

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par sa mère, **R.**_____, elle-même agissant par Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 42ter al. 3 LAI ; 37 et 39 RAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], souffre d'hémiplégie gauche sur polymicrogyrie frontopariétale droite depuis la naissance et d'une épilepsie depuis 2013 (sous traitement).

Agissant par ses parents, R._____ et L._____, l'assuré a sollicité une allocation pour impotent par demande déposée le 4 juin 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Dans son rapport médical du 29 juin 2012 à l'attention de l'Office AI, la Dre N._____, spécialiste en pédiatrie, a indiqué que la maladie de l'assuré avait une répercussion sur son autonomie et les actes ordinaires de la vie, tels que le découpage de la viande, l'habillement et l'utilisation des boutons des habits.

L'assuré a notamment bénéficié de la part de l'Office AI de l'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012 et d'une allocation pour impotence de degré moyen dès le 1^{er} janvier 2013 (décisions du 8 mai 2015). L'Office AI a notamment retenu, sur la base du rapport de l'enquête relative à l'impotence du 28 mars 2014, que dès le 1^{er} janvier 2013 l'assuré avait besoin, par rapport à un enfant valide du même âge, d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir cinq actes ordinaires de la vie, à savoir : se vêtir/dévoiler, se déplacer, aller aux toilettes, manger et faire sa toilette. Le surcroît de soins représentait une durée de 1 heure et 50 minutes par jour, soit 60 minutes pour les soins de base, 10 minutes pour l'accompagnement chez les thérapeutes/médecins, 30 minutes pour les exercices de physiothérapie, 5 minutes pour l'administration des médicaments et 5 minutes pour mettre l'orthèse à la jambe. Le surcroît de temps quotidien étant inférieur à 4 heures, le droit au supplément pour soins intenses ne pouvait pas être ouvert. La révision était fixée à mars 2018.

Par rapport du 10 novembre 2017, le Dr P._____, spécialiste en pédiatrie, chef de clinique à l'Unité de neuropédiatrie et neuroréhabilitation pédiatrique auprès du C._____, a indiqué que, sur le plan moteur, l'assuré était stable et disposait d'une bonne fonction dans la vie quotidienne. Il avait une assez bonne autonomie pour les actes de la vie quotidienne, même s'il avait parfois besoin d'aide pour fermer les fermetures à glissière ou pour boutonner.

Le 2 mars 2018, l'Office AI a initié une révision du droit à l'allocation pour impotence.

Interpellé par l'Office AI, le Dr P._____ a estimé, dans son rapport du 22 mai 2018, que l'assuré disposait d'assez bonnes compétences du membre supérieur gauche et que ce dernier était intégré dans les actes de la vie quotidienne et à l'école. Il avait néanmoins une force, un contrôle moteur et une coordination/dextérité moins bons à gauche qu'à droite. Il était donc tout à fait possible que l'assuré ait besoin d'aide pour l'habillage et le déshabillage, selon la nature des vêtements, possiblement pour certains gestes d'hygiène corporelle ou découper certains aliments. Par contre, ce praticien ne pouvait attester d'un besoin d'aide complète pour tous les soins du corps.

Le 3 avril 2019, le Dr P._____ a relevé, à l'examen du membre supérieur gauche de l'assuré, un « joli » contrôle moteur sélectif dans tous les différents mouvements de main et du poignet.

Une enquête relative à l'impotence a été effectuée le 4 septembre 2020 par entretien téléphonique avec la mère de l'assuré. Le rapport établi le 25 septembre 2020 fait état d'un besoin d'aide pour l'acte de « se vêtir/dévêtir », représentant un surcroît de temps de 4 minutes par jour, pour l'acte de « se laver » à raison de 2 minutes par soir, et pour les « déplacements/contacts sociaux », le surcroît de temps étant de 6 minutes. Le temps nécessaire pour l'accompagner à ses rendez-vous médicaux était estimé à 3 minutes par jour.

Par projet de décision du 28 septembre 2020, l'Office AI a considéré que l'assuré avait droit à une allocation pour impotence de degré faible dès le 1^{er} janvier 2021.

L'assuré, par l'intermédiaire de sa mère et de son conseil, s'est opposé à ce projet de décision par pli du 14 octobre 2020, complété les 3 décembre 2020 et 31 mai 2021. Ceux-ci ont expliqué que l'assuré avait toujours besoin de l'aide régulière d'autrui pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/dévoûtir », « se laver », dans ses « déplacements/contacts sociaux », auxquels il fallait ajouter les actes d'« aller aux toilettes » et de « manger ».

Parallèlement, le Dr P._____ a ajouté, par rapport du 19 novembre 2020, que l'assuré rencontrait toujours des difficultés au membre supérieur gauche dans le cadre des manipulations fines (par exemple, pour l'utilisation du couvert pour découper les aliments) et il avait encore besoin de l'aide de sa mère. Il avait également des difficultés dans certaines activités bimanuelles comme boutonner les vêtements ou se laver les cheveux.

Par décision du 10 juin 2021, l'Office AI a confirmé la diminution de l'impotence au degré faible. Au vu des renseignements figurant dans son dossier, l'Office AI pouvait admettre que l'assuré avait 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 trois actes courants de la vie, à savoir « se vêtir/se dévoûtir », « se laver » et dans ses « déplacements/contacts sociaux ». Depuis sa dernière évaluation, l'assuré avait gagné en autonomie et était devenu autonome pour aller aux WC et manger. L'aide nécessitée pour couper les aliments durs ne pouvait pas être retenue car elle ne pouvait pas être considérée comme importante et régulière au sens des directives.

B. Par acte de son mandataire du 12 juillet 2021, W._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au maintien de

l'allocation pour impotence de degré moyen. En substance, la mère de l'assuré a indiqué que les constatations de la décision entreprise ne correspondaient pas à la réalité, que l'assuré avait besoin d'un surcroît d'aide pour se rendre aux toilettes (notamment pour se nettoyer, ouvrir, baisser, remonter et fermer son pantalon) et découper ses aliments. Le surcroît de soins était identique à la décision du 8 mai 2015, auquel s'ajoutait le temps consacré aux visites chez les spécialistes.

Dans sa réponse du 6 septembre 2021, l'Office AI a maintenu sa position et conclu au rejet du recours.

Par réplique du 29 septembre 2021, l'assuré a expliqué que le rapport d'évaluation d'impotence comportait une erreur de compréhension en ce sens qu'il mettait 20 minutes pour s'habiller et non 2 minutes. Était joint un rapport du 21 septembre 2021 du Dr P._____, lequel fait état de difficultés de l'assuré au membre supérieur gauche dans les manipulations bimanuelles, notamment le découpage (de la viande par exemple), le boutonnage des habits (pantalon, chemise) et le laçage des chaussures.

Dans sa duplique du 21 octobre 2021, l'Office AI a estimé que ce document ne permettait pas de modifier sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent de degré moyen.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 juin 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) En vertu de 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.

Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) sont applicables (cf. art. 35 al. 2, première phrase, RAI). Conformément à l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou 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

du besoin de soins découlant de l'invalidité. 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.

b) 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. 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. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

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

Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (al. 3, 1^{ère} phrase).

b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une

surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

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

c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne

suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

d) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI).

Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

e) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin.

Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

f) Selon l'art. 37 al. 4 RAI, dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge en bonne santé.

Un simple décalage dans l'acquisition d'un acte ordinaire de la vie ne suffit pas pour prendre en considération le besoin d'aide dans cet acte (ch. 8086 CIIAI). L'impotence due à l'invalidité d'un mineur est au surplus évaluée selon les mêmes critères que celle d'un adulte (ch. 8087 CIIAI). Afin de faciliter l'évaluation du besoin d'assistance d'autrui, l'Office fédéral des assurances sociales a établi des recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs (annexe III à la CIIAI).

5. a) Selon l'art. 42ter al. 3 LAI, l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses ; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 100 % 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 70 % de ce montant maximum, lorsque le besoin est de six heures par jour au moins, et à 40 % 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 Conseil fédéral a notamment édicté l'art. 39 RAI qui précise que, chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42ter al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (al. 1).

b) Selon l'art. 39 al. 2 RAI, n'est pris en considération dans le cadre des soins intenses que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (al. 2).

Bien que ni la loi ni le règlement sur l'AI ne fassent expressément référence à l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), les soins de base évoqués à l'art. 39 al. 2 RAI sont bien ceux figurant à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Ils recourent partiellement les actes ordinaires de la vie mais ne peuvent y être assimilés pour autant. En particulier, l'acte ordinaire « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur / établir des contacts sociaux avec l'entourage » n'est pas un besoin de base selon la systématique légale et réglementaire mise en place (TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.3 et les références citées).

6. **a)** Concernant la procédure à suivre, la CIIAI précise qu'il incombe à l'office de l'assurance-invalidité de procéder à une enquête sur place portant sur l'impotence, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés. Les indications de la personne assurée, de ses parents ou de son représentant légal seront appréciées de façon critique. Le début de l'impotence et, le cas échéant, du besoin d'assistance supplémentaire sera fixé aussi précisément que possible (ch. 8131 CIIAI).

Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il

s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

b) On ajoutera que, conformément au principe général valant pour toute la loi sur l'assurance-invalidité, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 consid. 1c et les références citées ; MICHEL VALTERIO, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 7 *ad* art. 42 pp. 597 - 598).

7. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

8. a) En l'occurrence, il convient d'examiner si une modification est intervenue dans les actes ordinaires de la vie du recourant depuis la décision du 8 mai 2015 au point de ne plus justifier une allocation pour impotence de degré moyen.

Il faut relever à titre préliminaire que l'on ne saurait se fonder sur la jurisprudence relative aux premières déclarations pour écarter purement et simplement l'ensemble des objections apportées par la mère du recourant. Cette jurisprudence prévoit qu'en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). En l'occurrence, il n'apparaît pas que la mère du recourant ait changé sa version des faits, mais bien plutôt que son estimation du temps consacré aux soins et à la surveillance du recourant au quotidien diverge de celle retenue par l'enquêtrice.

b) Lors de la précédente enquête du 27 mars 2014, l'enquêtrice avait retenu que le recourant nécessitait d'aide pour :

- « se vêtir » : il nécessitait d'une aide en raison de sa main qui était encore inerte. Il portait des pantalons avec élastique pour réduire le dommage mais nécessitait d'une aide pour toutes les fermetures tels que boutons de veste, fermeture éclair. Il était également aidé pour les

chaussettes et pour enfiler un pull. A la fin de l'habillage, il était également nécessaire de rectifier. Le recourant ne nécessitait toutefois pas d'aide pour le déshabillage qui était plus facile. Un temps supplémentaire de 15 minutes par jour avait ainsi été retenu.

- « manger », soit couper les aliments : le recourant n'avait pas de force dans la main qui lui permettait de couper ses aliments. Il était donc aidé en ce sens. Un temps supplémentaire de 5 minutes par jour avait ainsi été retenu.

- « faire sa toilette », soit se laver et se baigner/se doucher : le recourant avait besoin d'aide pour préparer le matériel pour se laver les dents. Il avait également besoin d'aide pour entrer et sortir de la baignoire (pour assurer son équilibre) ainsi que pour laver la partie droite de son corps car il ne pouvait exécuter les gestes avec sa main gauche. Un temps supplémentaire de 25 minutes avait ainsi été retenu.

- « aller aux toilettes », soit mettre en ordre les habits et laver le corps/contrôler la propreté : le recourant nécessitait d'une aide à mettre les habits en ordre après le passage aux toilettes car il n'y parvenait que partiellement. Il ne parvenait pas encore à s'essuyer correctement. Il appelait lorsqu'il avait terminé pour qu'on vienne l'essuyer. Un temps supplémentaire de 15 minutes avait ainsi été retenu.

- « se déplacer ».

c) Les rapports médicaux, scolaire et d'ergothérapie, font effectivement état de difficultés pour les activités bimanuelles et d'une motricité diminuée de la main gauche. En revanche, il n'en ressort pas que le recourant ne peut utiliser qu'une seule main.

aa) S'agissant de l'acte de « se vêtir/se dévêtir », l'enquêtrice a conclu à un supplément de temps de 4 minutes au motif que le recourant préparait ses habits de manière autonome. En raison des limitations liées à l'hémiplégie, il nécessitait toutefois d'aide pour enfiler et enlever les habits du haut du corps. Il mettait des pantalons de training pour éviter les fermetures qu'il ne savait pas gérer. Il avait également besoin d'aide pour enfiler ses chaussures (cf. rapport d'enquête du 25 septembre 2020).

De son côté, la mère du recourant estime qu'il ne peut « se vêtir/ dévêtir ». Elle explique que le recourant aurait toujours besoin d'aide pour mettre et enlever ses pantalons et qu'il ne pourrait pas nouer les lacets de ses chaussures. Il lui faudrait 20 minutes pour s'habiller.

En l'espèce, il sied de constater que sur le plan de la motricité fine, le recourant est relativement autonome pour l'habillage et le déshabillage, mais garde quelques difficultés pour les boutons, les lacets et les fermetures éclair (cf. rapports du 28 mai 2014 du Dr P. _____ et du 11 mai 2015 du Dr D. _____, spécialiste en pédiatrie). Le point de vue de la mère du recourant ne peut toutefois être partagé dans la mesure où il y a lieu d'exiger du recourant, selon la jurisprudence, qu'il adapte son habillement à son handicap (par exemple en évitant les habits avec fermeture éclair et/ou des boutons), ce qu'il fait déjà en mettant des pantalons de training et survêtement, ou qu'il fasse usage d'instruments d'aide à l'habillage (tels qu'enfile-boutons ; RCC 1986 consid. 2a et 1989 consid. 2b ; TF 9C_544/2014 du 21 octobre 2014 consid. 6.2 et la référence citée). Etant donné l'offre vestimentaire pléthorique actuelle, il existe à l'évidence des solutions tout à fait acceptables pour faciliter l'habillement du recourant, ne limitant ni les fonctions protectrices de base d'un vêtement et n'entraînant aucune discrimination. Quant aux chaussures, il ne ressort d'aucune pièce versée au dossier que le recourant aurait opté pour l'utilisation de chaussures sans lacets. En vertu de l'obligation de diminuer le dommage valable dans le domaine des assurances sociales, on peut exiger qu'il mette en place différents moyens auxiliaires, ces derniers pouvant l'aider à recouvrer une meilleure autonomie.

Par surabondance, la Cour de céans relèvera que la prise en compte d'une durée de 20 minutes, telle qu'alléguée par la mère du recourant, n'influencerait en aucun cas le sort du présent litige puisque, d'une part, le besoin d'aide pour se vêtir est retenu et, d'autre part, le minimum de 4 heures pour les soins intenses serait toujours loin d'être réalisé (cf. art 39 al. 1 RAI).

Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter des constatations du rapport d'enquête du 25 septembre 2020 limitant à 4 minutes le besoin d'aide pour l'acte « se vêtir/dévêtir ».

bb) En ce qui concerne l'acte « manger », l'enquêtrice ne le retient désormais pas au motif que le recourant a progressé au niveau de l'utilisation du couteau. Il subsistait une aide pour couper les aliments durs, ce qui ne pouvait être retenu dans le cadre d'une aide régulière au sens de leurs directives (cf. rapport d'enquête du 25 septembre 2020).

La mère du recourant conteste cette appréciation, expliquant que le recourant ne peut couper les aliments ni préparer sa nourriture d'une seule main.

Il sied de rappeler qu'il n'y a pas d'impotence si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable (arrêt TF 8C_30/2010 du 8 avril 2010 ; cf. CIIIAI ch. 8018). En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas du tout se servir d'un couteau (et donc pas même se préparer une tartine, arrêt TF 9C_346/2010 du 6 août 2010 ; cf. CIIIAI ch. 8018).

Dans le cas d'espèce, le recourant reste capable d'utiliser correctement la fourchette et la cuillère mais ne parvient pas à couper la viande (cf. rapport du 28 mai 2014 du Dr P._____). Au demeurant, comme l'indique la jurisprudence développée ci-dessus, des aliments durs ne sont pas consommés tous les jours. Il apparaît par ailleurs difficilement imaginable que le recourant soit incapable de préparer des mets simples d'une seule main alors même qu'il pratique du ping-pong et joue au basketball. Cette incapacité n'est en outre pas précisément objectivée au niveau médical.

Il ne se justifie donc pas de s'écarter des constatations du rapport d'enquête du 25 septembre 2020.

cc) Concernant l'acte « aller aux toilettes », l'enquêtrice n'a pas retenu de surcroît de temps au motif que le recourant n'avait plus besoin d'aide pour se nettoyer après le passage aux toilettes (cf. rapport du 25 septembre 2020).

La mère du recourant expose que le recourant peine à se nettoyer, remonter et fermer ses pantalons.

Selon la jurisprudence (ATF 121 V 88 consid. 6), il y a impotence s'agissant de l'acte « aller aux toilettes » lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, se rhabiller ou l'aider pour s'asseoir ou se relever, ou encore lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par exemple apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner). Or, il ressort clairement de la description opérée par l'enquêtrice que le recourant n'est, en soi, pas empêché de se rendre aux toilettes, puisqu'il est fonctionnellement en mesure d'y accéder seul, de se dévêtir puis de vérifier son hygiène après être allé aux toilettes. Il ne résulte au demeurant pas des rapports des différents intervenants scolaires que cet acte serait accompli avec difficulté et nécessiterait encore une aide. C'est à juste titre que l'office intimé a nié le besoin d'aide pour l'acte « aller aux toilettes ».

dd) S'agissant de la « toilette », l'enquêtrice a retenu un supplément de temps de 2 minutes du fait que le recourant était autonome pour se brosser les dents, se laver les mains et prendre sa douche. La seule aide encore apportée était pour lui laver les cheveux car il peinait à utiliser son bras gauche au-dessus de l'épaule et à une seule main il ne parvenait pas à les laver correctement (cf. rapport d'enquête du 25 septembre 2020).

La mère du recourant soutient que ce dernier ne peut pas manipuler le pommeau de douche ni se laver complètement/normalement et qu'il lui faudrait 20 minutes pour se doucher.

En l'espèce, la Cour de céans ne discerne pas les raisons pour lesquelles le recourant ne serait pas en mesure d'effectuer la plupart des activités en utilisant son bras et sa main droites, si besoin moyennant un entraînement, et en s'aidant d'instruments d'aide adaptés (tels qu'une brosse à dos). A cet égard, le Dr P._____ avait indiqué que le membre supérieur gauche du recourant était intégré de façon variable dans les activités de la vie quotidienne, même s'il avait encore besoin d'aide pour certains gestes de l'hygiène corporelle (cf. rapport du 15 mai 2015 du Dr P._____). Par conséquent, il ne se justifie pas de s'écarter des constatations du rapport d'enquête du 25 septembre 2020 limitant le besoin d'aide pour l'acte faire sa toilette (soins du corps) à 2 minutes.

ee) S'agissant de l'accompagnement à des traitements médicaux ou thérapies, le rapport d'enquête du 25 septembre 2020 fait état de 3 minutes par jour.

Le ch. 8076 CIIAI précise que seul doit être pris en compte l'accompagnement pour se rendre chez le médecin ou à des séances de thérapies pour lesquelles l'AI (ou l'assurance-maladie obligatoire, par analogie au ch. 8077.1) a accordé une garantie de prise en charge, ce qui n'est pas le cas des séances de logopédie, qui ne peuvent pas faire l'objet de mesures médicales de la part de l'AI (art. 14 al. 1 let. a LAI). Quant au suivi psychologique, l'office intimé n'a octroyé sa prise en charge que jusqu'au 31 mai 2020 (décision du 23 janvier 2018). Le rapport d'enquête réalisé le 4 septembre 2020 ne saurait dès lors prendre en compte l'accompagnement à des séances de psychothérapie, étant précisé que ce rapport mentionne en outre que le recourant « va reprendre un suivi » ce qui laisse entendre que ledit suivi a été interrompu.

Selon la CIIAI, si une assurance sociale (AI ou assurance-maladie obligatoire) prend en charge les coûts d'une thérapie donnée, le

temps consacré à domicile à des exercices dans le contexte ou en soutien de cette thérapie peut être pris en compte dans le cadre du supplément pour soins intenses, mais uniquement pour les jours où aucune thérapie n'a lieu (ch. 8077.1 et 8077.2 CIIAI).

Le rapport d'enquête du 25 septembre 2020 précise bien la prise en compte du traitement de physiothérapie, bien que le dernier rapport du Dr P. _____ ne fasse état d'aucun suivi de physiothérapie mais d'un suivi en ergothérapie (cf. rapport du 21 septembre 2021).

ff) Concernant la problématique de la prise de médicaments, il est soutenu qu'une personne doit être présente pour la prise des médicaments. Les médicaments contre l'épilepsie sont forts et le recourant n'aimerait pas les prendre, ce qui nécessiterait une surveillance accrue.

Aucun élément médical ne constate une impossibilité fonctionnelle à réaliser l'acte de prise des médicaments, qui somme toute n'est pas de nature à solliciter de manière excessive son membre supérieur gauche.

Finalement, on constate que les médecins traitants n'allèguent la nécessité d'aucune surveillance personnelle.

gg) S'agissant du supplément pour soins intenses, le recourant ne le quantifie pas (exception faite de l'habillement). Le recourant se contente de faire référence à la dernière décision de l'intimé, laquelle a conclu que le surcroît de temps quotidien étant inférieur à 4 heures, le droit au supplément pour soins intenses ne pouvait être ouvert.

hh) Il convient de rappeler que l'évaluation de l'impotence et du supplément pour soins intenses est fondée sur le rapport d'enquête du 25 septembre 2020 et non sur un examen clinique. L'enquêtrice a, par ailleurs, eu accès aux pièces du dossier, en particulier médicales, et par conséquent était au courant de l'atteinte et des répercussions sur les

compétences du mineur. L'absence de visite à domicile et d'entretien sur place, exceptionnellement liée à la pandémie, ne saurait constituer un argument relevant dans le cas d'espèce compte tenu de la nature de l'atteinte qui n'impose pas la connaissance de la topologie du domicile pour évaluer le besoin d'aide, et ceci quand bien même le recourant ait changé de domicile depuis le précédent rapport. Enfin, le recourant ne fait état d'autres objets d'incompréhension ou d'erreurs que celui lié à l'acte de « se vêtir », traité *supra*.

d) Sur le vu de ce qui précède, les conditions cumulatives à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen ne sont pas réalisées dans la mesure où le surcroît d'aide et de soins nécessité par le recourant ont diminué depuis la précédente décision.

9. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 10 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à charge de la partie recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour W. _____, représenté par R. _____),
- 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 :

