 - l'éducatrice, la préparation de chacun des repas prenait entre 10 à 15 minutes, et le temps pour s'alimenter variait entre 30 et 45 minutes pour les repas de 8h, 12h et 18h30, et entre 15 et 20 minutes pour les collations de 10h, 16h et 20h. On relèvera également que l'annexe de la CSI permet la prise en compte d'un surcroît de 30 minutes pour le temps de présence à table. Il n'en demeure pas moins que, selon l'évaluation réalisée le 27 novembre 2024, la présence d'un tiers à table n'était pas nécessaire, la recourante mangeant seule les aliments – coupés préalablement par un éducateur – dans de la vaisselle en plastique. Si, par le passé, un comportement récalcitrant avait été observé durant les repas (la recourante mangeait peu, crachait la nourriture et jetait la vaisselle), tel n'était plus le cas depuis qu'un

cadre strict avait été mis en place, l'assurée arrivait désormais en salle avant les autres résidents, se faisant servir derrière un paravent et mangeant dans une assiette comportant peu d'aliments à la fois. Il n'est pour le surplus pas fait état de problèmes de mastication ou de déglutition, ni de la nécessité de repas plus fréquents. En l'occurrence, il convient de donner la préférence à la version ressortant du rapport probant d'évaluation, qui se fonde sur les premières déclarations des intervenants, plutôt qu'à l'avis exprimé par l'éducatrice durant la procédure d'audition, lequel pourrait avoir été adapté pour les besoins de la cause. Au demeurant, on ne voit pas que, pour les seuls actes consistant à devoir couper la nourriture en morceaux et à devoir répartir ces morceaux dans deux ou trois assiettes distinctes, un surcroît de temps puisse être retenu, s'agissant d'actes susceptibles d'être réalisés en quelques secondes, étant en outre rappelé que l'aide pour l'acte « manger » a déjà été reconnue en tant que telle. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas pris en compte de surcroît de temps au titre de l'acte « manger ». 10J010

- 22 - cc) Concernant l'acte « faire sa toilette », la recourante prétend à 80 minutes de surcroît de temps, soit à 20 minutes de plus que les 60 minutes retenues par l'intimé. Il ressort du rapport d'évaluation que la recourante avait toujours besoin d'une aide indirecte pour le brossage des dents et le lavage des mains. Un éducateur restait à ses côtés et faisait lui-même le brossage des dents pour stimuler la recourante à répéter. Pour les mains, l'éducateur donnait des consignes simples. Elle avait du reste des cheveux courts pour éviter qu'elle doive se coiffer quotidiennement. La recourante prenait sa douche le soir et parfois également le matin en cas d'énurésie. Elle n'avait pas la notion des produits à utiliser ni du schéma corporel. La recourante restait seule quelques moments sous la douche, activité qu'elle aimait bien et la calmait. Un éducateur venait ensuite lui donner des consignes sur les étapes à suivre et s'assurer qu'elle se lavait correctement. La sortie de la douche pouvait déclencher une crise. La chambre d'apaisement était cependant à proximité et la recourante y était emmenée en cas de besoin. Dans ce contexte, selon l'évaluatrice, il fallait prendre en compte 45 minutes par jour (3 x 15 minutes) pour le brossage des dents et le lavage des mains, ainsi que 22 minutes par jour pour la douche (15 minutes par jour + 15 minutes à raison de 4 fois par semaine lors des épisodes d'incontinence), soit 67 minutes par jour au total. Il a toutefois été pris en compte un temps de 60 minutes, correspondant à la valeur maximale pouvant être retenue selon la CSI pour un enfant âgé de plus de 10 ans. Or la CSI permet en outre de tenir compte de 20 minutes supplémentaires en cas de comportement récalcitrant (après 6 ans), ce qui peut être admis en l'espèce dès lors que le rapport d'enquête fait état de crises fréquentes à la sortie de la douche et de la nécessité de l'apaiser à la suite de ses crises. Il convient donc de retenir un surcroît de temps de 80 minutes (60 + 20) pour l'acte « se laver », ce qu'a du reste admis l'intimé dans le cadre de l'audition (cf. document de l'OAI, intitulé « audition », du 14 avril 2025). 10J010

- 23 - dd) S'agissant de l'acte « aller aux toilettes », la recourante demande la prise en compte de 30 minutes par jour, alors que l'intimé n'a retenu que 12 minutes par jour. Selon le rapport d'évaluation, la recourante se rend seule aux toilettes, mais un éducateur doit toujours l'accompagner pour avoir un suivi de son transit intestinal et pour lui donner des consignes pour l'essuyage. A défaut de consignes, la recourante se lève et remet son pantalon sans s'essuyer. L'enquêtrice a dès lors pris en compte un surcroît de temps de 12 minutes par jour (6 x 2 minutes) lié à un accompagnement répété aux toilettes. Comme le souligne à juste titre la recourante, la CSI prévoit, pour l'accompagnement répété aux toilettes (à partir de six fois par jour), un surcroît de temps de 5 minutes par intervention.

C'est dès lors un surcroît de temps de 30 minutes (6 x 5 minutes) au lieu de 12 minutes qui doit être retenu pour l'acte « aller aux toilettes », ce qu'a également admis l'intimé dans le cadre de la procédure d'audition (cf. document de l'OAI, intitulé « audition », du 14 avril 2025). ee) Enfin, le surcroît de temps (45 minutes) retenu par l'intimé pour l'acte « se vêtir », non contesté par la recourante, doit être confirmé. Il en va de même du temps nécessaire pour les traitements (25 minutes), ainsi que pour la surveillance particulièrement intense (4 heures). f) On parvient dès lors à un surcroît de temps de 2 heures et 35 minutes pour les actes ordinaires de la vie quotidienne (45 minutes pour « se vêtir/se dévêtir », 80 minutes pour « faire sa toilette », 30 minutes pour « aller aux toilettes »), auquel s'ajoutent 25 minutes pour les traitements et 4 heures pour la surveillance particulièrement intense.

10J010

- 24 - Le total de 7 heures ne permet pas à la recourante de prétendre à un supplément pour soins intenses plus élevé que celui qui lui a été accordé par l'intimé (à savoir « d'au moins 6 heures par jour »). 10. En l'espèce, les faits ont pu être établis à satisfaction, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Les requêtes tendant à l'audition de l'éducatrice référente de la recourante ainsi que de son psychiatre traitant, en qualité de témoins, doivent par conséquent être rejetées par appréciation anticipée des preuves. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 11. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé du 15 avril 2025 confirmée. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe. En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. 10J010

- 25 - II. La décision rendue le 15 avril 2025 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 mis à la charge de B. _____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Renato Cajas, pour la recourante, agissant par son père, - 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 10J010

- 26 - 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 : 10J010

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