

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 novembre 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

M. Piguet et Mme Durussel, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, agissant par sa mère, **C.**_____, audit lieu, représentée par Me Olga Collados Andrade, avocate, à Lucens,

et

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

Art. 13, 14 et 26^{bis} LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 2018, présente un trouble du spectre autistique, dont le diagnostic a été confirmé en automne 2019. Ce trouble est reconnu sous chiffre 405 de l'Annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; RS 831.232.21). Il entraîne, dans le cas de l'assuré, des difficultés importantes dans les domaines de la communication et des interactions sociales, un retard d'acquisition du langage et de l'autonomie, en sus de troubles du sommeil (cf. bilan d'évaluation du 20 janvier 2020 du Service des Troubles du spectre autistique [STSA] / Centre Cantonal Autisme [CCA] du Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV]).

L'assuré, soit pour lui sa mère, C._____, a sollicité une allocation pour mineur impotent par dépôt du formulaire correspondant auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 6 janvier 2020. Était mentionné un besoin d'aide pour l'accomplissement de l'ensemble des actes ordinaires de la vie depuis mars 2019 en raison d'un retard global du développement. L'assuré nécessitait également une surveillance particulière durant la nuit du fait de sévères troubles du sommeil.

Par demande formelle du même jour auprès de l'OAI, l'assuré a également requis la prise en charge de mesures médicales.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a recueilli le bilan d'évaluation du 20 janvier 2020 du CCA du CHUV et un rapport du 10 février 2020 de la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein dudit centre. Cette dernière soulignait que l'assuré allait rejoindre le Dispositif d'Intervention précoce du STSA à partir de la rentrée scolaire 2020 afin de « développer les compétences de communication et de langage, stimuler le développement de manière globale et limiter le retard de développement et l'impact fonctionnel ». La Dre L._____ indiquait que l'assuré avait été hospitalisé en novembre

2019 pour investigation de ses troubles du sommeil, lesquels s'avéraient « davantage compatibles avec des terreurs nocturnes qu'avec des crises comitiales. »

Selon communications des 24 février et 25 août 2020, l'OAI a octroyé la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale répertoriée sous chiffre 405 de l'Annexe à l'OIC et d'une intervention précoce intensive dans le cadre du projet pilote « Intervention précoce intensive auprès des enfants atteints d'autisme infantile », dispensée par le CCA du CHUV.

L'OAI a, dans l'intervalle, nié le droit de l'assuré à une allocation pour impotent, faute de besoin d'aide accru et régulier pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, par rapport aux enfants du même âge en bonne santé. A son avis, seul l'acte « manger » requérait un besoin d'aide particulier (cf. décision du 30 juin 2020).

B. Le 26 août 2020, le Service des soins infirmiers pédiatriques à domicile a complété un formulaire d'évaluation du besoin de soins à domicile présenté par l'assuré. Il a notamment requis la prise en charge, en faveur de ce dernier, de deux veilles par semaine (représentant 16 heures de surveillance) en raison de ses troubles du sommeil pour la période du 13 août 2020 au 28 février 2021.

A la demande de l'OAI, la Dre H._____, spécialiste en pédiatrie, a précisé ce qui suit le 14 septembre 2020 :

« [...] Depuis l'âge d'1 an, B._____ met plusieurs heures à s'endormir et se réveille en criant d'abord vers minuit, puis vers 3h du matin. Suite au réveil à 3h, il refuse de se rendormir mais veut [plutôt] jouer et être actif. Il a bénéficié en novembre 2019 d'une consultation chez la Dre D._____, [réd. : spécialiste en pédiatrie et neuropédiatrie] avec un EEG [réd. : électro-encéphalogramme] pour exclure des crises d'épilepsie, qui était normal. Il a également bénéficié de consultations à domicile par une infirmière en pédiatrie spécialisée dans les troubles du sommeil, Mme N._____. Lors de son retour, celle-ci relève que les mesures d'hygiène et d'éducation du sommeil sont bien suivies par la mère, mais qu'elles ne semblent pas être suffisantes dans ce cas. Selon la Dre D._____, les troubles du sommeil présentés par B._____ sont typiques chez les patients souffrant de troubles du spectre autistique. Sous traitement de

mélatonine, le temps d'endormissement est raccourci ; en effet, la mère lui donne le traitement vers 19h et il s'endort en général dans l'heure qui suit, ce qui a un impact positif sur son humeur et sa capacité d'apprentissage le lendemain au réveil. [...] »

Sollicité pour avis, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) s'est exprimé en ces termes sur la demande de prise en charge des veilles de nuit, le 8 décembre 2020 :

« [...] L'enfant assuré, atteint d'un trouble du spectre autistique (chiffre OIC 405), bénéficie de mesures médicales notamment d'une prise en charge au Centre Cantonal de l'Autisme à Lausanne dans le Dispositif d'Intervention Précoce. Selon la lettre circulaire n° 381, l'une des conditions de prise en charge du traitement intensif (chapitre 2, point 2) est que *« les parents de l'enfant atteint d'autisme infantile [...] déclarent aussi renoncer à d'autres mesures médicales en lien avec l'autisme pendant la durée de la phase intensive du projet pilote. Ils doivent confirmer ces obligations par lettre signée »*, condition également stipulée dans l'article 3 al. 2, let. a et b, de l'Ordonnance de l'OFAS sur le projet pilote *« Intervention précoce intensive auprès des enfants atteints d'autisme infantile »* (RS 831.201.74) (*Les détenteurs de l'autorité parentale doivent : a. confirmer qu'ils ont été informés que, pendant la participation au projet pilote, aucune autre mesure médicale de l'AI en lien avec l'autisme (excepté les médicaments) n'est prise en charge ; b. s'engager à contribuer gratuitement au traitement et à fournir des renseignements, en particulier en ce qui concerne d'éventuels autres traitements susceptibles d'influer sur l'intervention précoce*).

Il est précisé dans le commentaire de l'Ordonnance qu'aucune autre mesure (par ex. d'ergothérapie) ne doit être accomplie simultanément en raison du caractère interdisciplinaire de l'intervention précoce intensive et du risque inhérent à ce traitement d'épuiser l'enfant avec d'autres thérapies en plus des 20 heures par semaine en moyenne de l'intervention précoce. Il convient en outre d'éviter des thérapies parallèles avec des objectifs différents susceptibles de mettre en péril la réussite de l'intervention précoce.

L'art. 4 al. 4 de la même ordonnance permet à l'OAI de révoquer le droit de participation au projet. Une telle révocation n'est toutefois envisageable que lorsque les détenteurs de l'autorité parentale ou les personnes qui s'occupent de l'enfant contreviennent à leurs obligations au sens de l'art. 3 al. 2, let. a - c, en particulier s'ils ne soutiennent pas les thérapeutes lors du traitement.

Etant donné que les mesures souhaitées (soins à domicile) ne correspondent pas à une autre mesure médicale (au sens de mesure thérapeutique) et que dans ce cas, il n'existe pas de raison pour une révocation à la participation au Dispositif d'Intervention Précoce, nous vous recommandons la prise en charge des prestations pour soins médicaux à domicile (deux veilles par semaine à compter du 13 août 2020) demandées. [...] »

Un bilan éducatif du 4 décembre 2020, adressé à la Commission d'intégration précoce, a fait état des difficultés de l'assuré

lors des moments de transition, en particulier les repas et la sieste. Une personne devait être présente pour permettre à l'assuré de changer d'activité.

Par communication du 15 décembre 2020, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts des soins pédiatriques à domicile, à hauteur de 8 heures de conseil et instruction, ainsi que de 16 heures de surveillance de longue durée, du 13 août 2020 au 28 février 2021.

La mère de l'assuré a indiqué à l'OAI, par correspondance du 8 janvier 2021, avoir engagé une personne non qualifiée, M. _____, pour veiller sur son fils deux nuits par semaine dès novembre 2020, alors que la détermination de l'OAI se faisait attendre et qu'elle était victime d'un épuisement lié aux troubles du sommeil de son enfant. Etaient annexés les fiches mensuelles de salaire et le certificat annuel de salaire établis en faveur de la précitée pour les veilles de nuit effectuées en 2020.

Un renouvellement de la prise en charge des soins pédiatriques à domicile a été sollicité du 1^{er} février au 31 août 2021 à la suite d'une évaluation actualisée du 21 décembre 2020, laquelle a mis en évidence 8 heures consacrées au conseil et à l'instruction et 40 heures de surveillance de longue durée.

Au cours d'un entretien téléphonique passé avec l'OAI, la mère de l'assuré a précisé les éléments suivants, consignés dans une note du 21 janvier 2021 :

« [...] En raison de l'épuisement maternel, le CMS [réd. : Centre médico-social] intervient pour des veillées plusieurs fois par semaine (octroyé + nous avons reçu un renouvellement dès février 2021).

Le CMS essaie d'envoyer toujours la même personne, car son enfant ne peut pas tolérer le moindre changement. La situation [a] empiré et la maman a engagé une personne déclarée, ne faisant pas partie du CMS pour réaliser une partie des veillées.

Cela se passe bien mieux, David dort bien lorsque c'est Mme M. _____ [...] qui reste avec lui.

[...] Il doit constamment être surveillé car il commence à s'auto-frapper.

La maman souhaiterait que nous accordions une API [réd. : allocation pour impotent] avant février 2022 en tenant compte de la situation. Cela lui permettrait de payer Mme M. _____ avec cet

argent et du coup l'AI économiserait les nuitées du CMS qui n'existeraient plus. [...] »

Par courrier du 25 janvier 2020 [recte : 2021], la mère de l'assuré a expressément demandé la reconnaissance d'une surveillance personnelle de jour et de nuit en faveur de son fils. Elle a également fait parvenir à l'OAI un certificat de la Dre H. _____ du 9 novembre 2020, laquelle soulignait ce qui suit :

« [...] B. _____ est connu depuis l'âge de 18 mois pour un trouble du spectre autistique et présente depuis déjà une année des troubles du sommeil importants.

La mère est célibataire sans famille en Suisse. La mère est amenée à dormir soit à la cave, soit dans sa voiture pour se reposer une nuit lorsqu'il y a quelqu'un pour veiller la nuit avec son fils. Elle a aussi eu recours à une hospitalisation de décharge [...] pour 2 nuits. Il a été suivi par une infirmière de la petite enfance spécialisée dans le sommeil. [...] »

L'OAI a soumis le cas de l'assuré au Service médical régional (SMR), lequel a considéré, le 2 février 2021, que les conditions pour la reconnaissance d'une surveillance personnelle permanente étaient remplies et permettaient d'ouvrir un droit à une allocation pour impotent de degré faible. La surveillance était nécessaire jour et nuit, non pas pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, mais en raison du trouble du spectre autistique affectant l'état de santé de l'assuré.

Par communication du 2 février 2021, l'OAI a prolongé la prise en charge des coûts des soins pédiatriques à domicile, à hauteur de 8 heures de conseil et instruction, ainsi que de 40 heures de surveillance de longue durée, du 1^{er} février au 31 août 2021.

Aux termes d'une correspondance du 11 février 2021, l'OAI a indiqué à la mère de l'assuré que les frais engagés en faveur de M. _____ ne pouvaient être assumés par l'assurance, dans la mesure où elle ne faisait pas partie du personnel médical ou paramédical.

L'OAI a, en parallèle, initié une révision du droit à l'allocation pour impotent de l'assuré dès le 26 janvier 2021 et mis en œuvre une enquête, réalisée par téléphone le 24 mars 2021. Le rapport du même jour

a retenu que l'assuré avait besoin d'un surcroît de temps, par rapport aux enfants de son âge en bonne santé, pour l'accomplissement de trois actes ordinaires de la vie (« se vêtir/se dévêtir » reconnu dès février 2021, « manger » précédemment reconnu dès août 2019, « aller aux toilettes » reconnu dès février 2021), ainsi que d'une surveillance personnelle permanente dès mars 2019.

Par deux projets de décision du 14 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une allocation pour impotent de degré faible du 1^{er} au 31 janvier 2021 (en raison d'un besoin d'aide accru pour l'acte « manger » et de la nécessité d'une surveillance personnelle permanente), puis une allocation pour impotent de degré moyen dès février 2021 (en raison d'un besoin d'aide accru pour la réalisation de trois actes ordinaires de la vie et de la nécessité d'une surveillance personnelle permanente).

A l'issue d'une correspondance du 17 mai 2021, l'assuré, agissant par sa mère, représentée par Me Olga Collados Andrade, a formellement contesté la teneur des projets de décision du 14 avril 2021, estimant que le droit à une allocation pour impotent de degré moyen devait être reconnu dès le 1^{er} août 2020. Il a par ailleurs requis une décision formelle relativement aux frais de veille occasionnés par le recours aux services de M._____. Il a souligné que l'assistance de cette dernière était devenue indispensable dès novembre 2020, compte tenu de l'épuisement de sa mère. Par ailleurs, les coûts correspondants étaient bien moindres que ceux occasionnés par le CMS. La régularité de l'assistance de M._____ lui procurait une sérénité et une continuité bénéfiques, alors que les veilleuses du CMS changeaient régulièrement.

L'OAI a établi un projet de décision de refus de prise en charge des veillées dispensées par du personnel non qualifié le 19 mai 2021, réitérant que M._____ ne faisait pas partie du personnel médical ou paramédical, ce qui excluait d'assumer les frais de ses interventions.

L'assuré a réitéré son désaccord avec la position communiquée par l'OAI, par courrier du 18 juin 2021, concluant à la prise en charge des veilles effectuées par du personnel non médical dès novembre 2020 sur la base des arguments précédemment invoqués. Il a également relevé que l'engagement de M._____ avait été effectué dans l'urgence dans l'attente de la détermination de l'OAI, sans que ce dernier ne l'ait renseigné sur les exigences en matière de qualifications du personnel.

Par décision du 26 juillet 2021, l'OAI a maintenu son refus d'assumer les veilles de nuit réalisées par du personnel non qualifié, relevant n'avoir mis aucun retard à statuer, tout en ayant sollicité l'avis de l'OFAS et examiné la question de la surveillance personnelle permanente dans le contexte de l'impotence.

L'OAI a établi deux décisions en matière d'impotence le 16 août 2021, confirmant le droit à une allocation pour impotent de degré faible du 1^{er} au 31 janvier 2021, augmentée à un degré moyen dès le 1^{er} février 2021.

C. B._____, agissant par sa mère, C._____, toujours assistée de Me Collados Andrade, a déféré les trois décisions précitées auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoires de recours des 14 et 15 septembre 2021. Les procédures de recours contre les décisions du 16 août 2021 en matière d'impotence ont été enregistrées sous les numéros de cause AI 342/21 et AI 343/21 et font l'objet d'arrêts séparés.

S'agissant de la présente procédure, introduite contre la décision du 26 juillet 2021, le recourant a conclu principalement à la prise en charge par l'OAI, au titre de mesures médicales, des frais des veilles de nuit effectuées par du personnel non-médical dès le mois de novembre 2020 et à l'octroi d'une contribution d'assistance à compter du mois d'août 2020. Il a proposé, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a rappelé la

sévérité de ses troubles du sommeil, présents depuis novembre 2019, lesquels avaient conduit sa mère à l'épuisement et au recours aux services de M. _____ pour effectuer des veilles de nuit. Etaient joints, à titre de justificatifs, les fiches des salaires versés à M. _____ et autres pièces administratives attestant de l'endettement de la mère de l'assuré, ainsi que de ses difficultés professionnelles et problèmes de santé. Dans ce contexte, l'assuré a reproché à l'OAI de ne pas avoir pris en compte l'adéquation et l'économicité des services fournis par M. _____, en dépit de son absence de qualification médicale ou paramédicale. Au surplus, il a fait grief à l'OAI de l'avoir insuffisamment renseigné sur les conditions à remplir par le personnel mandaté pour lui prodiguer des soins et d'avoir tardé à statuer sur sa demande déposée en août 2020. Il a également souligné qu'à son avis, sa demande initiale de prestations préservait l'intégralité de ses droits, alors que ses troubles du sommeil avaient été annoncés antérieurement dès novembre 2019. Il a également requis l'assistance judiciaire gratuite, au vu de la précarité de la situation financière de sa mère.

Par décision du 16 septembre 2021, la magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Collados Andrade en qualité d'avocate d'office, à compter du 14 septembre 2021.

L'OAI a répondu au recours le 19 octobre 2021 et conclu à son rejet, en se référant aux termes de la décision querellée.

Par réplique du 11 novembre 2021, l'assuré a maintenu ses conclusions, en étayant ses arguments et en proposant l'audition d'une collaboratrice de S. _____ en vue de fournir les détails de sa prise en charge assumée par divers intervenants. Il a également produit un tableau récapitulatif des veilles de nuit assumées par le CMS en sa faveur, lesquelles avaient, de fait, débuté le 5 janvier 2021.

Le 6 décembre 2021, l'OAI a réitéré sa position.

A la demande de la magistrate instructrice, Me Collados Andrade a fait parvenir, le 16 février 2022, la liste des activités déployées en faveur de son mandant dans le cadre de la présente procédure.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1, let. a, LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93, let. a, LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61, let. b, LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Saisi d'un recours contre une décision rendue par une autorité compétente en matière d'assurances sociales, le juge 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 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

c) En l'espèce, le litige a exclusivement pour objet la prise en charge du coût des veilles assumées par M. _____ auprès du recourant dès novembre 2020.

La question du droit à une contribution d'assistance, à laquelle conclut le recourant à titre principal, sort en revanche du cadre de la décision querellée, laquelle n'a trait qu'aux frais de veille encourus au profit de M. _____, de sorte que la Cour de céans ne saurait se prononcer à cet égard.

Il en va de même des observations du recourant ayant trait à la question de l'impotence, dont les décisions font l'objet de procédures judiciaires spécifiques, traitées par la Cour de céans sous les numéros de cause AI 342/21 et AI 343/21

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (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).

4. a) Selon l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de vingt ans révolus (al. 1).

Ces prestations relèvent des mesures de réadaptation (art. 8 al. 3 let. a LAI). Dans ce contexte, la personne assurée n'a droit, en règle générale, qu'aux mesures qui sont nécessaires et adaptées au but de réadaptation visé, mais pas aux actes les meilleurs possibles selon les circonstances données (dans ce sens, art. 8 al. 1 LAI). En effet, la loi entend simplement garantir une réadaptation qui soit nécessaire mais aussi suffisante dans le cas d'espèce.

En outre, le résultat prévisible d'une mesure de réadaptation doit se situer dans un rapport raisonnable avec son coût (TFA I 174/03 du 28 décembre 2004 consid. 3.1 et jurisprudence citée). Par ailleurs, le droit aux mesures prévues par l'art. 13 al. 1 LAI existe indépendamment de la possibilité d'une future réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI), contrairement au droit visé par la disposition générale de l'art. 12 LAI. Le but de la réadaptation est de supprimer ou de diminuer l'atteinte à la santé intervenue à la suite d'une infirmité congénitale (TFA I 174/03 précité, loc. cit.).

b) Aux termes de l'art. 13 al. 2 LAI, le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées ; il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes.

c) Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OIC, laquelle contient, en annexe, une liste des infirmités réputées congénitales au sens de l'art. 13 LAI. Cette liste comprend notamment les troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (ch. 405 de l'Annexe à l'OIC), dont souffre le recourant.

d) Aux termes de l'art. 2 al. 3 OIC, sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale, tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate.

5. a) L'art. 14 al. 1 LAI prévoit que les mesures médicales comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a) et les médicaments ordonnés par le médecin (let. b).

b) A teneur de l'art. 26^{bis} al. 1 LAI, l'assuré peut choisir librement le personnel paramédical, les établissements et les ateliers ou encore les entreprises présentes sur le marché ordinaire du travail qui mettent en œuvre des mesures de réadaptation et les fournisseurs de moyens auxiliaires, pour autant qu'ils satisfassent aux prescriptions cantonales et aux exigences de l'assurance.

c) Il découle de ces dispositions qu'une prescription médicale est nécessaire pour les mesures médicales fournies par un agent du personnel paramédical. Cette exigence implique qu'un médecin ordonne le traitement en cause, en assume la responsabilité et en surveille l'application ; il n'y a pas prescription médicale lorsque le médecin se contente d'adresser un patient chez un autre fournisseur de prestations (TFA I 174/03 précité consid. 6.1).

d) La jurisprudence précise que ne peuvent être qualifiées de personnel paramédical au sens de l'art. 14 al. 1 LAI que les personnes qui, comme les physiothérapeutes, les logopédistes et les chiropraticiens reconnus etc., disposent d'une formation spécifique appropriée et exercent leur profession selon les dispositions cantonales dans chaque cas particulier (TFA I 174/03 précité consid. 5.2 et jurisprudence citée).

e) Le Tribunal fédéral a par ailleurs jugé que les dispositions en vue de soins à domicile, dont la mise en œuvre ne nécessite pas de

qualifications professionnelles du point de vue médical, ne constituent pas des mesures médicales au sens de l'art. 13 al. 1 LAI en relation avec l'art. 14 al. 1, let. a, LAI et l'art. 2 al. 3 OIC, mais elles ouvrent le droit, le cas échéant, à une allocation pour impotent et à un supplément pour soins intenses (ATF 136 V 209 consid. 7 et 10, en particulier 10.2 in fine).

6. a) En l'espèce, il est incontesté que le recourant souffre de sévères troubles du sommeil depuis novembre 2019, ainsi que l'a attesté la Dre H._____, notamment dans le certificat établi le 9 novembre 2020. Il est également établi que ces troubles sont une conséquence directe du trouble du spectre autistique reconnu sous ch. 405 de l'Annexe à l'OIC, dont est affecté le recourant.

De ce fait, il bénéficie de la prise en charge de diverses mesures médicales au sens de l'art. 13 al. 1 LAI, dont des soins pédiatriques à domicile, lesquels comprennent des veilles nocturnes dispensées par des infirmières spécialisées du CMS à compter d'août 2020, selon communication de l'OAI du 15 décembre 2020.

b) On peut observer que la situation du recourant a sensiblement empiré, dans la mesure où les veilles de nuit, comptabilisées à hauteur de 16 heures de surveillance par le CMS le 26 août 2020, ont été majorées à 40 heures selon le formulaire complété par le CMS le 21 décembre 2020. Cette aggravation a, du reste, été prise en compte par l'intimé aux termes de sa communication du 8 février 2021.

c) Cela étant, selon les indications fournies par la mère du recourant, corroborées par le certificat de la Dre H._____ du 9 novembre 2020, on peut retenir que la péjoration des troubles du sommeil du recourant s'est manifestée dès novembre 2020. Il n'y a, dans ce contexte, pas lieu de douter du bien-fondé du recours aux services d'un tiers compter de novembre 2020, vu la sévérité des troubles du sommeil du recourant et l'épuisement maternel consécutif.

7. **a)** S'agissant du profil professionnel de Mme M._____, il n'est pas contesté qu'elle ne revêt aucune qualification médicale ou paramédicale. Elle ne satisfait donc pas aux prescriptions cantonales, au sens requis par l'art. 26^{bis} al. 1 LAI, de sorte que ses interventions sortent du cadre strict fixé par l'art. 14 al. 1, let. a, LAI et par la jurisprudence citée supra sous consid. 5c - e.

Dès lors, en dépit de l'économicité de ses interventions par rapport aux coûts des soins prodigués par le CMS et de l'adéquation, sur le plan purement humain, de son engagement, ces éléments sont insuffisants pour permettre de contourner les impératifs juridiques, aussi rigoureux soient-ils, contenus aux art. 14 al. 1, let. a, et 26^{bis} al. 1 LAI.

b) Partant, dans la mesure où les veilles de nuit, réalisées par Mme M._____ auprès du recourant dès novembre 2020 n'ont pas été effectuées par du personnel médical ou paramédical, les frais correspondants ne sauraient être assumés par l'intimé au titre de mesure médicale au sens de l'art. 13 al. 1 LAI, en relation avec l'art. 14 al. 1, let. a, LAI et l'art. 2 al. 3 OIC. On ajoutera qu'on peut écarter la mesure d'instruction proposée par le recourant, à savoir l'audition d'une collaboratrice de S._____, dans la mesure où le bien-fondé des soins prodigués au recourant n'est nullement remis en question.

8. Le recourant se prévaut d'une violation de l'obligation de renseigner imputable à l'OAI, en l'absence de toute information sur les qualifications devant être remplies par le personnel dispensant des soins.

a) L'art. 27 LPGA prévoit notamment que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1) et que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations étant compétents pour cela (al. 2, 1^{ère} phrase).

Ce devoir de conseil de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (TF K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in : SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et référence citée). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1).

b) Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 p. 480).

c) In casu, on ne peut reprocher à l'intimé d'avoir failli à son obligation de renseigner la mère du recourant sur les qualifications requises de la part du personnel exécutant les mesures médicales prises en charge par l'assurance. Il apparaît en effet que l'intimé n'a été mis au courant de l'engagement de M. _____ qu'à réception de la correspondance de la mère du recourant du 8 janvier 2021. Celle-ci avait déjà recouru aux services de la précitée depuis le mois de novembre 2020. En outre, une demande de prise en charge des veilles de nuit, déposée le 26 août 2020 par le Service des soins infirmiers pédiatriques à domicile, était en cours d'instruction. Aucune pièce versée au dossier de l'intimé avant le 8 janvier 2021 ne permettait de déduire que la mère du recourant envisageait de solliciter une personne extérieure au CMS. Partant, il n'y a pas lieu de considérer que l'intimé aurait dû rendre la mère du recourant attentive aux exigences du personnel dispensant les mesures médicales en faveur de son enfant.

9. Le recourant fait également grief à l'intimé d'avoir tardé à statuer sur son cas, ce qui l'aurait contraint à prendre des mesures urgentes, telles que l'engagement de M. _____.

a) En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (ATF 134 I 229 consid. 2.3). Cette disposition prohibe précisément le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer (ATF 117 Ia 116 consid. 3a ; 107 Ib 160 consid. 3b et les références citées).

b) Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou au-delà de tout délai raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références citées ; 130 I 312 consid. 5.1 et les références citées). A teneur de jurisprudence, le

caractère raisonnable ou adéquat du délai s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances, lesquelles commandent généralement une évaluation globale ; sont notamment déterminants, entre autres critères, le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les arrêts cités). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié ; on ne saurait par ailleurs reprocher à l'autorité quelques « temps morts », qui sont inévitables dans une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références citées). Dans le cadre de cette appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité (ATF 126 V 244 consid. 4a et les références), lequel ne peut toutefois l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b ; TFA I 819/2002, du 23 avril 2003 consid. 2.3).

c) En l'espèce, la demande du Service des soins infirmiers a domicile a été formellement déposée le 26 août 2020 et a fait l'objet d'une consultation auprès de l'OFAS avant que la communication de prise en charge du coût des mesures médicales soit émise par l'intimé le 15 décembre 2020. Dans l'intervalle, il n'apparaît pas que la mère du recourant ait contacté ce dernier pour le presser à faire part de sa position. Au demeurant, un délai de quelques mois pour statuer sur la prise en charge requise ne paraît pas excessif, vu les particularités du cas du recourant. Partant, il n'y a pas lieu d'imputer un quelconque retard à statuer à l'intimé.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 26 juillet 2021 confirmée.

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, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 16 septembre 2021.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Me Collados Andrade a été désignée en qualité d'avocate d'office à compter du 14 septembre 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Elle a produit le relevé des opérations effectuées, le 16 février 2022, justifiant 8 heures et 10 minutes de travail. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Collados Andrade. Dès lors, il y a lieu d'arrêter son intervention à 8 heures et 10 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 73 fr. 50 et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 118 fr. 85, ce qui représente un montant total de 1'662 fr. 35 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser la somme de 2'262 fr. 35 (1'662 fr. 35 + 600 fr.) dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité.

Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 26 juillet 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Collados Andrade, conseil du recourant, est arrêtée à 1'662 fr. 35 (mille six cent soixante-deux francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Olga Collados Andrade, à Lucens (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :