

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2017

Composition : M. NEU, président
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, agissant pour son fils **C.** _____, représentée par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 42^{ter} al. 3 LAI ; 39 RAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. Les parents de C._____ (ci-après : l'assuré), né en 2001, ont déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en sa faveur le 22 août 2001, au motif qu'il souffrait d'une infection néonatale suite à sa naissance prématurée à 34 semaines. Un retard de développement a été décelé dès mars 2002, de même que des troubles du tonus et de la posture.

Par décision du 25 août 2003, l'OAI a pris en charge les frais de traitement lié à ces atteintes du 1^{er} octobre 2002 au 31 juillet 2003 ainsi que les coûts d'éducation précoce par le service éducatif itinérant de mai 2003 à juillet 2006.

Une demande d'allocation pour mineurs impotents a été déposée auprès de l'OAI le 20 janvier 2004.

Il ressort de l'enquête relative à l'impotence effectuée le 10 mars 2004 que l'assuré avait besoin d'une aide complète pour se vêtir / se dévêtir, pour couper les aliments et les porter à la bouche et n'était pas totalement autonome pour se relever. Il avait également besoin d'une aide complète pour faire sa toilette et aller aux toilettes ainsi que pour se déplacer. Sa mère consacrait une heure par jour à lui faire répéter des exercices de physiothérapie. Le temps supplémentaire total d'aide était de 2h59.

Dans des rapports médicaux des 5 mai et 12 juillet 2004, les Dresses G._____, spécialiste en pédiatrie et neuropédiatrie, et Q._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic d'infirmité motrice cérébrale de type ataxique (chiffre OIC 390). Elles notaient l'apparition d'une ataxie axiale et probablement oculaire, en plus de la microcéphalie, de l'hypotonie et du retard global du développement connus depuis la naissance. Elles exposaient que l'enfant marchait depuis environ un mois, de manière lente et incertaine avec perte d'équilibre lors des

changements de direction ; il aidait à l'habillement mais ne se déshabillait pas ni ne s'habillait seul, il mangeait seul depuis l'âge de 19 mois ; il portait encore des langes jour et nuit.

Dans un rapport médical du 16 août 2004, la pédiatre M. _____ a indiqué que l'assistance et la surveillance personnelle découlant du handicap de l'assuré entraînaient des frais supplémentaires par rapport à une personne du même âge depuis mars 2002. Elle a précisé, dans un rapport complémentaire du 18 août 2004, que l'enquête pour allocation pour impotent était tout à fait cohérente et correspondait aux besoins de l'enfant.

Par décision du 25 octobre 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures médicales, sous la forme d'une prise en charge des coûts de traitement de l'infirmité congénitale n° 390, du 1^{er} août 2003 au 31 août 2021.

Par décision du 27 octobre 2004, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une allocation pour impotent. L'office intimé a admis une impotence faible du 1^{er} mars au 30 septembre 2004, l'assuré ayant besoin de l'aide d'un tiers pour marcher et manger, puis une impotence moyenne du 1^{er} octobre 2004 au 31 juillet 2019, étant donné qu'il avait besoin d'aide pour se déplacer, manger, s'habiller et aller aux WC. Il lui a en revanche nié le droit à un supplément pour soins intenses puisque son surcroît de soins par jour était d'une durée de 2h59, soit moins que les quatre heures ouvrant le droit à un tel supplément.

B. Dans le cadre d'une révision initiée d'office, une nouvelle enquête relative à l'impotence a été réalisée le 27 mars 2008. Il en ressortait que l'assuré avait besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, préparer les vêtements, couper les aliments, se laver, aller aux toilettes, pour se déplacer à l'extérieur du fait qu'il n'avait pas le sens du danger, pour établir des contacts et pour se rendre chez le médecin. Le temps supplémentaire d'aide était évalué à 2h06 par jour. Il avait par ailleurs

besoin d'une surveillance personnelle constante de jour compte tenu de son hyperactivité et de son comportement immature.

Il ressort d'un rapport établi au D. _____ le 9 juin 2008 par les Drs P. _____, pédiatre, et Z. _____, médecin praticien, qu'un bilan psychologique de l'assuré effectué en juin 2006 avait conclu à une déficience mentale modérée prédominant sur le versant langagier, accompagnée d'un déficit d'attention avec une agitation motrice importante.

Dans un rapport du 9 juillet 2008, la Dresse M. _____ a confirmé les conclusions de l'enquête relative à l'impotence.

Le 29 juillet 2008, l'OAI a fait parvenir à E. _____ un projet de décision reconnaissant à son fils le droit à une allocation pour une impotence de degré moyen et à un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de plus de 4 heures par jour.

Par courrier du 1^{er} septembre 2008, E. _____ s'est opposée à ce projet de décision au motif que C. _____ nécessitait une surveillance personnelle permanente toute la journée et que le temps lié à l'accomplissement des actes était en réalité de 3 heures, précisant qu'elle avait sous-estimé ce temps, notamment du fait qu'elle devait sans cesse tenir l'assuré pour éviter qu'il ne s'échappe.

Dans un rapport médical du 7 octobre 2008, la Dresse M. _____ a confirmé que l'assuré mettait tout à la bouche, qu'il n'avait aucune conscience du danger ni aucune activité autonome, qu'il bougeait tout le temps, qu'il n'obéissait pas aux interdictions et devait être surveillé constamment.

Par décision du 24 novembre 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une allocation pour une impotence moyenne du 1^{er} octobre 2007 au 31 juillet 2019, ainsi que le droit à un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de plus de 6 heures par jour, à savoir 2h06 de

temps supplémentaire pour l'accomplissement des actes ordinaires et 4 heures de surveillance personnelle permanente très intense.

C. Une procédure de révision de l'allocation pour impotence a été initiée en octobre 2011.

Il ressortait notamment du bilan pédagogique effectué en juin 2011 par les enseignantes spécialisées de C. _____ à l'Ecole de [...] que le fait d'accomplir seul une tâche restait très difficile pour lui. Sans avoir de problème pour enlever souliers ou habits, il était, malgré cela, indispensable qu'il soit soutenu dans ces gestes.

Dans un rapport médical du 31 octobre 2011, les Drs P. _____ et Z. _____ ont exposé que l'autonomie de l'assuré au quotidien s'améliorait en ce qui concernait le déshabillage et les repas, mais qu'il devait encore être soutenu dans les gestes au moins verbalement pour l'habillage et l'hygiène. Sa mère lui brossait toujours les dents. Un traitement de Ritaline avait été introduit les jours d'école et lui permettait de mieux se concentrer, même s'il demeurait agité.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, E. _____ a déclaré le 9 novembre 2011 qu'il n'y avait pas eu de changement en rapport avec les besoins d'aide de son fils.

Dans un rapport du 26 janvier 2012, la Dresse M. _____ indiquait que la situation de C. _____ était identique à celle de 2008.

Une nouvelle enquête pour impotence a été réalisée le 18 avril 2012 et a fait l'objet d'un rapport établi le 26 avril 2012. Il en ressortait que l'assuré nécessitait toujours de l'aide pour se vêtir, couper ses aliments, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer à l'extérieur et établir des contacts sociaux, ce qui représentait un temps supplémentaire de 4h51 par jour. C. _____ avait par ailleurs besoin d'une surveillance permanente très intense :

« La surveillance est constante, la maman doit être disponible pour C. _____ à 100 %.

Est hyperactif et très vite très agité, grimpe partout, est capable d'ouvrir les fenêtres, la maman laisse les stores baissés par sécurité. C. _____ n'a aucune notion du danger.

Met tout ce qu'il trouve à la bouche, lorsqu'il est contrarié, jette tout ce qui se trouve à sa portée à travers la pièce. C. _____ déchire tout ce qui se trouve sous la main, adore déchirer, il faut éviter de laisser des journaux ou des livres à sa portée.

Depuis un an, pour la sécurité de C. _____, la maman a vidé tout l'appartement, a enlevé tous les petits meubles superflus, toutes les décorations, tous les bibelots, il n'y a que le divan du salon, les pieds ont été coupés de cette façon C. _____ ne tombe pas de haut lorsqu'il saute sur le divan, idem pour la table du salon, est basse, a également une petite table basse où la télévision est installée, installation limite car C. _____ s'agrippe à la télévision, un jour elle va tomber selon les dires de la maman. Dans la chambre de C. _____, il y a deux lits, l'un pour C. _____ et l'autre pour la maman, à ras le sol, de cette façon, ne peut tomber de haut, dans la chambre il y a une commode, c'est tout. La salle de bains est fermée à clefs.

La maman ne laisse jamais une fenêtre ouverte car C. _____ jette tout au bas de la fenêtre.

Tous les objets sont rangés en sécurité, la maman a trouvé cette solution afin de sécuriser au mieux l'endroit, avant devait amener souvent en urgence C. _____ car il était tombé d'un meuble et s'était blessé.

Se fixe sur un jeu que quelques minutes, s'il n'est pas encadré et encouragé, il lance tout n'importe où. Il accapare sa maman, si elle est occupée par autre chose, fait en sorte d'attirer son attention pour qu'elle s'occupe de lui.

Lorsqu'il est au domicile, la maman doit être disponible à 100%, ne peut faire une autre activité.

C. _____ nécessite une surveillance de tous les instants. »

L'enquêtrice relevait également :

« Entretien en présence de la maman et de C. _____. L'entretien a été très sportif, durant tout l'entretien (1 ½ h), C. _____ a voulu dessiner sur mes feuilles de prises de notes, il a été impossible de le distraire par autre chose, même en lui donnant des feuilles blanches, cela n'avait aucun intérêt pour lui.

La situation est identique que lors de la précédente enquête faite en mars 2008, cependant la situation est encore plus difficile et plus pénible pour la maman, C. _____ a grandi, est âgé de 10 ans et 8 mois, de par son hyperactivité et son agitation, il devient très difficile à gérer. La maman évite le plus possible de le contrarier afin

d'éviter les crises de violence, est toujours très attentive aux attentes de son fils. Il est également plus difficile pour la maman d'assumer tous les actes ordinaires de la vie, C._____ est devenu plus grand et plus lourd, les manipulations deviennent plus pénibles.

L'appartement est quasi vide depuis un an environ afin d'éviter que C._____ se blesse en voulant grimper partout. La maman a de plus en plus de peine à le canaliser, elle a donc sécurisé tout son environnement, grâce à cette solution, la maman est plus rassurée. C._____ est incapable de jouer seul, n'a aucune autonomie, déambule dans l'appartement, touche à tout, met tout dans la bouche, déchire tout ce qui se trouve sous la main, la maman doit être disponible à 100 % et doit faire des occupations avec lui, est vite lassé, passe très vite d'une activité à une autre.

Au vu de ses graves troubles du comportement, la maman doit être très vigilante, une présence constante est nécessaire, la surveillance est permanente et très intense. »

Par décision du 25 juin 2012, l'OAI a augmenté l'allocation d'impotence de l'assuré, en ce sens qu'à partir du 1^{er} octobre 2011, il avait droit à une allocation pour impotent de degré moyen ainsi qu'à un supplément pour soins intenses de plus de 8 heures par jour, soit 4h51 de soins de base et 4 heures de surveillance personnelle très intense.

Dans un rapport médical du 12 septembre 2013, les Drs P._____ et K._____ mentionnaient que l'hyperactivité et le déficit d'attention restaient importants surtout lorsque l'assuré ne prenait pas son traitement de Ritaline, de sorte que ce médicament avait également été introduit à domicile, après avoir obtenu l'accord de la mère.

D. Une nouvelle révision de l'allocation pour impotence a été initiée par l'OAI le 13 mai 2015.

Dans un questionnaire concernant l'impotence rempli le 12 juin 2015, E._____ a indiqué que C._____ avait besoin d'une surveillance constante ainsi que de l'aide pour se vêtir/se dévêtir, couper les aliments, les soins du corps, aller aux toilettes, se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux.

Le 30 juin 2015, l'OAI a réceptionné le bilan pédagogique établi en janvier 2015 dans le cadre de l'école fréquentée par l'assuré. Ce document mentionnait que C._____ n'était toujours pas propre, qu'il n'allait pas aux toilettes à l'école, qu'il ne pouvait pas se changer et se laver seul. Il devait être accompagné dans les vestiaires à la piscine et à la gymnastique. Il était sans arrêt à la recherche d'attention.

Dans un rapport médical du 6 juillet 2015, la Dresse M. _____ a confirmé les indications données par la mère de l'enfant. Elle a mentionné que celui-ci était maintenant sous traitement de Concerta et Risperdal, mais que l'hyperactivité et les troubles de la concentration demeuraient très importants malgré cette médication. Elle a joint un certificat médical du 13 avril 2015 dans lequel le Dr W._____, spécialiste en neuropédiatrie et pédiatrie, précisait que le traitement de Risperdal le soir aidait C._____ à rapidement s'endormir et que le Concerta le matin semblait diminuer son agitation la journée.

Les Drs P._____ et L._____ du D._____ ont noté, dans leur rapport médical du 1^{er} septembre 2015, que pour les activités de la vie quotidienne, C._____ nécessitait une supervision et plus rarement du soutien, pour l'habillage, le déshabillage et l'hygiène corporelle ; il s'alimentait seul en utilisant correctement la cuillère et la fourchette, il pouvait découper les aliments et se servir seul un verre.

Dans un rapport médical du 7 mars 2016, le Dr W._____ a exposé que la situation restait souvent difficile en particulier le matin avec parfois de la violence dirigée contre la maman ; l'assuré aurait pris l'habitude d'essayer de lui donner des « coups de boule » qu'elle ne parvenait pas toujours à esquiver. Il se calmait environ 30 minutes après la prise de son traitement médicamenteux.

Une nouvelle enquête sur l'impotence a été effectuée le 6 mai 2016. Selon celle-ci, l'assuré avait toujours besoin d'aide pour se vêtir/dévêtir, couper les aliments, faire sa toilette, aller aux toilettes et se déplacer à l'extérieur, ce qui représentait un supplément de temps de

2h11. Le temps nécessaire à ses mesures thérapeutiques était de 30 minutes. L'enquêtrice mentionnait ce qui suit :

« Depuis juillet 2015, l'assuré est beaucoup plus calme en raison de la prise de 50mg d'Elvanse le matin qui agit jusqu'à son retour de l'école l'après-midi. Dès que le médicament n'a plus d'effet, il crie, claque les portes, tape sa maman par moment. A 18h, il reçoit du Risperdal qui agit à son tour sur son comportement positivement et lui permet de bien dormir. Selon les propos de sa maman, son fils collabore mieux avec la nouvelle combinaison médicamenteuse.

La SPI [surveillance particulièrement intense] retenue lors de la dernière enquête n'est plus justifiée. Nous proposons de retenir une SPP [surveillance personnelle permanente] de 2 heures. »

Les conclusions de l'enquêtrice étaient les suivantes :

« Le besoin d'aide pour les actes est identique à celui décrit dans la dernière enquête faite le 18.04.2012. Toutefois, le temps SSI [supplément pour soins intenses] a diminué puisque la nouvelle médication administrée depuis l'été passé a un effet positif sur le comportement de C._____. Il est plus facile de s'occuper de lui tant que les médicaments font leur effet. La surveillance est moins importante. »

Dans une lettre du 27 mai 2016, les responsables de la Fondation [...] faisaient part de leur inquiétude quant à la santé de l'assuré, qui refusait de manger à midi et de se faire changer son linge depuis plusieurs semaines. Ils proposaient qu'il termine son année scolaire avec un horaire allégé.

Par projet de décision du 13 juillet 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait maintenir son droit à une allocation pour une impotence moyenne et diminuer le supplément pour soins intenses à 4 heures par jour.

Le 19 août 2016, E._____ a présenté ses objections contre ce projet de décision. Elle a fait valoir qu'elle consacrait 4h20 par jour à aider C._____ pour les actes de la vie quotidienne, précisant que malgré la nouvelle médication, C._____ ne suivait toujours pas ses injonctions, de sorte qu'elle devait accomplir tous les actes pour lui et que cela lui prenait plus de temps en raison de la force de l'adolescent et de la détérioration de son propre état de santé. Son fils nécessitait par ailleurs

une surveillance constante, sans quoi il pouvait commettre des actes inappropriés voire dangereux, n'ayant pas la moindre notion de danger.

Dans un rapport médical du 15 septembre 2016, le Dr L._____ a mentionné que pour les actes de la vie quotidienne, l'assuré nécessitait toujours une supervision, plus rarement une aide. Sur le plan comportemental, la situation restait quelque peu difficile avec une tendance à jeter les objets ou à les porter à la bouche.

Un complément d'enquête a été effectué le 26 septembre 2016 suite à la contestation du projet de décision. Il en ressortait les éléments suivants :

« Pour information, le jour de l'enquête, l'organisation, en raison de la venue de l'enquêtrice, n'a pas été facile pour la maman de l'assuré. Rentrer dans son appartement a été compliqué, il nous a fallu marcher sur un sol bien délimité et poser notre sac à un endroit défini à cet effet. De plus, la maman s'est levée à plusieurs reprises pour se laver les mains à chaque fois qu'elle touchait quelque chose.

Dans un tel contexte, il est très facile d'imaginer que le temps pour s'occuper de son enfant est bien plus important. Cependant, le temps supplémentaire pour s'occuper de l'assuré est aussi lié à des facteurs extérieurs et non pas seulement en rapport avec la pathologie de l'enfant.

La maman, contactée par téléphone, nous fait part d'une aggravation du comportement de son fils pendant l'été. Selon ses propos, il n'a pas été à l'école au mois de juin. Le courrier du 27.05.2016 de la Fondation [...] nous fait part de leur inquiétude quant à la santé de son fils car [il] refuse de manger et de se faire changer le linge. L'école propose que C._____ puisse terminer l'année scolaire d'une façon allégée.

Depuis le mois d'août, C._____ est scolarisé à [...] à [...]. Il dort 2 nuits dans l'institution. La maman se sent en partie soulagée par ce changement.

S'habiller : le matin, il faut 45 à 60 min pour la maman [pour] préparer son fils (douche, habillage et prise du petit déjeuner) avant qu'il parte pour l'école. Le temps SSI [supplément pour soins intenses] retenu dans l'enquête semble justifié.

Manger : l'assuré refuse souvent de manger. Sa maman reste à côté de lui et le force à finir son assiette pendant qu'elle prend son repas (SSI : 2x30 min + 20min = 80 min). Aide pour couper les aliments (6min) - 75 min de déduction générale quand la maman peut manger avec son enfant. Le temps SSI retenu dans l'enquête semble justifié.

Faire sa toilette : l'assuré est douché chaque fois qu'il va à selles et selon les propos de sa maman, cela correspond à 4 fois par jour. Il semble qu'une à deux douches par jour est suffisante. Le temps SSI retenu dans l'enquête du 06.05.2016 semble justifié.

Aller aux WC : le temps SSI de 50 min n'est pas contesté.

Surveillance : une SPP [surveillance personnelle permanente] nous paraît suffisante. Dans la contestation, il est indiqué que C._____ est toujours dans le champ visuel de sa maman. Lors de l'entretien, l'assuré est resté dans sa chambre, une partie du temps sous le lit. La maman a pu se concentrer sur la discussion sans se lever pour le surveiller si ce n'est pour se laver les mains.

Suite à cette nouvelle évaluation tout en tenant compte des dires de la maman de l'assuré contactée par téléphone, nous proposons de retenir le temps SSI de 4 h indiqué dans l'enquête du 06.05.2016. »

Dans un rapport médical du 16 novembre 2016, le Dr W._____ exposait que C._____ ne manifestait pas d'agressivité particulière à l'institution qu'il fréquentait, mais que la situation restait parfois difficile chez la maman, en particulier le matin avant qu'il ait pris l'Elvanse. Le médecin proposait une tentative d'interruption de ce médicament durant 15 jours, en tout cas lorsque l'assuré était à l'institution, tandis que sa mère continuerait à lui en donner lorsqu'il est chez elle.

Par décision du 22 décembre 2016, l'OAI a reconnu le droit de C._____ à une allocation pour une impotence moyenne dès le 1^{er} avril 2017 et, en cas de séjour à la maison, le droit à un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de temps de plus de 4 heures par jour. Il a retenu que le temps consacré à l'acte de se vêtir/se dévêtir était de 60 minutes par jour, à manger de 11 minutes par jour (soit 86 minutes moins 75 minutes de déduction générale), à faire la toilette de 45 minutes et à aller aux WC de 50 minutes. C._____ avait besoin d'une surveillance personnelle permanente et non particulièrement intense, notamment du fait que lors de l'entretien, il était resté dans sa chambre sans que sa mère doive se lever pour le surveiller. Cette surveillance se montait ainsi à 2 heures par jour. Compte tenu également des 30 minutes nécessaires à l'administration de ses médicaments, le surcroît de soins s'élevait à 4h46 par jour.

E. Par acte posté le 26 janvier 2017, E._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Elle a allégué qu'un des médicaments prescrits à son fils avait été arrêté du fait qu'il n'avait presque plus d'influence et aucun traitement n'était actuellement administré pour le calmer et le rendre plus maîtrisable. Elle a repris les éléments exposés dans ses objections du 19 août 2016 et expliqué que son fils était resté dans sa chambre durant la visite de l'enquêtrice car il avait peur des personnes inconnues. Elle a produit une attestation médicale de la Dresse M._____ du 20 janvier 2017, dans laquelle elle confirmait que C._____ ne prenait plus le médicament Elvanse depuis le 17 octobre 2016 car il ne lui faisait plus d'effet, et qu'il avait donc besoin d'une surveillance à plein temps. La recourante a par ailleurs versé en cause le rapport, daté du 26 mai 2015, du bilan psychologique de C._____ effectué à la Fondation [...]. La psychologue relevait notamment ce qui suit :

« [...] C._____ est happé par tout ce qu'il y avait autour de lui : il se lève, veut s'approprier et manipuler des objets dans la pièce, papillonne d'un objet à l'autre sans but réel, et ne tient pas compte des consignes pour le recentrer sur l'activité en cours. Il peut entrer dans des moments de grande agitation. [...]

Pour conclure, pour son orientation future, C._____ a besoin d'un environnement particulièrement sécurisant et contenant, ainsi que d'un encadrement constant, son autonomie personnelle étant actuellement encore très limitée. »

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 6 avril 2017 et en a proposé le rejet. Il a notamment relevé que la médication prise quotidiennement semblait diminuer l'agitation de l'enfant durant la journée selon les rapports médicaux établis en avril et septembre 2015 ainsi que l'enquête effectuée à domicile en mai 2016. Il s'est également référé au rapport médical du 15 septembre 2016 qui indiquait que les aspects comportementaux semblaient être bien pris en charge au travers de la médication, la situation restant quelque peu difficile avec une tendance à jeter les objets ou à les mettre en bouche. Sans mettre en doute le besoin de surveillance, l'OAI constatait que l'enfant pouvait être laissé temporairement, en particulier devant son ordinateur ou sa tablette,

sans que l'adulte ne se tienne en permanence à proximité immédiate prêt à intervenir. Il mentionnait en outre que la pièce médicale produite avec le recours apparaissait en contradiction avec les constatations émanant des médecins du D._____.

Par réplique du 30 mai 2017, la recourante a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des constatations médicales qui décrivaient la situation comme stable depuis 2012, de l'arrêt du médicament Elvanse depuis le 17 octobre 2016, ni du fait que C._____ avait grandi et pris du poids depuis 2012. Elle a en outre fait valoir que la situation était identique entre 2012 et 2016 en ce qui concerne le temps nécessaire pour habiller son fils et pour l'acte d'aller aux toilettes, à la seule différence que l'adolescent se déshabillait désormais lui-même, mais nécessitait néanmoins encore de l'aide pour enlever veste et chaussures. Le supplément de temps pour les actes de la vie était ainsi de 4h29. Elle estimait nécessaire de procéder à un complément d'instruction au sujet des conséquences de l'arrêt de l'Elvanse auprès de tous les médecins traitants de C._____ ou par le biais d'une expertise. Elle a annoncé la production d'un rapport médical établi le 23 mai 2017 par la Dresse M._____, document qui n'a toutefois pas été annexé à la réplique.

Dans un courrier du 13 juin 2017, la recourante a précisé que, contrairement à ce qui figurait dans le rapport d'enquête du 9 mai 2017 [recte : 2016], le Risperdal n'était administré à C._____ qu'au moment du coucher, afin qu'il fasse ses nuits, de sorte qu'elle devait gérer le comportement très agité de son enfant dès son retour de l'école jusqu'au coucher. Elle a soutenu que cette question n'avait pas non plus été instruite à satisfaction de droit.

Par duplique du 20 juin 2017, l'OAI a relevé que le Dr W._____ indiquait, lors de sa consultation d'octobre 2016, une évolution globalement favorable et ne mentionnait nullement des problèmes d'efficacité ou d'effets délétères du médicament Elvanse. L'office intimé a estimé qu'il n'y avait pas de raison de remettre en cause l'exactitude du rapport d'enquête du 9 mai 2016, qui avait été établi par une personne

qualifiée sur la base des déclarations de la mère du recourant lors de sa visite à domicile. L'OAI admettait en revanche le besoin d'un complément d'instruction auprès du Dr W._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

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 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit en cette matière la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

c) In casu, le recours a été interjeté en temps utile. Il respecte en outre les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 134 V 418 consid. 5.2.1 ; ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte uniquement sur la diminution du supplément pour soins intenses de 8 heures à 4 heures à partir du 1^{er} avril 2017. Le maintien de l'allocation pour une impotence de degré moyen n'est quant à lui pas remis en cause.

3. Dans son recours, la recourante conteste, d'une part, le temps que l'OAI retient comme aide nécessaire pour les actes ordinaires de la vie et, d'autre part, le fait que seule une surveillance permanente de C._____ serait nécessaire et non une surveillance particulièrement intense.

a) Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; ATF 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015, les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art. 9 LPGA comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir, se coucher ;

- manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde) ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

b) Selon l'art. 42^{ter} al. 3 LAI, l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses. Celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 60 % du montant maximum de la rente vieillesse au sens de l'art. 34 al. 3 et 5 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) lorsque le besoin de soins découlant de l'invalidité est de 8 heures par jour au moins, à 40 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins, et à 20 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins. Le supplément est calculé par jour.

Sont réputés soins intenses, au sens de l'art. 42^{ter} al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins 4 heures en moyenne durant la journée (art. 39 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La notion de « soins intenses » de l'art. 42^{ter} al. 3 LAI comprend non seulement le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base évoqué à l'art. 39 al. 2 RAI, mais aussi la surveillance permanente mentionnée à l'art. 39 al. 3 RAI (cf. TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 6.2 ; TF 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid 8.2 in: SVR 2014 IV n° 14 p. 55).

Pour la détermination des besoins en soins intenses, les organes de l'assurance-invalidité 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° 2364 à 2366).

aa) Pour déterminer le besoin d'aide, seul est pris en considération 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. En revanche, le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical, de même que le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques, n'est pas pris en considération (art. 39 al. 2 RAI).

bb) 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 2 heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à 4 heures (art. 39 al. 3 RAI).

Le chiffre 8035 CIIAI, applicable par renvoi du chiffre 8078 CIIAI, précise que la notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte à l'un des titres des actes ordinaires de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée. Une surveillance personnelle permanente est nécessaire par exemple lorsque la personne assurée ne peut être laissée seule toute la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512 consid. 1a et les références citées), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b ; RCC 1980 p. 64 consid. 4b ; cf. ch. 8020 CIIAI). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou

surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré (TF 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers.

La condition de surveillance particulièrement intense n'est pas réalisée du seul fait que l'enfant nécessite une surveillance de quelques heures par jour. Il faut encore que cette surveillance exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante, comme elle est requise, par exemple, par un enfant autiste qui a des problèmes considérables pour percevoir son environnement et communiquer avec lui. Comme le précise le chiffre 8079 CIIAI, cela se manifeste dans sa manière de traiter les objets dans la vie quotidienne (vider des récipients, lancer un objet, endommager des meubles, etc.). L'enfant ne reconnaît pas non plus les dangers ; il peut par exemple vouloir à l'improviste passer par la fenêtre. Il n'est pas toujours capable de réagir de manière adéquate aux injonctions ou avertissements verbaux. Dans certaines situations, il peut vouloir se faire du mal à lui-même ou avoir un comportement agressif envers des inconnus. La personne chargée de l'assistance doit donc rester très attentive, se tenir en permanence à proximité immédiate de l'enfant et être à tout moment prête à intervenir (cf. également Valterio, op. cit., p. 634 n° 2369 et 2370). Le Tribunal fédéral a précisé que le seul diagnostic d'autisme ne suffisait pas à admettre un cas de surveillance particulièrement intense (TF 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2.2 ; TFA I 684/05 du 19 décembre 2006 consid. 4.4 ; TFA I 67/05 du 6 octobre 2005 consid. 4.1). Cette dernière est par contre admise lorsque l'enfant ne peut être laissé seul cinq minutes et que les parents doivent sans cesse être à même d'intervenir (TFA I 684/05 précité).

4. Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence, cette disposition est notamment applicable pour les allocations pour impotent (TF 9C_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 2 ; TF 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4 et 9C_168/2011 du 27 décembre 2011 consid. 2.2).

La révision a lieu d'office, d'une part, lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance, et d'autre part, lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI).

D'après l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} sont applicables (art. 35 al. 2, 1^{ère} phrase, RAI). Selon l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Lorsqu'il ne s'agit pas d'une modification du

degré d'impotence, le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie ou au cours duquel le bénéficiaire du droit est décédé (art. 35 al. 2, 2^e phrase, RAI).

A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 ; TF 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

5. a) 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 ; ATF 128 V 93).

b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. a) En l'occurrence, il s'agit de comparer le besoin d'aide et de surveillance nécessité par C. _____ au moment de la décision du 25 juin 2012 et au moment de la décision litigieuse afin de déterminer si les circonstances ont changé notablement. Dans le cadre de la décision du 25 juin 2012, l'OAI avait reconnu à l'assuré le droit, à partir du 1^{er} octobre 2011, à une allocation pour impotent de degré moyen ainsi qu'à un supplément pour soins intenses de plus de 8 heures par jour. L'office intimé estime que la situation s'est améliorée depuis lors, en ce sens que le supplément pour soins intenses ne serait plus que de 4 heures, l'allocation pour impotence demeurant quant à elle de degré moyen.

La décision du 25 juin 2012 était basée sur l'enquête à domicile faite le 18 avril 2012. Celle-ci retenait que le temps

supplémentaire nécessaire pour les soins de base de C._____ était de 4h51 par jour, à savoir 43 minutes pour l'habillage, 22 minutes pour le déshabillage, 10 minutes pour la préparation des habits, 6 minutes pour couper les aliments, 30 minutes pour faire sa toilette, 30 minutes pour le bain ou la douche et 150 minutes pour aller aux toilettes. En outre, compte tenu de ses graves troubles du comportement, il avait besoin d'une surveillance constante et très intense, sa maman devant être très vigilante. L'enquêtrice avait pu constater que C._____ était très difficile à gérer compte tenu de son agitation et de son hyperactivité (cf. let. C supra).

Dans sa décision du 22 décembre 2016, l'OAI a estimé que le temps supplémentaire nécessaire pour les soins de base de C._____ était de 2h46, soit 15 minutes pour l'habillage, 10 minutes pour le déshabillage, 5 minutes pour la préparation des habits, 6 minutes pour couper les aliments, 30 minutes pour faire sa toilette, 15 minutes pour la douche, 50 minutes pour aller aux toilettes ainsi que 30 minutes pour les soins thérapeutiques dont il avait besoin.

S'agissant du temps moindre retenu pour l'acte de se vêtir/se dévêtir, l'enquêtrice relevait que depuis que la Ritaline avait été remplacée par de l'Elvanse pris à 7h, l'assuré était plus calme jusqu'à 15h ; il redevenait plus agité et courait dans l'appartement entre 16h et 18h, jusqu'à la prise du Risperdal, puis se laissait faire dès que le médicament faisait effet. C._____ nécessitait toujours une aide directe pour la préparation des vêtements le matin. Selon l'enquête de 2012, le besoin en aide pour cet acte était de 10 minutes tandis que l'enquête de 2016 ne retenait plus que 5 minutes, sans toutefois justifier cette différence de temps.

En ce qui concerne sa toilette, la maman ne lui brossait les dents plus qu'une fois par jour pour limiter les conflits, de sorte que les 30 minutes nécessaires en 2012 ne se montaient plus qu'à 15 minutes en 2016. Le lavage des mains, non évalué en 2012, était estimé à 15 minutes par jour en 2016. Quant à la douche, l'enquêtrice avait retenu 30 minutes

en 2012 compte tenu de l'agitation de C._____, la maman ayant de la peine à faire qu'il se tienne tranquille dans la baignoire. En 2016, ce temps n'était plus que de 15 minutes. L'enquêtrice ne motive pas directement cette différence d'évaluation, qui doit selon toute vraisemblance être rattachée au fait que C._____ était plus calme grâce à sa médication et se laissait désormais faire tant que les médicaments agissaient.

Pour l'acte d'aller aux toilettes, C._____ avait fait des progrès et acceptait désormais d'aller sur les WC. Le temps nécessaire pour le passage aux WC passait donc de 30 à 50 minutes par jour. Il devait néanmoins toujours porter des langes jour et nuit. En 2012, sa maman lui lavait le bas du corps dans la douche à chaque changement de langes, soit six fois par jour, ce qui représentait 120 minutes par jour (6 x 20 minutes). En 2016, l'enquêtrice ne retenait plus que 5 minutes pour changer les langes cinq fois par jour, soit un total de 25 minutes. Dans ses objections du 19 août 2016, E._____ invoquait que C._____ avait un nouveau traitement qui le faisait aller plus à selle, de sorte qu'elle devait le changer sept fois par jour ; une toilette intime n'était pas suffisante, de sorte qu'elle devait lui laver le bas du corps dans la douche quatre fois par jour. Dans le cadre du complément d'enquête effectué le 26 septembre 2016, l'enquêtrice a noté que l'assuré était douché chaque fois qu'il allait à selle, soit quatre fois par jour selon les indications de la maman. L'enquêtrice estimait de son côté qu'une à deux douches par jour suffisait, de sorte que le temps retenu dans l'enquête semblait justifié. Ce temps, se montant à 25 minutes, correspondait cependant uniquement au changement des langes cinq fois par jour. On voit mal comment il pourrait également inclure les deux douches du bas du corps que l'enquêtrice admet comme nécessaires.

L'OAI estime enfin que C._____ ne nécessite plus une surveillance particulièrement intense du fait qu'il est plus calme et moins agité lorsque ses médicaments font effet. Dans son rapport médical du 16 novembre 2016, le Dr W._____ notait que l'évolution était globalement favorable, mais que la situation restait difficile chez la maman, en particulier le matin avant qu'il ait pris l'Elvanse. Une tentative

d'interruption de ce médicament avait commencé les jours où C._____ était en institution. Dans un certificat médical du 20 janvier 2017, la Dresse M._____ indique au contraire que C._____ ne prend plus du tout ce médicament depuis le 17 octobre 2016, car il ne lui faisait plus d'effet. Dans son recours, E._____ allègue qu'aucun traitement n'est actuellement administré à son fils pour le rendre plus maîtrisable.

Compte tenu de l'importance des effets du traitement médicamenteux administré à C._____ sur ses besoins d'aide pour les actes de la vie quotidienne et de surveillance, il apparaît indispensable de clarifier la situation afin de savoir si, comme le retient l'OAI dans la décision attaquée, l'assuré est plus calme et se laisse plus facilement faire grâce à une médication appropriée. Dans sa duplique du 20 juin 2017, l'OAI reconnaît qu'un complément d'instruction à ce sujet est nécessaire et propose en particulier de déterminer les motifs qui ont conduit à l'arrêt de l'Elvanse en automne 2016 et pour quelles raisons un traitement de substitution n'a pas été proposé, respectivement quels en seraient les effets.

b) Il faut dès lors constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits médicaux pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer si C._____ peut toujours bénéficier des effets calmants d'une médication et, le cas échéant, quelles sont les conséquences de la médication administrée sur son comportement, son besoin en aide pour les actes de la vie quotidienne et son besoin en surveillance. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante, au regard de l'art. 17 LPGA.

7. a) Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante voit ses conclusions admises, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Jana Burysek, depuis le 4 mai 2017. Les dépens, fixés à 2'000 fr., couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de la recourante (art. 118 al. 1 let. c et 122 al. 2 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 22 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- 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. L'avance de frais versée par la recourante le 28 février 2017 lui sera restituée.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à E. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens, lesquels couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre son conseil.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jana Burysek (pour E. _____),
- 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 :