

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juillet 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, juge unique

Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, agissant par sa mère **B.N.**\_\_\_\_\_, audit lieu,

et

**Office AI pour le canton de Vaud**, à [...], intimé.

---

**Art. 42<sup>ter</sup> al. 3 LAI ; art. 39 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Né le 4 mars 2013, A.N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) s'est vu diagnostiquer un syndrome d'Angelman. L'atteinte se manifeste par une épilepsie type myoclonie, un retard global du développement, un strabisme divergent de l'œil droit, un retard de croissance staturo-pondéral et des difficultés alimentaires. L'assuré a nécessité plusieurs hospitalisations, avec une supraglottoplastie en novembre 2013 et en août 2014.

En date du 2 juin 2014, la mère de l'assuré a fait parvenir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de mesures médicales pour mineurs au motif d'une infirmité congénitale dès la naissance, soit les chiffres 251 de l'OIC (ordonnance fédérale concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21, dans sa teneur au 1<sup>er</sup> mars 2012) (malformations congénitales du larynx et de la trachée), 387 (épilepsies congénitales) et 395 (légers troubles moteurs cérébraux).

**B.** Le 22 août 2014, l'assuré, par sa mère, a également déposé une demande d'allocation pour impotent, qui indiquait notamment s'agissant des données relatives à l'impotence (rubrique 5.1) :

□ Sous le chiffre 5.1.1 (« *se vêtir/se dévêtir* »), qu'en raison de son âge, mais aussi en raison de son diagnostic, l'assuré était très agité et demandait plus de temps pour être habillé ;

□ Sous le chiffre 5.1.3 (« *manger* »), que la nourriture devait être mixée en raison de la laryngomalacie, qu'il y avait un risque d'étouffement à cause de l'épilepsie et que l'enfant présentait un poids en dessous de la moyenne, impliquant la prise de six repas par jour pour compenser.

La mère de l'assuré a aussi signalé que son fils avait besoin d'aide permanente pour l'administration quotidienne de médicaments contre l'épilepsie et la constipation, et qu'il nécessitait une surveillance personnelle de jour comme de nuit en raison de l'épilepsie et d'un risque d'étouffement (laryngomalacie).

Dans ce contexte, différents documents médicaux ont été recueillis, dont un rapport du 30 juin 2014 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, et de la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin assistante, du Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, (ci-après : le Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_), qui faisait notamment état d'un enfant agité, qui bougeait beaucoup, et de l'introduction d'un traitement à l'Atarax en raison de l'agitation nocturne et des insomnies de l'assuré. Un deuxième rapport du même département du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2014, établi par la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, et par la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin assistante, décrivait également un bébé très agité, ayant des troubles du sommeil dans le contexte du syndrome, pour lesquels le traitement a été complété par l'introduction de la mélatonine.

Dans son rapport du 9 octobre 2014 adressé à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ de l'Unité de neurologie et neuroréhabilitation pédiatrique du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, a entre autres exposé que l'assuré présentait un syndrome d'Angelman, responsable d'une épilepsie, mais également de troubles moteurs sous la forme d'une hypotonie importante. Le médecin a souligné que dans quasiment tous les cas des enfants avec un syndrome d'Angelman, ceux-ci développaient par la suite une IMC [infirmité motrice cérébrale] de type ataxique avec augmentation du polygone de sustentation et marche tardive. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi une copie d'un rapport médical établi le 26 mai 2014 par ses soins et ceux de la Dresse W.\_\_\_\_\_, médecin assistante, relevant en particulier que le sommeil de l'enfant était fragmenté, avec deux ou trois réveils par nuit, sans raison apparente, que l'assuré se rendormait après un biberon et qu'un traitement médical à l'Atarax avait été débuté. Les

praticiens ont aussi relevé un état d'agitation motrice important, avec un enfant qui donne l'impression d'être « *continuellement en mouvements* ».

L'examen clinique figurant dans le rapport du 28 octobre 2014 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, de l'Unité de neuropédiatrie et neuroréhabilitation pédiatrique du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, mentionnait notamment les éléments suivants :

« Durant toute la consultation, il [l'assuré] présente une agitation motrice, sans impression d'un autre but que de saisir des objets pour les porter à la bouche, sans les manipuler ni les entrechoquer. Lorsqu'il est assis sur les genoux de sa maman, il mord la table à plusieurs reprises. Il ne porte pas ses mains à la bouche lorsqu'il ne tient pas d'objet.

Sur le plan moteur, il se retourne sans cesse sur le lit, passant du dos sur le ventre et du ventre sur le dos. Très nombreux petits mouvements du tronc et des membres lors de tous les déplacements ainsi qu'en position assise, de type dyskinétique avec une ataxie tronculaire en position assise, rate par moments l'objet qu'il souhaite attraper avec une dysmétrie, pas de franc tremor noté. »

Aux termes du rapport du 22 décembre 2014 établi par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, et le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, la polygraphie prévue dans le but d'évaluer l'indication d'une ventilation non invasive nocturne n'a pu être effectuée car l'enfant se débattait beaucoup contre les soins et les différents appareils de mesure.

**C.** Sur mandat de l'OAI, une enquête à domicile a été effectuée par une collaboratrice de l'office. Dans son rapport du 19 janvier 2015, cette dernière a indiqué ce qui suit concernant en particulier l'impotence et le degré d'assistance (rubrique 4.1) :

□ Sous le chiffre 4.1.1, pour les actes « *se vêtir/se dévêtir* », il était noté que ces actes n'étaient pas comptés en raison de l'âge de l'assuré et que l'habillage, qui se faisait en position couchée, était difficile car l'enfant bougeait beaucoup et essayait d'enlever toute ce que sa maman lui mettait.

□ Sous le chiffre 4.1.2, sous la précision « *se coucher* », il était exposé qu'avant le mois d'août 2014, les troubles du sommeil étaient très importants, l'assuré ne faisant pas la sieste, mettant entre deux et trois heures pour s'endormir le soir et se réveillant à plusieurs reprises pendant la nuit. La mère de l'assuré était épuisée. Un traitement à la mélatonine et à l'Atarax avait été introduit, permettant à l'enfant de faire une sieste d'une heure l'après-midi. Le soir, il fallait coucher l'enfant et rester un moment avec lui pour qu'il se calme et le rassurer, jusqu'à ce que la mélatonine fasse effet et qu'il puisse s'endormir. La mère de l'assuré comptait une vingtaine de minutes pour l'endormissement. L'enfant dormait jusqu'à 2h00 du matin et se réveillait. Un biberon et une capsule d'Atarax permettaient à l'enfant de se rendormir jusqu'aux alentours de 6h00 du matin, si tout allait bien. Le temps supplémentaire pour ces actes et pour les transferts posturaux s'élevait à deux heures (soixante minutes pour les transferts, dix minutes pour endormir l'enfant au moment de la sieste, vingt minutes d'endormissement le soir, trente minutes à 2h00 du matin pour donner le médicament et rendormir l'enfant), à retenir depuis le début des crises d'épilepsie, soit juin 2014.

□ Sous le chiffre 4.1.3, pour l'acte « *porter les aliments à la bouche* », il était observé que l'hypotonie ne permettait pas à l'assuré de tenir sa cuillère, ni de porter les aliments à la bouche. Il fallait complètement lui donner à manger et lui donner ses biberons de lait qu'il ne pouvait pas encore tenir. Il était noté que l'enfant ne prenait pas de poids et que les deux biberons de lait enrichi par jour étaient indiqués médicalement. Aucun temps supplémentaire n'a toutefois été retenu, avec la mention qu'à partir de treize mois, un enfant savait tenir un biberon, porter des aliments à la bouche à l'aide d'une cuillère et manger avec les doigts. Pour ce qui est de la question relative aux aliments spéciaux, il était précisé que tous les aliments devaient être mixés en raison de la laryngomalacie. Cet acte pouvait être retenu selon l'enquêtrice dès l'âge de deux ans (mars 2015 pour l'assuré), avec un surcroît de soins de dix minutes pour trois repas principaux et deux collations par jour.

□ Sous le chiffre 4.1.8, concernant l'accompagnement de l'assuré pour les rendez-vous médicaux, un temps supplémentaire total de quarante-deux minutes a été calculé.

Sur cette base, l'enquêtrice a arrêté à deux heures et quarante-deux minutes par jour l'assistance supplémentaire fournie par la mère de l'assuré. Elle a par ailleurs fait mention de trente minutes d'aide pour les soins, pour reproduire des exercices de l'entraînement appris aux séances de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que de dix minutes pour le suivi du traitement antiépileptique introduit en juin 2014. Concernant les autres actes, l'enquêtrice a relevé qu'ils n'étaient pas comptés en raison de l'âge de l'assuré ou que le temps supplémentaire n'était pas pris en considération pour les soins intenses. Le rapport constatait encore que l'assuré, n'ayant plus refait de crises d'épilepsie depuis octobre 2014, n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle permanente au sens des directives. Enfin, l'enquêtrice a ajouté dans ses remarques que durant l'entretien, l'assuré, installé dans un trotteur (youpala), essayait d'attraper tout ce qui était à sa portée et comme le logement était très petit, son périmètre de découverte très restreint, il était davantage intéressé par faire tomber la télévision et mettre les câbles à sa bouche que par ses jeux.

Par avis médical du 23 janvier 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie et médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR), exposait les éléments suivants :

« Cet enfant présente un syndrome d'Angelman avec une épilepsie qui semble être actuellement sous contrôle, avec une bithérapie. Il présente également une laryngomalacie sévère qui n'est pas encore traitée de façon optimale, malgré deux interventions chirurgicales. Pour le moment, sur le plan du développement, il présente un retard léger à modéré. Divers chiffres OIC ont été proposés.

**251 OIC** : vu la nécessité de deux interventions chirurgicales, admettre ce chiffre OIC et prendre en charge l'entier du suivi ORL sous ce chiffre.

**387 OIC** : le suivi neuropédiatrique, ainsi que le traitement de l'épilepsie peuvent être pris en charge sous ce chiffre.

**395 OIC** : vu le status neurologique pathologique, le suivi à la consultation de neuro-réhabilitation peut être, pour le moment, admis sous ce chiffre.

Avant de se prononcer sur le chiffre OIC 390, **merci de bien vouloir obtenir le rapport de la consultation conjointe de neuropédiatrie et de neuro-réhabilitation prévue fin janvier - début février 2015.** »

A teneur du rapport du 12 février 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté que sur le plan alimentaire, l'assuré commençait à prendre des morceaux (pâtes), mais que sa mère continuait à lui donner des épaississants, avec quelques petites fausses routes. Le médecin a également relevé, pour ce qui est du sommeil, qu'il était relativement correct avec la mélatonine et l'Atarax, qui étaient donné à 3-4h du matin et qui permettaient à l'enfant de dormir jusqu'à 7h du matin, en précisant dans les conclusions que la mélatonine avait été augmentée à 2 mg le soir dans l'espoir d'un effet plus durable. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore noté que l'assuré gardait une agitation motrice assez importante.

Le 12 février 2015, l'OAI a rendu trois décisions à l'égard de l'assuré. La première lui accordait un droit à la prise en charge des coûts de traitement de l'infirmité congénitale chiffre 251 de l'OIC, soit les malformations congénitales du larynx et de la trachée, pour la période du 26 juin 2013 au 30 juin 2018. La deuxième lui octroyait un droit à la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale chiffre 387 OIC (épilepsies congénitales) du 5 juin 2014 au 31 mars 2033. Enfin, la troisième le mettait au bénéfice d'un droit à la prise en charge des frais du traitement de l'infirmité congénitale chiffre 395 OIC (légers troubles moteurs cérébraux), ainsi que les appareils médicalement prescrits, nécessaire au traitement, du 26 juin 2013 jusqu'au 31 mars 2015 (fin du mois de son deuxième anniversaire).

Suite à une consultation au Département médico-chirurgical du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, et la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont rédigé un rapport le 31 mars 2015, dont on extrait ce qui suit concernant le sommeil de l'assuré :

« Il [l'assuré] dort d'ailleurs de manière anarchique mais cela est plutôt mis sur le compte de sa pathologie neurologique. Il s'endort le soir vers 20h après sa dose de Mélatonine, se réveille vers 2h du matin, la maman lui donne alors une dose d'Atarax. Il se rendort parfois jusqu'à 7h, mais plusieurs fois par semaine il reste éveillé pendant plusieurs heures d'affilée. »

Aux termes de l'avis médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 7 mai 2015, le chiffre 390 OIC (paralysies cérébrales congénitales) pouvait être admis dans le cas de l'assuré vu la description clinique faite par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 octobre 2014.

Selon deux décisions du 28 mai 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à la prise en charge d'une part, des coûts du traitement de l'infirmité congénitale chiffre 390 OIC (paralysies cérébrales congénitales), ainsi que des appareils médicalement prescrits, du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2033, et d'autre part, des coûts sur le plan nutritionnel (pompe de nutrition, matériel, produits nutritionnels) du 9 septembre 2014 au 30 septembre 2019. L'office a prononcé plusieurs autres décisions à l'égard de l'assuré, le mettant au bénéfice de différents moyens auxiliaires, ainsi que de la prise en charge des coûts des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie ambulatoire.

**D.** En date du 3 août 2015, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant d'une part, un droit à une allocation pour une impotence de degré faible dès le 1<sup>er</sup> juin 2015 et d'autre part, un refus du droit au supplément pour soins intenses. L'office a en particulier retenu que l'intéressé avait certes besoin, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge, d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir deux actes ordinaires de la vie, à savoir manger dès treize mois et marcher dès quinze mois, mais que ce surcroît de soins d'une durée de deux heures et quarante-deux minutes par jour - donc inférieur aux quatre heures requis - n'ouvrait pas le droit au supplément pour soins intenses. Le projet précisait encore qu'une révision de la situation devait avoir lieu en mars 2016.

Par écrit du 23 septembre 2015, la mère de l'assuré, assistée de l'association P. \_\_\_\_\_, a fait savoir à l'OAI qu'elle contestait le projet

de décision précité en tant que celui-ci ne tenait pas compte des réveils de l'enfant entre 2h00 et 4h00 du matin, chaque jour depuis le début de l'été, son fils ne pouvant plus se rendormir après une première tranche de sommeil malgré la médication. La mère de l'assuré a également allégué qu'il nécessitait beaucoup plus de temps pour les trois repas principaux et les collations que les dix minutes retenues après déduction de l'heure habituellement comptée pour un enfant de son âge. B.N.\_\_\_\_\_ a encore informé l'OAI que la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, et la logopédiste V.\_\_\_\_\_ avaient été sollicitées pour fournir un rapport attestant des éléments évoqués.

Par décision du 28 septembre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 3 août précédent, sans se prononcer sur les objections formulées par l'assuré.

Il ressort d'une note du 7 octobre 2015 qui figure au dossier de l'OAI et qui concerne un entretien téléphonique entre l'association P.\_\_\_\_\_ et un collaborateur de l'office que le courrier de la mère de l'assuré du 23 septembre 2015 et l'envoi de la décision du 28 septembre 2015 s'étaient croisés. Le collaborateur a indiqué durant l'appel que la décision précitée n'étant pas encore entrée en force, les arguments fournis à l'encontre du projet de décision du 3 août 2015 seraient par conséquent examinés. La note mentionnait encore des informations reçues s'agissant des réveils nocturnes, soit que la mère de l'assuré tentait de le rendormir, sans toutefois y parvenir, et que l'enfant restait dans son lit à barreau, en sollicitant sans cesse sa mère, qui était couchée sur le canapé à côté de lui. Cette dernière ne pouvait pas dormir et l'enfant grandissait et essayait de passer par-dessus les barrières. La note rapportait également que la prise d'antiépileptique à 8h permettait à l'assuré de s'endormir, mais seulement durant 1h ou 1h30.

Par courrier du 9 octobre 2015, l'OAI a informé la mère de l'assuré que la décision du 28 septembre 2015 n'étant pas encore entrée en force au moment de la réception de son courrier du 23 septembre 2015, la décision précitée était retirée et par conséquent annulée. L'office

a précisé que des mesures d'instruction complémentaires seraient nécessaires.

En date du 28 octobre 2015, l'assuré a remis à l'OAI le rapport du 5 octobre 2015 de Mme V. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Je suis ce petit garçon depuis octobre 2014 en logopédie spécialisée Bobath, pour difficultés alimentaires dans le cadre du syndrome d'Angelman.

Il s'agit de fausses-routes sur laryngomalacie, de retard d'acquisition de la mastication et d'hypersensibilité intra buccale.

Une partie de la prise en charge consiste en guidance parentale, et Mme B.N. \_\_\_\_\_ effectue les exercices et suit les procédures proposées lors des repas et du brossage des dents au domicile.

Cette façon de faire nécessite une implication plus importante des parents, et permet parallèlement de réduire le nombre de séances de thérapie.

En plus de l'attention et des soins habituellement requis pour un enfant de 2,5 ans, A.N. \_\_\_\_\_

- Nécessite un adulte à côté de lui pour toute la durée du repas : n'est pas encore autonome avec la cuillère, surveillance de la quantité car risques élevés de fausses-routes (laryngomalacie), aussi pour les boissons. Morceaux doivent être donnés un à un.
- Durée moyenne des repas 45 à 60 minutes
- Ne peut pas manger la nourriture de la famille, (idem risques de fausses-routes), mais nécessite une cuisson séparée des légumes, un choix de viande restreint, l'ajout de sauce, des féculents spéciaux : Temps de préparation est plus long.
- Le temps nécessaire pour les courses (sans compter le coût) est aussi plus élevé.
- Le brossage des dents est spécifique : massages dans la bouche à faire avant le brossage proprement dit, 10 min. »

Quant au rapport médical de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2015, également transmis par l'assuré, il exposait ce qui suit :

« Suite à l'évaluation des prestations pour l'enfant susnommé, j'aimerais corriger 2 points concernant la durée des actes suivants :

1. Pour le coucher, A.N. \_\_\_\_\_ nécessite en plus :
  - 10 min d'endormissement pour la sieste
  - 20 min d'endormissement pour le soir

De plus, il se réveille entre 2h et 4h du matin, et souvent ne se rendort plus jusqu'au matin, soit un total de 270 min de surplus pour le sommeil.

2. Pour le repas, il a été tenu compte d'un surcroît de 10 min de plus qu'1h habituellement comptée pour 1 enfant de son âge. Cette durée est bien inférieure au temps nécessaire pour A.N.\_\_\_\_\_.

En effet, A.N.\_\_\_\_\_ n'est pas autonome, la maman doit le nourrir elle-même, elle doit constamment le surveiller car il risque de faire des fausses-routes.

La préparation des repas est en plus compliquée car il ne peut manger les mêmes aliments que le reste de la famille, la maman doit tout mixer. Il est très distrait, ce qui rend la durée du repas plus longue car il tourne sans arrêt la tête pour regarder autre chose. »

**E.** Sur demande de l'OAI en vue de la révision du droit à l'allocation pour impotent, la mère de l'assuré a complété le 22 mars 2016 un nouveau formulaire concernant son fils. S'agissant de l'aide fournie par un tiers en raison de l'impotence (rubrique 5.1), la mère de l'assuré a notamment relevé :

□ Sous le chiffre 5.1.1 (« *se vêtir/se dévêtir* »), que son fils se débattait beaucoup et qu'il nécessitait une aide complète pour l'habillage et le déshabillage ;

□ Sous le chiffre 5.1.3 (« *manger* »), qu'en raison de la laryngomalacie, les aliments devaient être mixés, soit pour quatre repas par jour, différents de ceux qu'elle préparait pour elle-même, et qu'elle ne mangeait pas en même temps que son fils. Ce dernier prenait en plus trois biberons par jour.

Pour l'acte « *se coucher* » (chiffre 5.1.2), aucune indication n'a été précisée, les remarques formulées portant sur les actes « *se lever/s'asseoir* ».

Le nouveau rapport d'enquête du 18 avril 2016, établi par une collaboratrice de l'OAI suite à l'enquête du 6 avril 2016, concluait à un temps supplémentaire total de cinq heures et trente-deux minutes, à raison de quatre heures et dix minutes pour les actes de la vie, quinze minutes pour les soins de base et une heure et sept minutes pour les traitements. Le rapport précisait que l'enfant ayant atteint l'âge de trois

ans, quinze minutes seulement pouvaient être déduites pour les repas – contre soixante minutes auparavant –, que quinze minutes pouvaient être ajoutées pour l’habillage et quinze minutes pour aller aux toilettes, l’enfant devant être langé. S’agissant des indications relatives à l’impotence et au degré d’assistance, l’enquêtrice a décrit les actes « *s’habiller* », « *se coucher* » et « *manger* » de la manière suivante :

□ Pour l’acte « *s’habiller* » (chiffre 4.1.1), une aide totale à se vêtir était nécessaire, l’assuré n’essayant pas d’enfiler ses habits. L’habillage était difficile car l’enfant bougeait tout le temps, se raidissait et s’agrippait avec beaucoup de force.

□ Pour l’acte « *se coucher* » (chiffre 4.1.2), il était rapporté que le soir, l’assuré était mis dans son sac de couchage et couché dans son lit à 20h. Il s’endormait très vite sous l’effet de la mélatonine, mais il dormait très peu, se réveillant à 2h et 4h du matin. Il se mettait debout et secouait les barreaux de son lit, réveillant même la voisine qui dormait juste en-dessous de la chambre à coucher.

□ Pour l’acte « *manger* » (chiffre 4.1.3), il était mentionné que l’assuré ne pouvait pas manger de nourriture solide en raison des fausses routes. Sa maman l’installait dans sa chaise haute et lui donnait à manger avec la cuillère, vu qu’il ne savait pas le faire seul. Il mettait le manche à la bouche, jouait avec la nourriture et renversait l’assiette, empêchant sa mère de manger avec lui. Il mangeait de la semoule au petit-déjeuner (quinze minutes) et les repas de midi étaient mixés (deux fois trente minutes). Une collation de quinze minutes a été indiquée, ainsi que le fait que l’assuré était capable de tenir son biberon.

Sous la rubrique « *Descriptions des soins apportés* » (chiffre 4.3.1) figurait ce qui suit :

« [...] La nuit, il [l’assuré] se met debout dans son lit et secoue les barreaux de son lit. La voisine se plaint du bruit car l’empêche de dormir. La maman de l’assuré, également, ne dort pas.  
Au Q.\_\_\_\_\_, il dort dans un drap Zewi sur un matelas à même le sol. Il est en sécurité même réveillé.

Lors de l'entretien, il a été discuté de mettre le petit lit au salon, posé sur quelque chose d'épais pour étouffer le bruit mais selon les propos de la maman et de l'assistante sociale, il n'est pas possible pour la maman de faire tous les soirs ce déménagement. Il est nécessaire de trouver rapidement un autre appartement. Selon les propos de PI, une surveillance nocturne est justifiée dans cette situation.

Il nous semble que dans un premier temps, le dommage doit être réduit par une nouvelle organisation du petit appartement ou par un déménagement dans un appartement adapté aux besoins de cet assuré et de sa maman.

Nous laissons à l'administration de décider si une surveillance nocturne est justifiée avant les 4 ans de l'assuré. »

Le rapport précité retenait enfin, sous la mention « *Remarques* », les éléments suivants :

« Le besoin d'aide et le temps SSI ont augmenté par rapport à l'enquête faite le 16.01.2016 puisque l'assuré à 3 ans.

Concernant l'audition par rapport à l'enquête faite le 16.01.2015, après évaluation du dossier, le temps SSI n'atteint pas les 4h :

Le temps SSI de 120 min pour les transferts est justifié.

Le rapport de la logopédiste indique un temps de repas de 45 à 60 min, temps indiqué qui correspond à la préparation de la nourriture mixée et la prise de repas. Selon les propos de la maman, le temps effectif pour donner à manger à son fils est de 30 min midi et soir avec un temps de 15 min pour le matin et la collation. (SSI 40 min avant 3 ans)

Pour la surveillance nocturne, il nous semble qu'elle n'est pas encore justifiée puisque tout n'a pas été mis en œuvre pour limiter le dommage.

Au Q. \_\_\_\_\_, une solution a été trouvée pour que la nuit se passe au mieux en mettant un matelas par terre et en utilisant un drap Zewi. La surveillance pourrait être réévaluée à 4 ans. »

Par nouvelle décision du 26 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 août 2015 en indiquant que le temps supplémentaire pour les actes « *transferts posturaux* » et « *manger* », respectivement de cent-vingt et de quarante-cinq minutes, était correct et que malgré la prise en compte à partir de quinze mois d'un troisième acte, à savoir « *la marche* », le droit au supplément pour soins intenses n'était pas ouvert. L'office a retenu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux au dossier justifiant une surveillance nocturne et que l'aménagement mis en place au centre d'accueil Q. \_\_\_\_\_ permettait à l'assuré de se réveiller la nuit en toute sécurité, aménagement qui avait même été envisagé au domicile par la mère de l'assuré.

Se fondant sur le rapport d'enquête du 6 avril 2016, un nouveau projet de décision a été adressé à l'assuré en date du 26 avril 2016, prévoyant une révision de l'allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, ainsi qu'un supplément pour soins intenses de quatre heures par jour à partir de la même date. Le rapport précisait aussi ce qui suit :

« Si vous estimez que la nécessité d'une surveillance nocturne se poursuit au-delà de l'âge de 4 ans, vous pouvez réclamer une révision sur demande. Cette surveillance nocturne devra faire l'objet d'une attestation médicale étayée. »

Par décision du 6 juin 2016, l'OAI a confirmé ce projet du 26 avril.

**F.** A.N.\_\_\_\_\_, agissant par sa mère, a recouru le 27 mai 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 26 avril 2016, concluant à sa réforme en ce sens qu'un droit au supplément pour soins intenses lui soit reconnu à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015. En substance, il reproche à l'OAI d'avoir retenu un temps supplémentaire pour soins intenses inférieur à quatre heures par jour. Plus précisément, le recourant relève que l'office a ignoré à tort ses réveils chaque nuit entre 2h et 3h du matin, sans endormissement ensuite, obligeant sa mère à s'occuper de lui toute la journée jusqu'au soir. S'agissant de l'aménagement proposé au moyen d'un matelas au sol avec un drap Zewi, le recourant fait valoir que l'appartement est très petit et qu'il n'est dès lors pas possible de réaliser cette proposition. Il ajoute que contrairement aux indications de l'enquête du 6 avril 2016, il n'appartenait pas à l'administration de décider si une surveillance nocturne était justifiée avant l'âge de quatre ans et que la situation n'avait pas changé entre le moment de l'enquête et avant. Il invoque également l'épuisement de sa mère justifiant la reconnaissance des réveils nocturnes. Le recourant fait aussi référence au projet de décision du 26 avril 2016 mentionnant qu'une révision de la demande de supplément pouvait être requise si la nécessité d'une surveillance nocturne se poursuivait au-delà de l'âge de quatre ans. Le recourant en conclut que

l'intimé reconnaît implicitement la nécessité d'une surveillance la nuit. S'agissant des repas, le recourant allègue que les attestations médicales produites confirment que le temps nécessaire est plus long que celui pour un enfant sans handicap, la durée de préparation de la nourriture (au vu du régime particulier suivi) n'ayant notamment pas été prise en compte.

Dans sa réponse du 30 août 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI a rappelé les règles relatives au surcroît de soins en cas de surveillance nocturne, en particulier le fait qu'avant l'âge de quatre ans, un enfant pouvait nécessiter une telle surveillance indépendamment de son état de santé, raison pour laquelle aucun temps supplémentaire n'a été retenu dans le cas du recourant. Pour ce qui est de l'acte « *manger* », l'intimé s'est référé au rapport de la logopédiste du 5 octobre 2015, ainsi qu'aux déclarations de la mère durant l'enquête. En déduisant le temps nécessaire pour un enfant jusqu'à trois ans, l'OAI a pris en compte quarante minutes additionnelles et conclu à un total inférieur à quatre heures après ajout des cent-vingt minutes pour les transferts.

Par réplique du 11 octobre 2016, le recourant a confirmé ses précédents motifs et conclusions, notamment s'agissant de la surveillance nocturne qui devait être retenue avant l'âge de quatre ans dans son cas vu les mesures - irréalisables selon lui - proposées par l'OAI. S'agissant de l'aménagement de l'appartement, il a suggéré une inspection locale pour constater l'exiguïté des lieux. Le recourant a en outre prétendu que les rapports de Mme V. \_\_\_\_\_ et de la Dresse G. \_\_\_\_\_ des 5 et 9 octobre 2015 n'indiquaient pas le temps total pour l'acte « *manger* », mais que les thérapeutes retenaient en réalité un temps nécessaire compté en plus du temps prévu pour un enfant sans handicap.

Dupliquant le 3 novembre 2016, l'intimé a maintenu sa position.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20], identique dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2014). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

La présente procédure portant sur le refus d'un supplément pour soins intenses - du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016 (deux cent septante-quatre jours) - la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que le litige relève de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte en l'espèce sur le point de savoir si l'intimé, dans sa décision du 26 avril 2016, était fondée à refuser – pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016 – le droit du recourant à un supplément pour soins intenses.

En revanche, ni le droit à une allocation pour une impotence de degré faible (du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016), ni la date de début du droit ne sont contestés.

**3.**        **a)** A titre liminaire, il est précisé que le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; TFA I 684/05 du 19 décembre 2006 consid. 1).

**b)** Selon l'art. 42<sup>ter</sup> al. 3 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20, identique dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2014), l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses ; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 60 % du montant maximum de la rente vieillesse au sens de l'art. 34 al. 3 et 5 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), lorsque le besoin de soins découlant de l'invalidité est de huit heures par jour au moins, à 40 % de ce montant maximum, lorsque le besoin est de six heures par jour au moins, et à 20 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins. Le supplément est calculé par jour. Le Conseil fédéral règle les modalités.

Faisant usage de cette délégation de compétence, le gouvernement fédéral a notamment édicté l'art. 39 RAI (Règlement du 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) qui précise que, chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42<sup>ter</sup> al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (al. 1). N'est pris en considération dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (al. 2). 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 (al. 3).

Pour la détermination des besoins en soins intenses, les organes de l'AI disposent d'un large pouvoir d'appréciation pour autant que les faits aient été élucidés de manière satisfaisante (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 633 n° 2366).

**c)** Selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (ci-après : la CIIAI, dans sa version au 1<sup>er</sup> janvier 2015) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), les mineurs ont droit à un supplément pour soins intenses lorsqu'ils ont droit à une allocation pour impotent, qu'ils ne séjournent pas dans un home, que l'assistance est nécessaire en raison de l'atteinte à leur santé et que cette assistance découlant de l'invalidité nécessite, en comparaison avec les mineurs ne souffrant d'aucun handicap, quatre heures ou plus par jour en moyenne (ch. 8070 CIIAI).

Les mineurs ont droit au supplément pour les jours pour lesquels ils ont droit à une allocation pour impotent (ch. 8073 CIIAI).

Est déterminant le surcroît de temps consacré à l'assistance par rapport aux mineurs du même âge non handicapés et découlant de traitements (mesures médicales, pour autant qu'elles ne soient pas fournies par des auxiliaires paramédicaux, ch. 8077) et/ou de soins de base (ch. 8076). L'annexe IV indique le temps normalement consacré à l'assistance des mineurs non handicapés (ch. 8074).

Il y a surveillance permanente particulièrement intense lorsqu'on exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante. La nécessité d'une surveillance pendant la nuit ne constitue pas une condition pour la reconnaissance d'une surveillance particulièrement intense (ch. 8079).

L'annexe III de la CIIAI relative aux recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs comporte différents tableaux. Celui qui concerne l'acte « *se vêtir et se dévêtir* » se présente comme suit :

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
1. Se vêtir et se dévêtir	
A 3 ans, un enfant peut se vêtir et se dévêtir, quoiqu'il ait encore besoin d'aide pour quelques opérations telles que boutonner et déboutonner ses habits. A 5 ans, il met ses chaussures au bon pied et remarque l'endroit et l'envers des habits. Il peut en général s'habiller et se déshabiller seul. A 6 ans, un enfant peut lacer ses souliers (déterminant pour les enfants	Pose de prothèses et d'orthèses : dès le début du surcroît de soins. En cas de forte spasticité (par ex. IMC) : dès le début du surcroît de soins.

<p>qui doivent porter des chaussures à lacets en raison de leur handicap). Les boutons ne lui posent plus de difficultés.</p> <p>A partir de <i>10 ans</i>, il n'a plus besoin de contrôle.</p>	
---	--

Quant à l'acte « *manger* », les indications suivantes sont données :

3. Manger	
<p>A <i>13 mois</i>, l'enfant peut boire seul au biberon et manger lui-même de petits morceaux (de biscuit ou de fruits) avec les doigts.</p> <p>A <i>18 mois</i>, l'enfant peut manier sa cuillère avec assurance, de même que sa tasse, qu'il soulève et repose seul lorsqu'il a bu.</p> <p>A <i>3 ans</i>, il n'a plus que rarement besoin d'aide pour manger de la nourriture coupée en morceaux. Il sait se servir d'une cuillère et d'une fourchette.</p> <p>A <i>6 ans</i>, il peut couper lui-même ses aliments (excepté les aliments relativement durs comme la viande, etc.). Il se sert de ses couverts sans plus aucun problème.</p> <p>A <i>8 ans</i>, l'enfant mange de façon indépendante y compris les aliments relativement durs.</p>	<p>Il faut également prendre en considération comme surcroît de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la préparation de purées ou de bouillies alors que l'âge est normalement passé (2 ans),</li> <li>- des aliments coupés en petits morceaux, alors que l'âge est normalement passé (4 ans),</li> <li>- l'alimentation par sonde (dès le début du surcroît de soins),</li> <li>- la surveillance en raison de risque d'étouffement en mangeant (par ex. épilepsie), ch. 8031 (dès 13 mois),</li> <li>- des repas plus fréquents (à partir de cinq repas par jour, par ex. en cas de troubles du métabolisme et d'affections de l'estomac et des intestins ; dès le début du surcroît de soins),</li> <li>- pour les enfants autistes / hérétiques : devoir continuellement les ramener à table pendant qu'ils mangent (dès 6 ans).</li> </ul>

L'annexe IV de la CIIAI précise les valeurs moyennes d'aide en fonction de l'âge. Pour l'acte « *se vêtir et se dévêtir* », vingt minutes sont

retenues jusqu'à trois ans et quinze minutes jusqu'à six ans. Pour l'acte « *manger* », cent-cinq minutes sont comptées jusqu'à treize mois, nonante minutes jusqu'à dix-huit mois, soixante minutes jusqu'à trois ans et quinze minutes jusqu'à six ans.

**d)** Concernant la procédure à suivre, la CIIAI précise qu'il incombe à l'office AI 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).

**5.** En l'espèce, il sied tout d'abord de préciser que l'allocation pour impotent a été octroyée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015, élément non contesté par le recourant. A cette date, il était âgé de deux ans et trois mois, soit de vingt-sept mois.

Il y a donc lieu de considérer les actes qui peuvent entrer en ligne de compte dans le cadre du supplément pour soins intenses s'agissant d'un enfant de cet âge, le recourant reprochant à l'intimé de ne pas avoir retenu suffisamment de temps pour les actes « *se coucher* » et « *manger* ».

**a)** Concernant en premier lieu les réveils nocturnes du recourant, les différents rapports médicaux au dossier (notamment ceux du Dr L.\_\_\_\_\_ et de la Dresse W.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2014, du Dr L.\_\_\_\_\_ du 12 février 2015, de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2015), ainsi que le rapport d'enquête du 19 janvier 2015 mentionnent que l'enfant se rendort dans la nuit, une fois la médication prise. C'est seulement à partir de l'été 2015 que la mère du recourant a indiqué que l'enfant ne se rendormait plus après une première tranche de sommeil malgré la médication, ce qui a également été mis en avant par la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 octobre 2015.

Le recourant soutient que le temps supplémentaire pour la surveillance nocturne aurait dû être reconnu par l'intimé et ajouté dans le calcul du supplément pour soins intenses, vu l'impossibilité de mettre en place l'aménagement proposé au moyen d'un matelas au salon avec une couverture Zewi, comme cela était pratiqué au centre d'accueil Q.\_\_\_\_\_. L'intimé a quant à lui examiné cette problématique et considéré que malgré les déclarations de la mère du recourant, il était possible de d'adapter le logement selon le système proposé.

A l'instar de l'intimé, la Cour de céans considère que l'aménagement du lit du recourant, tel que mis en place au centre d'accueil, paraît raisonnablement exigible. Il ressort d'ailleurs du rapport d'enquête que la maman invoque en réalité le fait qu'il n'est pas possible pour elle de faire tous les soirs ce déménagement, plutôt que l'exiguïté de l'appartement ou l'inefficacité du système. Il ne ressort pas non plus du dossier que la mère du recourant aurait essayé la couverture Zewi sur le lit actuel de l'enfant et que cette mise en place se serait révélée inefficace.

Les autres critiques du recourant concernant la surveillance nocturne, notamment sa prétendue reconnaissance implicite par l'intimé, ne lui sont d'aucun secours dès lors que la nécessité d'une telle surveillance n'est pas prouvée, vu l'existence d'une alternative – dont l'efficacité n'est pas contestée –, et que les conditions d'une surveillance personnelle ne sont pas remplies.

Par conséquent, l'intimé a retenu à juste titre soixante minutes pour l'acte « *se coucher* » tant dans son rapport du 19 janvier 2015 que dans celui du 18 avril 2016, sans temps additionnel pour la surveillance nocturne.

**b)** Pour ce qui est de l'acte « *manger* », dans le premier rapport du 19 janvier 2015, l'enquêtrice a compté dix minutes de temps supplémentaire pour la préparation de la nourriture à partir de l'âge de

deux ans. Elle a en outre indiqué que la mère donnait deux biberons par jour à l'enfant et que ce dernier n'arrivait pas à les tenir seul.

Dans le second rapport d'enquête du 6 avril 2016, l'enquêtrice a néanmoins tenu compte de cent minutes pour les repas - avec la préparation, mais sans les biberons - et mentionné qu'avant trois ans, la déduction était de soixante minutes, donnant un supplément pour soins intenses de quarante minutes. Ce rapport indique que la mère du recourant a confirmé le temps des repas et qu'au moment de ce second rapport, soit à l'âge de trois ans et un mois, le recourant savait tenir seul son biberon.

La Cour de céans constate que les deux rapports d'enquête sont en contradiction s'agissant du temps supplémentaire pour l'acte « *manger* », l'un retenant dix minutes à partir de deux ans et l'autre mentionnant quarante minutes avant trois ans. Vu le rapport de la logopédiste du 5 octobre 2015, les déclarations de la maman et l'âge du recourant, soit vingt-sept mois, il apparaît que c'est le temps mentionné dans le rapport du 18 avril 2016 qui est justifié, soit quarante minutes supplémentaires.

Toutefois, même dans ce second rapport, la collaboratrice de l'OAI a ignoré - à tort - le temps nécessaire pour la prise de deux biberons par jour avant l'âge de trois ans. Le rapport du 19 janvier 2015 mentionne en effet que le recourant ne sait pas tenir seul son biberon, contrairement à un enfant de treize mois. L'intimé aurait donc dû ajouter un temps supplémentaire pour cet acte. Il convient de prendre en considération un temps additionnel de dix à vingt minutes par biberon, au vu notamment du temps nécessaire pour endormir l'enfant le soir, soit vingt minutes, et pour le faire dormir à nouveau pendant la nuit après lui avoir donné un biberon (rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ et de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 26 mai 2014 et rapport d'enquête du 19 janvier 2015), soit trente minutes.

Par conséquent, un temps de repas de cent minutes (avec la préparation) est nécessaire, auquel il convient d'ajouter vingt à quarante

minutes pour la prise de deux biberons, jusqu'à l'âge de trois ans, soit un total de cent-vingt à cent-quarante minutes. Pour un enfant sans handicap entre dix-huit mois et trois ans, le temps à déduire est de soixante minutes. La Cour de céans retient ainsi un supplément de soixante à huitante minutes pour l'acte « *manger* », du 1<sup>er</sup> juin 2015 jusqu'aux trois ans du recourant, soit au 29 février 2016, date de la révision de la décision.

**c)** Au vu de ce qui précède, l'addition des différents temps supplémentaires permet de retenir un surcroît pour soins intenses de quatre heures au moins. En effet, le rapport du 19 janvier 2015 fait état de cent-vingt minutes pour les transferts posturaux et l'acte « *se coucher* » (chiffre 4.1.2), quarante-deux minutes pour l'accompagnement (chiffre 4.1.8), trente minutes pour les soins (chiffre 4.2.1), auxquelles il faut ajouter soixante à huitante minutes pour l'acte « *manger* », soit un total de quatre heures et douze minutes au minimum ( $120 + 42 + 30 + 60 = 252$  minutes = 4h12).

On constate à titre superfétatoire que selon l'Annexe III de la CIIAI, un temps supplémentaire pour l'acte « *se vêtir* » doit être pris en considération en cas de forte spasticité, dès le début du surcroît de soins. L'Annexe IV précise que vingt minutes peuvent être décomptées jusqu'à l'âge de trois ans. En l'espèce, le chiffre 390 OIC a été retenu par l'OAI dans la situation du recourant, soit des légers troubles moteurs. Les rapports médicaux décrivent un bébé qui donne l'impression d'être « *continuellement en mouvements* », empêchant même les médecins de réaliser une polygraphie (rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2014). Dans le second rapport d'enquête du 18 avril 2016, quarante-cinq minutes ont d'ailleurs été retenues pour l'acte « *se vêtir/se dévêtir* ». Ces difficultés étaient du reste déjà mentionnées dans le formulaire d'allocation pour impotent rempli le 22 août 2014 par la mère du recourant, ainsi que dans le rapport d'enquête du 19 janvier 2015. Vu l'infirmité motrice cérébrale, l'ajout de vingt-cinq minutes supplémentaires (45 - 20) aurait pu être envisagé. Cela étant, la question peut rester ouverte dès lors que les quatre heures exigées au sens de l'art. 39 RAI

sont atteintes sans cet acte additionnel, qui ne permet toutefois pas d'arriver au palier suivant, soit six heures de surcroît pour soins intenses.

**6. a)** En définitive, la décision attaquée du 26 avril 2016 est réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'un supplément pour soins intenses de quatre heures par jour du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

Bien qu'obtenant gain de cause, le recourant, qui a agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 26 avril 2016 est réformée, en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'un supplément pour soins intenses de quatre heures par jour du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- A.N. \_\_\_\_\_,
- 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 :