

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 octobre 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, agissant par sa mère, **C.** \_\_\_\_\_, audit lieu, représentée par Me Romain Rochani, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 9 et 17 LPGA ; art. 42 et 42<sup>ter</sup> LAI ; art. 37 et 39 RAI.**



## **E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 2006, est atteinte d'une sclérose tubéreuse de Bourneville, responsable notamment d'un retard sévère du développement, d'un retard mental et d'une épilepsie multifocale réfractaire. Elle bénéficie d'un suivi spécialisé au sein de l'Unité de neurologie et de neuroréhabilitation pédiatrique du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ depuis février 2011.

Représentée par sa mère, C.\_\_\_\_\_, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par plusieurs demandes formelles déposées à compter du 16 février 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a pris en charge les frais afférents au traitement de l'infirmité congénitale affectant l'assurée, répertoriée sous chiffre 487 (sclérose cérébrale tubéreuse) 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), puis sous chiffre 481 (syndromes neurocutanés, par exemple neurofibromatose, sclérose tubéreuse de Bourneville et *incontinentia pigmenti*) de l'Annexe à l'OIC-DFI (ordonnance du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ; RS 831.232.211 ; cf. communications de l'OAI des 6 décembre 2012, 8 octobre 2013, 10 avril 2014, 14 mai 2018, 5 novembre 2020 et 28 février 2022).

L'assurée dispose également de moyens auxiliaires, à savoir de chaussures orthopédiques et d'un appareil de communication, dont les coûts ont été assumés par l'OAI (cf. communications de l'OAI des 20 décembre 2013 et 31 août 2015).

**B.** Dans l'intervalle, A.\_\_\_\_\_, agissant par sa mère, a sollicité une allocation pour mineur impotent de l'assurance-invalidité par formulaire officiel déposé auprès de l'OAI le 16 février 2012. Elle a indiqué avoir besoin d'aide pour l'accomplissement de la plupart des actes

ordinaires de la vie (« se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux »). Elle soulignait également la nécessité de l'assistance de l'adulte pour la prise d'une médication antiépileptique, ainsi que d'une surveillance personnelle en raison de son inconscience des dangers et de ses crises d'épilepsie.

L'OAI a diligenté une enquête sur l'impotence au domicile de l'assurée le 2 octobre 2012. Aux termes du rapport correspondant du 3 octobre 2012, l'enquêtrice de l'OAI a observé que l'assurée avait besoin d'assistance pour l'intégralité des actes ordinaires de la vie. Le surcroît de temps journalier requis par cette assistance se montait à 25 minutes pour « se vêtir/se dévêtir », 60 minutes pour « se lever/s'asseoir/se coucher », 56 minutes pour « manger », 20 minutes pour « faire sa toilette » et 65 minutes pour « aller aux toilettes » ; un temps supplémentaire n'était en revanche pas comptabilisé pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Il convenait également de retenir 5 minutes quotidiennes pour l'accompagnement aux différentes consultations médicales et 20 minutes supplémentaires pour l'administration de médicaments. Une surveillance personnelle permanente s'avérait nécessaire en raison de possibles crises d'épilepsie et de troubles du comportement.

Après examen approfondi du cas, l'OAI a écarté un besoin d'aide pour réaliser l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », les difficultés d'endormissement de l'assurée étant prises en considération sous l'angle de la surveillance personnelle.

L'OAI a établi une décision d'octroi d'une allocation pour mineur impotent le 29 janvier 2013, reprenant les termes d'un projet de décision du 3 décembre 2012. Il a retenu un besoin d'assistance pour accomplir les actes « manger » et « aller aux toilettes » (dès l'âge de 30 mois), l'acte « se vêtir/se dévêtir » (dès l'âge de 3 ans), les actes « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » (dès l'âge de 6 ans), ainsi que la nécessité d'une surveillance personnelle permanente. Vu

les actes ordinaires de la vie considérés et la surveillance personnelle permanente, un temps supplémentaire journalier de 5 heures et 11 minutes était reconnu en faveur de l'assurée. L'OAI l'a par conséquent mise au bénéfice d'une allocation pour mineur impotent de degré moyen à compter du 16 février 2011, assortie d'un supplément pour soins intenses de plus de 4 heures par jour.

**C.** A partir du mois de décembre 2017, l'OAI a entrepris une révision d'office du droit à l'allocation pour impotent servie à A.\_\_\_\_\_. Aux termes du formulaire complété le 29 janvier 2018, l'assurée a signalé avoir besoin d'assistance pour la réalisation de la totalité des actes ordinaires de la vie, ainsi que d'une surveillance personnelle permanente, compte tenu de ses troubles du comportement et de ses crises d'épilepsie.

Par rapports des 2 et 14 mars 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_, neuropédiatre et médecin associé de l'Unité de neurologie et neuroréhabilitation pédiatrique du G.\_\_\_\_\_, a souligné que l'assurée présentait une sclérose tubéreuse de Bourneville, accompagnée d'une épilepsie réfractaire, d'une déficience mentale et d'un trouble du comportement. En l'absence de contrôle de l'épilepsie, il fallait s'attendre à la persistance de crises pluriquotidiennes, ainsi qu'à des limitations d'ordre mental et psychique. Ces diagnostics se répercutaient sur l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, indépendamment de l'âge de l'assurée. Elle avait besoin d'aide, faute d'autonomie, pour la majorité des actes de la vie quotidienne (toilette, alimentation, habillage). Les limitations mentales et psychiques imposaient par ailleurs une surveillance constante dans les déplacements hors du domicile étant donné le risque de mise en danger.

L'OAI s'est procuré le rapport éducatif, établi le 19 mars 2018 au sein de la Fondation W.\_\_\_\_\_. L'enseignant spécialisé en charge de l'assurée relevait qu'elle possédait une bonne motricité globale, en dépit d'un rythme lent et de difficultés pour les actions requérant de la force. Son équilibre était précaire, sa démarche chaotique avec des problèmes de coordination ou des mouvements parasites. Elle pouvait mettre et

enlever des pantoufles ou des chaussures basses, mais avait besoin d'aide pour les délayer. Elle était capable d'enfiler une veste, mais non pas d'engager la fermeture-éclair. Elle participait à l'habillage ou au déshabillage, mais requérait une aide constante. Tout déplacement devait être accompagné, malgré une relative prudence de l'assurée. L'environnement devait être habituel et prévisible. L'assurée mangeait avec appétit et de tout. Elle avait toutefois besoin que ses aliments soient coupés, ne se servant pas de son couteau. Il fallait parfois lui apporter la nourriture à la bouche pour initier l'alimentation de manière autonome. Elle pouvait manifester des refus alimentaires. S'agissant de l'hygiène, l'assurée était toujours langée, participant au changement de couches. Elle était en mesure de se laver le visage et les mains, mais avec des difficultés pour l'essuyage. Elle acceptait que ses dents soient lavées, sans participer à la réalisation de cet acte. Elle n'entreprenait des activités spontanées que rarement et nécessitait une présence de référence à ses côtés.

L'OAI a mis en œuvre une enquête sur l'impotence de l'assurée à son domicile. Le rapport correspondant du 17 décembre 2018 a conclu à un besoin d'assistance de l'assurée pour réaliser la totalité des actes de la vie quotidienne. Leur accomplissement impliquait un surcroît de temps journalier de 4 heures et 30 minutes. L'enquêtrice de l'OAI a consigné les éléments suivants en lien avec les actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger » :

**« [...] Se lever/s'asseoir/se coucher**

[...] A.\_\_\_\_\_ n'arrive pas à s'endormir seule. Depuis quelques semaines, un lit a été mis dans la chambre des parents pour qu'elle puisse apprendre à dormir dans un lit seule mais en présence de ses parents. Son papa doit l'accompagner dans la chambre, l'aider à se coucher et la couvrir. Il doit rester environ 1 heure, le temps qu'elle s'endorme. Elle se réveille toutes les nuits en raison des crises d'épilepsie avec convulsions qui sont plus fortes que durant la journée. Il faut intervenir, la calmer et rester à ses côtés jusqu'à ce qu'elle s'endorme.

Durant la journée, toutes les transitions sont particulièrement difficiles ; lorsqu'il faut partir et qu'elle est occupée à faire quelque chose, il est difficile qu'elle accepte sans faire de crise, il faut lui prendre les bras et « la tirer » souvent de force.

[...] **Surcroît de temps lié au problème de santé : 90 min.**

**Manger**

[...] A. \_\_\_\_\_ n'arrive pas à couper ses aliments. Une aide directe pour couper tous les aliments de son assiette est nécessaire. Elle aime bien manger.

Il faut régulièrement lui donner à manger, soit pour initier le geste, soit pour la motiver, car parfois ne veut pas manger.

A. \_\_\_\_\_ mange à la cuisine avec sa maman les bons jours, sinon, elle doit lui donner à manger lorsqu'elle joue par terre ou autre activité car pas possible de l'installer à la cuisine. A. \_\_\_\_\_ ne peut pas manger en famille, il faut une personne à ses côtés pour réagir, pas possible pour sa maman de manger en même temps.

[...] Temps retenu pour les repas assez important ; il faut négocier, lui courir après, la faire revenir à table si possible ou lui donner à manger où elle se trouve, l'occuper en lui racontant une histoire, etc.

[...] **Surcroît de temps lié au problème de santé : 60 min.**  
[...] »

L'enquêtrice de l'OAI a par ailleurs pris en considération un surcroît de temps journalier de 6 minutes pour l'accompagnement de l'assurée à des visites médicales et thérapeutiques. Elle a également retenu la nécessité d'une surveillance particulièrement intense sur la base des observations suivantes :

« [...] Situation similaire à celle décrite lors de l'enquête précédente du 03.10.2012 mais qui est devenue plus complexe en raison de l'âge de l'assurée (plus grande, plus de force, etc.).

L'assurée a actuellement 12 ans, elle n'a aucune notion des dangers et à une compréhension très limitée. Une présence à ses côtés est toujours nécessaire pour pouvoir intervenir rapidement. Dès qu'elle ressent une frustration, elle part en crise (pleure, se tape ou tape les autres, court, se roule par terre, lance ce qu'elle trouve, etc.). Très difficile de la maîtriser. Sa maman n'y arrive pas et doit appeler son époux. Une éducatrice spécialisée ([...]) va mettre en place une formation pour les personnes qui interviennent auprès d'elle. Il faudrait une petite chambre vide pour qu'elle puisse y rester seule pour se calmer sans se mettre en danger (juste vérifier qu'elle ne se fasse pas mal). »

En définitive, le surcroît de temps quotidien consacré à l'ensemble des actes ordinaires de la vie, aux visites médicales et thérapeutiques, ainsi qu'à la surveillance personnelle, qualifiée de particulièrement intense, totalisait 8 heures et 36 minutes.

Par projet de décision du 18 décembre 2018, repris dans une décision du 12 février 2019, l'OAI a augmenté l'allocation pour mineur impotent octroyée à l'assurée à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017. Dès cette date, l'assurée était mise au bénéfice d'une allocation pour mineur impotent de degré grave, étant donné le besoin d'assistance pour

accomplir les six actes ordinaires de la vie et d'une surveillance particulièrement intense. Le supplément pour soins intenses était porté à plus de 8 heures par jour.

**D.** L'OAI a initié une seconde révision de l'allocation pour mineur impotent octroyée à A.\_\_\_\_\_ dès le mois de septembre 2021. Complétant à cette fin le formulaire officiel le 2 novembre 2021, l'assurée a maintenu avoir besoin d'assistance pour réaliser tous les actes ordinaires de la vie, en sus d'une surveillance personnelle permanente. Elle a précisé ce qui suit, par le biais de ces parents, eu égard notamment à l'accomplissement des actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger » :

« [...] **Se lever/s'asseoir/se coucher**

Les besoins de notre fille sont les mêmes que ceux annoncés lors de la dernière révision. A la différence des évolutions suivantes :

- Mécaniquement, elle arrive à se lever, s'asseoir et se coucher toute seule, sans l'aide de personne.
- Toutefois, il nous faut lui rappeler quand il est l'heure de se coucher, de se lever, etc.
- Elle a sans cesse besoin d'être surveillée car fait des crises d'épilepsie qu'elle ne sent pas toujours arriver et peut se faire mal suivant la position dans laquelle elle se trouve au moment de la crise.
- A.\_\_\_\_\_ a des soucis de sommeil. Elle a besoin d'une médication pour l'aider à dormir.

**Manger (couper les aliments/porter les aliments à la bouche)**

Les besoins de notre fille sont les mêmes que ceux annoncés lors de la dernière révision. A la différence des évolutions suivantes :

- Elle n'arrive pas à couper ses aliments. Nous le faisons pour elle.
- Elle mange de tout et nous n'avons pas besoin de cuisiner des choses en particulier juste pour notre fille.
- Nous devons surveiller qu'elle ne mette pas trop d'aliments en même temps dans la bouche au risque de s'étouffer.
- Nous devons surveiller également les quantités de nourriture et de boisson qu'elle ingère car n'a pas cette sensation de satiété. Nous devons veiller à ce qu'elle ne prenne pas de la nourriture dans les armoires/frigo en dehors des heures de repas.
- Nous ne pouvons pas la laisser manger seule et ce, dû à ses troubles du comportement.
- Les moments de repas prennent au minimum 1h (et au moins 30 à 40 min pour manger).
- Nous devons la surveiller pour qu'elle ne mette pas en bouche (pour les mâcher et/ou les avaler) différentes choses de la maison comme le papier, etc.

[...]

De manière générale, du fait de ses crises d'épilepsie, A. \_\_\_\_\_ peut se mettre en danger et a, de ce fait, besoin d'une surveillance quasi constante. Et cette surveillance est de plus en plus dure à appliquer au vu de ses envies/besoins de s'affirmer en tant que jeune femme. Les violences physiques se font de plus en plus présentes lorsqu'A. \_\_\_\_\_ ne souhaite pas collaborer. Elle exprime ainsi ses frustrations au point où nous n'arrivons plus à nous défendre. Ces moments de crises sont [devenus très présents] et cela nous prend énormément d'énergie physique et morale pour les désamorcer. »

L'OAI s'est procuré les rapports de consultation rédigés par le Dr G. \_\_\_\_\_ à compter du 25 septembre 2018. Ces documents ont, pour l'essentiel, relaté que l'assurée avait bénéficié de la pose d'un neurostimulateur du nerf vague en mai 2020. Cela étant, le spécialiste notait la persistance de crises d'épilepsie convulsives diurnes et nocturnes, en sus de la survenance de chutes pluri-hebdomadaires. Le trouble du comportement, après une phase d'amélioration, semblait à nouveau se péjorer (cf. en particulier : rapports des 7 juillet 2020 et 10 juin 2021).

L'école J. \_\_\_\_\_, où l'assurée est institutionnalisée, a fourni un rapport éducatif, daté du 7 décembre 2021. Aux termes de ce document, ont été consignées notamment les observations ci-après :

« **Besoins d'anticipation (transition, activités, repas, soins, fêtes, entrée dans le sommeil...)**

Pour comprendre les changements, les pictos et la communication verbale sont les moyens utilisés et compris par A. \_\_\_\_\_ pour accompagner les transitions.

A. \_\_\_\_\_ est très dépendante de la personne avec laquelle elle se déplace lorsqu'il s'agit de faire les transitions.

Concernant sa participation aux activités proposées (bricolage, peinture, jeu de société...etc) dans le groupe, A. \_\_\_\_\_ a besoin d'être bien structurée. Elle a besoin d'un soutien important sans quoi il est impossible de faire une activité.

A cela s'ajoute la nécessité d'être très présent autour d'elle en cas de crise d'épilepsie.

Il arrive que l'activité proposée sur le groupe ne convienne pas à A. \_\_\_\_\_. Dans ce cas, une sortie en extérieur est quelque chose qu'elle apprécie fortement.

**Repas**

A. \_\_\_\_\_ est bien autonome à table.

Elle mange proprement. Elle mange bien lorsqu'elle aime.

Elle utilise ses couverts correctement et elle boit sans problème.

### **Sommeil**

A.\_\_\_\_\_ a un bon sommeil, elle va au lit généralement tôt. Si elle a fait des absences ou des crises d'épilepsie, il se peut qu'elle ne veuille pas aller au lit tout de suite. Elle n'a pas besoin d'être changée pendant la nuit, par contre il faut la surveiller car il lui arrive de faire des crises d'épilepsie.

### **Comportement à risques**

Elle a besoin d'une présence en continu.

Par exemple, A.\_\_\_\_\_ peut manger le papier wc, le plastique, les mouchoirs en papier, etc. donc il y a un risque d'étouffement.

### **Autres indications spécifiques, présence de la notion de danger**

A.\_\_\_\_\_ aime se cacher dans les chambres, car elle aime être dans le noir ou bien elle se cache derrière les portes, et cela veut dire qu'elle est en train de manger du papier ou des éponges ou qu'elle a besoin de faire des selles.

Il faut toujours l'avoir en conscience. [...] »

Sur questions de l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin adjoint du Service des troubles du spectre autistique du Département de psychiatrie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, s'est exprimé comme suit le 26 janvier 2022 :

#### **« [...] 1) L'évolution de la situation**

L'évolution d'A.\_\_\_\_\_ a été globalement positive depuis 18 mois. D'une part les comportements défis se sont atténués du fait de la médication. Ensuite elle a pu progressivement s'adapter à l'école J.\_\_\_\_\_ après plusieurs mois de refus même d'entrer dans la classe.

Le PICA s'est en revanche longtemps poursuivi. Une fibroscopie a mis en évidence une gastrite sévère à Helicobacter pylori, dont le traitement s'est étalé. Nous avons également pu préparer A.\_\_\_\_\_ à un bilan sanguin qui atteste de la difficulté à réguler son épilepsie par ailleurs encore active. Par la suite il a été assez difficile pour moi d'accéder à la famille, qui a annulé à plusieurs reprises les rendez-vous, mais je recevais des nouvelles positives par notre case manager et l'école.

#### **2) La situation actuelle**

Il y a depuis les vacances de Noël 2021 une recrudescence intense des comportements défis, justifiant une hospitalisation en pédiatrie de 3 jours. Cette décompensation semble liée au traitement insuffisant de l'épilepsie, à la possible recrudescence de sa gastrite et à l'absence d'anticipation d'un tête-à-tête trop prolongé entre A.\_\_\_\_\_ et sa mère qui avait refusé systématiquement les propositions de l'UAT.

#### **3) L'assurée est-elle autonome pour accomplir les actes courants de la vie ?**

A.\_\_\_\_\_ est dépendante pour l'essentiel des actes de la vie quotidienne. Elle nécessite une surveillance constante en particulier pendant les déplacements.

**4) Dans la négative, pour quelle raison ?**

Son autisme et son intolérance à la frustration la [rendent] particulièrement vulnérable aux changements dans son environnement.

**5) L'assurée, nécessite-il/elle une surveillance personnelle permanente ? Si oui, pour quelle raison (réponses étayées).**

Surveillance compatible avec l'accompagnement des patients avec déficience intellectuelle sévère non verbale. A.\_\_\_\_\_ n'est pas autonome dans ses déplacement mais réclame les sorties en permanence, comme seul mode de régulation émotionnelle. Sans surveillance, malgré son traitement gastro-entérologique, elle a tendance à avaler des textiles en grande quantité. Elle peut crier très fort, générant des nuisances de voisinage et va facilement frapper son entourage en cas de frustration. [...] »

L'OAI a diligenté une nouvelle enquête sur l'impotence de l'assurée, réalisée par téléphone le 10 janvier 2023. Le rapport corrélatif, établi le 13 janvier 2023, a retenu que l'assurée présentait désormais un besoin d'assistance uniquement pour la réalisation de quatre actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Le surcroît de temps journalier pour réaliser ces actes se montait à 3 heures et 40 minutes. L'enquêtrice de l'OAI a justifié sa position comme suit, concernant la réalisation des actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger » :

« [...] **Se lever/s'asseoir/se coucher**

[...] Mentionné dans la demande.

Retenu lors de la dernière évaluation.

Selon le rapport pédagogique, A.\_\_\_\_\_ a un bon sommeil, elle va au lit généralement tôt. Si elle a fait des absences ou des crises d'épilepsie, il se peut qu'elle ne veuille pas aller au lit tout de suite. Elle n'a pas besoin d'être changée pendant la nuit, par contre il faut la surveiller car il lui arrive de faire des crises d'épilepsie.

A.\_\_\_\_\_ se réveille parfois elle-même vers 6h-7h. Si elle dort, sa maman la laisse dormir jusqu'à 7h30 avant d'aller la réveiller.

Le soir, A.\_\_\_\_\_ va parfois toute seule au lit à 21h lorsqu'elle est fatiguée. D'autres fois, elle peut se montrer récalcitrante. Dans ces cas-là, la maman la stimule une 1<sup>ère</sup> fois à 21h, puis attend jusqu'à 22h avant de la stimuler à nouveau et la guider jusque dans sa chambre. La maman éteint toutes les lumières pour qu'A.\_\_\_\_\_ comprenne qu'il est l'heure de se coucher. Elle la laisse ensuite toute seule dans sa chambre, A.\_\_\_\_\_ demandant même à sa maman de sortir. Elle s'endort seule en 30 mn environ. Parfois, elle

se relève et va s'endormir sur le canapé. Les parents la réveillent et l'accompagnent au lit, ce qu'elle accepte et elle se rendort vite. Une fois endormie, A.\_\_\_\_\_ dort bien le reste de la nuit, sans réveil nocturne. Elle fait cependant des crises épileptiques nocturnes, ce qui est pris en considération sous la notion de surveillance.

A.\_\_\_\_\_ prend un traitement de Réméron depuis 12.2019 qui a bien amélioré la situation du point de vue du sommeil.

La situation s'est améliorée et l'aide apportée ne correspond plus à nos critères d'assurance.

[...]

### **Manger**

[...] Mentionné dans la demande.

Retenu lors de la dernière évaluation.

Selon le rapport pédagogique : A.\_\_\_\_\_ est bien autonome à table. Elle mange proprement. Elle mange bien lorsqu'elle aime. Elle utilise ses couverts correctement et elle boit sans problème.

L'aide directe pour amener les cuillerées en bouche est désormais irrégulière, tant à la maison qu'à l'école. Si A.\_\_\_\_\_ aime le repas et a envie, elle mange par elle-même à l'aide de la cuillère ou de la fourchette.

A la maison, elle n'utilise pas son couteau pour couper. Cependant, la maman relève qu'elle est capable de couper une pomme de terre cuite, si la maman lui montre en parallèle comment faire. A préciser que la famille a l'habitude de manger les repas sans couteau. Ces derniers étant sortis principalement quand ils ont des invités. La maman ne sait ainsi pas dire si A.\_\_\_\_\_ pourrait pousser les aliments sur sa fourchette à l'aide de son couteau, mais pense qu'elle serait capable.

A.\_\_\_\_\_ ne vient pas facilement à table lors des repas. La maman attend qu'elle ait faim, ne la forçant pas. Elle mange bien au déjeuner et refuse régulièrement de manger à midi à l'école. Ainsi, elle a faim en rentrant à 16h et sa maman a pris l'habitude de lui servir son assiette à ce moment-là, qu'elle mange en même temps que son père. Les repas du week-end sont pris en famille. Lorsque A.\_\_\_\_\_ refuse de venir manger, sa maman attend qu'elle ait faim et mange avec elle un peu plus tard.

L'aide directe pour couper les aliments n'est plus régulière, A.\_\_\_\_\_ ayant acquis la capacité suffisante, du point de vue pratique et de la coordination bimanuelle, pour le faire elle-même, pour les aliments suffisamment mous. L'acte ne peut plus être retenu. [...] »

L'enquêtrice de l'OAI a, au surplus, comptabilisé un surcroît de temps journalier de 20 minutes pour la prise de médicaments, ainsi que d'une minute pour l'accompagnement aux visites médicales et thérapeutiques (consultation deux fois par année au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_).

Elle a enfin pris en considération la nécessité d'une surveillance personnelle particulièrement intense de l'assurée, en ces termes :

« [...] Mentionné dans la demande.

Retenu lors de la dernière évaluation.

La surveillance constante est attestée médicalement et dans le cadre scolaire.

Les crises d'épilepsies se manifeste quotidiennement, 1 à 4 fois/jour, ainsi que durant la nuit 1 à 2 fois/semaine, malgré la médication. Un traitement d'urgence doit être administré intra-nasal. Elles sont impossibles à prévenir et peuvent avoir des conséquences de chutes, avérées. Un matelas à détection de crise est installé.

A. \_\_\_\_\_ présente des troubles du comportement importants pour son âge, avec de l'agressivité physique très régulière. Sa maman a peur de se retrouver seule avec elle et le papa doit venir la soutenir lors des soins matin et soir. A. \_\_\_\_\_ mange le papier, les éponges de la cuisine, les cheveux de ses poupées, met la brosse des WC en bouche et boit l'eau des WC... Des résidus ont été retrouvés dans ses selles et la maman a dû jeter bon nombres de peluches. Un risque d'étouffement est à craindre par ces agissements. A. \_\_\_\_\_ a cassé plusieurs téléphones portables et tablettes, ce qui s'est encore produit la semaine dernière.

Nous préconisons de maintenir la SPI [réd. : surveillance particulièrement intense], d'autant plus compte tenu de l'âge d'A. \_\_\_\_\_. »

Par projet de décision du 19 janvier 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de réduire l'allocation pour impotence à une allocation de degré moyen dès le premier jour du deuxième mois suivant la future décision. Il retenait désormais un besoin d'assistance pour accomplir quatre actes ordinaires de la vie quotidienne (à l'exclusion des actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger »), en sus de la surveillance particulièrement intense. Le supplément pour soins intenses, excédant 8 heures par jour (à savoir 8 heures et une minute), demeurait inchangé.

L'assurée, représentée par sa mère, a contesté le projet précité par correspondance du 1<sup>er</sup> février 2023. Eu égard à l'acte « manger », elle a fait valoir de nombreuses difficultés en lien avec la préparation des aliments, lesquels devaient être préalablement coupés ou mixés, dans la mesure où elle n'était pas capable d'utiliser un couteau. Elle pouvait porter les aliments à la bouche, non sans toutefois en mettre à côté et salir énormément. Il fallait en outre tenir compte du risque

d'étouffement en cas d'ingestion de trop de nourriture ou de boisson. Elle ne mangeait pas en même temps que sa famille, tandis qu'à l'école, elle s'alimentait séparément des autres enfants, ne supportant pas la présence d'autrui durant les repas. Son comportement récalcitrant était également mis en évidence. S'agissant de l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », elle devait être surveillée constamment en raison de la recrudescence des crises d'épilepsie et des risques de chute. L'assurée a subséquemment fait parvenir à l'OAI une attestation du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 février 2023, lequel indiquait que l'évolution de son état de santé était inchangée, avec des limitations majeures d'ordre mental, psychique et physique. A son avis, son impotence demeurait grave en l'absence d'autonomie pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie et vu la nécessité d'une surveillance « de tous les instants ».

L'OAI a établi sa décision le 9 mars 2023 et prononcé la diminution de l'allocation pour impotent à un degré moyen dès le premier jour du deuxième mois suivant cette décision, compte tenu d'un besoin d'assistance réduit à quatre actes ordinaires de la vie et d'une surveillance personnelle particulièrement intense. Il a, ce faisant, repris les termes de son projet de décision du 19 janvier 2023, en maintenant le droit à un supplément pour soins intenses de plus de 8 heures par jour.

**E.** A. \_\_\_\_\_, agissant par ses parents, C. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, a déféré la décision du 9 mars 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 17 avril 2023. Elle a conclu à son annulation et à la poursuite du versement d'une allocation pour impotent de degré grave. En premier lieu, elle a remis en question la valeur probante de l'enquête réalisée par téléphone le 10 janvier 2023, estimant qu'il était indispensable d'évaluer ses difficultés concrètement avant d'envisager une réduction des prestations. En second lieu, elle a mis en évidence les fluctuations de son état de santé, lesquelles autorisaient parfois des améliorations demeurant temporaires. La procédure de révision avait été initiée par l'OAI alors que l'assurée bénéficiait d'un nouveau traitement, dont les effets positifs s'étaient manifestés durant une brève période, ce qui ne permettait pas, à son avis, de conclure à un

motif de révision du droit à l'allocation pour impotent. Au demeurant, les pièces médicales versées au dossier constitué par l'OAI n'avaient pas été actualisées. Elle soutenait enfin n'avoir aucune autonomie et ne pas être en mesure de l'acquérir compte tenu de ses graves handicaps mentaux. Elle signalait la production d'un prochain rapport médical destiné à étayer sa position.

Par décision du 22 mai 2023, la magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire à partir du 18 avril 2023, en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Romain Rochani en qualité d'avocat d'office.

L'OAI a répondu au recours le 14 juin 2023 et conclu à son rejet. Il a relevé qu'à son avis, la situation s'était améliorée du point de vue de la réalisation des actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger » depuis la précédente décision. Confrontant le rapport de son enquêtrice du 13 janvier 2023, les déclarations des parents de l'assurée, ainsi que les rapports versés à son dossier, singulièrement celui de l'école J.\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2021, il a souligné en substance que l'aide revendiquée pour ces deux actes ne pouvait plus être retenue et ressortait uniquement à la surveillance particulièrement intense prodiguée à l'assurée.

L'assurée, désormais représentée par Me Rochani, a répliqué le 6 juillet 2023 et confirmé ses conclusions tendant à l'annulation de la décision incriminée. Elle a réitéré que l'enquête sur son impotence aurait dû être réalisée à son domicile compte tenu de la gravité de son état et que les rapports à disposition de l'OAI ne reflétaient pas sa situation effective actuelle. Etaient annexés à l'appui de ses allégations de nouveaux rapports médicaux et pédagogiques, à savoir :

- un rapport du 28 juin 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_ ;
- un rapport du 30 juin 2023 établi par la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie ;

- un rapport d'autonomie « pour les repas et le sommeil » rédigé le 6 juillet 2023 au sein de l'école J.\_\_\_\_\_.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ attestait de ce qui suit dans le cas de sa patiente :

« [...] Elle présente des problèmes d'endormissement quotidiens avec nécessité de la présence d'un tiers auprès d'elle. Elle peut aussi présenter des réveils nocturnes, dont les origines sont diverses. La présence d'un tiers est aussi nécessaire pour la faire rendormir ; de plus, ces réveils nocturnes peuvent être occasionnés par des crises d'épilepsie pour lesquelles une intervention rapide d'un tiers pourrait être nécessaire (traitement d'urgence intranasal). Les réveils nocturnes sont fréquents, intenses et peuvent survenir brusquement même plusieurs fois par nuit et lors de ces réveils elle doit être calmée et rendormie. Le traitement de Réméron depuis décembre 2019 n'a pas amélioré la situation.

Elle présente des problèmes durant les repas. Cette patiente présente des limitations majeures et durables d'ordre mental et psychique ; elle est de fait incapable de juger ses besoins alimentaires ou d'assurer une régularité des repas nécessaire au bon maintien des fonctions physiologiques de base. A.\_\_\_\_\_ nécessite une aide importante durant les repas sans laquelle elle serait incapable de se nourrir seule. Elle est régulièrement récalcitrante pour manger. Une surveillance de tous les instants est nécessaire compte tenu du risque de crises épileptiques atoniques exposant à un risque de traumatisme crâniofacial voire d'étouffement. Elle présente de plus une PICA qui est une propension à manger des choses non comestibles.

Elle présente des troubles sévères du comportement avec intolérance majeure au changement, anxiété et hétéro-agressivité. Ces troubles ont un impact sur tous les actes ordinaires de la vie quotidienne, même les plus simples, faisant que, malgré l'absence de limitations physiques, les repas, le coucher et le lever ou le maintien de l'hygiène corporelle de base nécessite une aide quotidienne. »

La Dre R.\_\_\_\_\_ a pour sa part communiqué les constats suivants :

« [...] Nécessite la présence d'un adulte et surveillance lors du lever et du coucher, mais également en cas de réveils nocturnes. Elle fait des crises épileptiques nocturnes. Ces événements requièrent la réaction rapide d'un adulte pour la sécuriser et dans certains cas administrer un traitement médicamenteux d'urgence. Les crises nocturnes sont quasi quotidiennes depuis plusieurs mois. Elles surviennent une à deux fois par nuit. Les parents se réveillent lors des épisodes. Lorsqu'elle dort en institution, une veilleuse est sur place. A.\_\_\_\_\_ peut également présenter des réveils nocturnes et trouble de l'endormissement d'origine comportementale avec besoin d'encadrement et guidance. Les rituels d'endormissement peuvent durer 1h à 1h30 chaque soir, avec un adulte qui doit l'accompagner

et la coucher. Lors des crises et des réveils nocturnes, A.\_\_\_\_\_ doit être calmée et rendormie. Ces problèmes sont complètement en lien avec sa maladie.

Concernant l'acte manger, elle a besoin d'une aide importante sans laquelle elle ne peut pas se nourrir correctement. La plupart du temps, elle refuse de se nourrir seule, montre des comportements récalcitrants, donc les parents ont besoin de lui donner directement à manger, de la stimuler, d'initier le mouvement pour la prise alimentaire, de lui couper des morceaux et de la surveiller. Elle nécessite la présence d'un adulte de confiance à ses côtés, sinon elle n'est pas capable de manger seule un repas entier. Elle n'est pas capable de juger elle-même de ses besoins nutritionnels, en termes de quantité et de type d'aliments. Elle ne peut pas couper ses aliments seule, y compris ceux de consistance molle qu'elle sépare avec le doigt, elle n'utilise sa fourchette et sa cuillère qu'en étant guidée par un tiers.

En raison des troubles du comportement en lien avec sa maladie, elle mange parfois des choses non comestibles (PICA). Elle n'est pas capable de se nourrir adéquatement de manière autonome sans l'aide d'un tiers.

Elle présente aussi des crises épileptiques atoniques, entraînant une chute brutale et imprévisible, la mettant à risque de blessure et d'étouffement si cela survient lors des repas. [...]

Dans le cadre de sa maladie, il est possible que certains jours se passent mieux par rapport aux comportements violents, hétéro-agressifs et également certains jours libres de crise épileptique, mais cela reste passager et très ponctuel. Il est possible que la maman d'A.\_\_\_\_\_ ait transmis qu'elle allait mieux durant une brève période si certains jours étaient plus calmes. Malheureusement, nous ne pouvons à aucun moment faire un constat d'amélioration, tant sur les aspects du sommeil que du manger. [...] »

Quant à l'école J.\_\_\_\_\_, les responsables ont fait part des éléments ci-après :

« [...] Repas :

A.\_\_\_\_\_ a eu une période, jusqu'en juin 2022, durant laquelle elle arrivait, avec l'aide d'un tiers, à manger avec plus ou moins d'autonomie. Elle n'est toutefois pas en mesure de se servir de ses services. En effet, si elle peut tenir sa fourchette et son couteau dans sa main, elle n'arrive pas à les utiliser de manière normale. [...] De plus, elle n'a pas la capacité de couper ses aliments avec un couteau, quelle que soit leur consistance. [...] A.\_\_\_\_\_ n'est, dans tous les cas, pas en mesure de se préparer quoi que ce soit à manger, même pas une tartine ou un sandwich. Durant les repas, s'il arrive qu'A.\_\_\_\_\_ parvienne, par moments, à prendre seule une cuillère d'un aliment, elle n'est pas en mesure de le faire pour un repas entier.

Pour ce qui précède, il est à noter que cela n'est possible que lorsqu'A.\_\_\_\_\_ est disponible, calme, non douloureuse et qu'elle accepte de venir s'asseoir à table.

Depuis une année, la situation s'est péjorée et le moment des repas est devenu encore plus difficile. A.\_\_\_\_\_ refuse de venir se mettre à table pour manger.

[...]

Sommeil :

A.\_\_\_\_\_ fait l'objet d'une attention particulière en lien avec ses crises d'épilepsie et le fait qu'elle peut s'endormir au sol ou dans des endroits inappropriés (couloir, sur le sol dans sa chambre).

A.\_\_\_\_\_ passe peu de nuits à l'internat ; il lui arrive d'avoir de la peine à trouver le sommeil et recherche la présence de l'adulte pour la calmer. [...] »

Par correspondance subséquente du 7 juillet 2023, l'assurée a produit un rapport du 6 juillet 2023, établi par le Dr K.\_\_\_\_\_ et l'infirmier O.\_\_\_\_\_, libellé notamment en ces termes :

« [...] Des guidances verbales et physiques sont nécessaires pour tous les actes de la vie quotidienne, notamment pour manger, avec une variabilité allant au minimum d'initier le geste pour elle jusqu'à le suppléer complètement selon l'état général de la patiente.

A.\_\_\_\_\_ n'est en aucun cas autonome pour les repas et ne présente aucune initiative spontanée en ce sens.

Les troubles majeurs du comportement à type d'hétéro-agressivité ou de bris d'objet rendent complexes les étapes et rituels du quotidien de manière générale. L'endormissement peut ainsi se faire en plusieurs étapes avant qu'A.\_\_\_\_\_ [n']accepte de regagner son lit calmement, étapes qui s'étalent parfois de 20h30 à 23h00, sous guidance verbale très progressive d'un tiers pour ne pas provoquer de crise clastique. [...] »

Dans une duplique du 20 juillet 2023, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a relevé que l'essentiel des difficultés de l'assurée (notamment en lien avec les crises d'épilepsie) était pris en considération sous l'angle de la surveillance particulièrement intense. Une éventuelle aggravation de la situation pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie contestés paraissait postérieure à la décision litigieuse, de sorte que l'assurée devait déposer une nouvelle demande de prestations. Au demeurant, il convenait d'accorder davantage de crédit aux premières déclarations des parents de l'assurée, plus vraisemblables que des déclarations contradictoires postérieures.

## **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 pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a 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.** En l'espèce, le litige a pour objet la réduction, à l'issue d'une procédure de révision d'office, de l'allocation pour impotent servie à la recourante. Est litigieux le degré d'impotence présenté par cette dernière, singulièrement en lien avec la réalisation de deux actes ordinaires de la vie (« se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger »). N'est en revanche pas contesté le supplément pour soins intenses maintenu à hauteur de plus de 8 heures par jour.

**3. a)** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

**b)** De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se

sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou l'état de fait postérieur à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

**c)** En l'espèce, les faits déterminants se sont déroulés tant sous l'ancien que sous le nouveau droit, tandis que la décision litigieuse date du 9 mars 2023. Cela étant, les dispositions de la LAI applicables en matière d'allocation pour impotent n'ont pas subi de modifications dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le nouveau droit entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, applicable au cas particulier, demeure par conséquent sans incidence sur l'issue de la présente procédure.

**4. 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. Ce principe vaut également pour le supplément pour soins intenses (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2.2).

**b)** Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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.

**c)** 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 précédente décision rendue sur le fond 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).

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

**b)** Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42<sup>bis</sup> (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

**6. a)** L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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

**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, exigés par l'infirmité de l'assuré (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).

**d)** Aux termes de l'al. 4 de cette disposition, dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge en bonne santé.

**7. a)** Les mineurs ayant droit à une allocation pour impotent, qui ne séjournent pas dans un home, mais qui ont besoin de soins intenses, ont droit à un supplément pour soins intenses (art. 42<sup>ter</sup> al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase, LAI ; art. 36 al. 2 et 39 RAI) Ce supplément n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1).

**b)** Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a, en outre, besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de quatre heures (art. 39 al. 1 RAI).

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

**8. a)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, 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 (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c).

**b)** De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

**c)** 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. 2021 CSI).

**d)** Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI).

**e)** L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; ch. 2015 et 2017 CSI). L'aide indirecte doit être d'une certaine intensité ; une simple injonction ne suffit pas à la caractériser. Ainsi, il n'est pas suffisant de devoir dire plusieurs fois à un assuré de réaliser un acte. L'injonction doit toujours être répétée ; il faut au moins devoir contrôler l'exécution de l'acte et, en cas de besoin, intervenir (cf. ch. 2017 CSI). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement

les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin (ch. 2018 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

**9. a)** Lorsqu'un mineur, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de deux heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures (art. 39 al. 3 RAI).

**b)** Cette surveillance permanente ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base (TF 8C\_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.5 et les références citées). Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais

pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers. Le besoin de surveillance peut être admis, déjà en cas de faible probabilité de mise en danger, lorsque l'absence de surveillance pourrait avoir des conséquences néfastes pour la santé (TF 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; 9C\_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.4 ; cf. ch. 5022 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°33 à 35 ad. art. 42 LAI, p. 611, et n°10 ad art. 42<sup>ter</sup> LAI, p. 638).

**c)** On admet un besoin de surveillance nettement accrue, auprès d'un mineur, par comparaison avec un enfant d'âge identique, en particulier lorsque :

- l'enfant pourrait se mettre en danger ou constituer un danger pour des tiers ; la situation de danger et le besoin de surveillance doivent subsister malgré les mesures prises pour réduire le dommage ;
- la surveillance personnelle se caractérise par une certaine intensité, qui dépasse le besoin de surveillance d'un enfant du même âge ne souffrant d'aucun handicap (TF 9C\_431/2008 du 26 février 2009 consid. 4.4 ; cf. ch. 5024 CSI).

**10. 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 et 128 V 93).

**b)** En outre, de jurisprudence constante, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et 121 V 45 consid. 2a).

**11.** **a)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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

**c)** 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).

**12. a)** En l'espèce, il convient d'examiner l'évolution éventuelle de la situation de la recourante par la comparaison de ses besoins actuels et de ceux pris en compte à l'issue de la précédente décision statuant sur l'impotence, datée du 12 février 2019. Il s'agit ainsi de déterminer si une modification significative et durable de l'assistance prodiguée, constitutive d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, est effectivement survenue.

**b)** Il est incontesté que la recourante présente une impotence dans la réalisation des actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Une surveillance particulièrement intense a par ailleurs été admise au vu des crises épileptiques récurrentes de la recourante et de ses importants troubles du comportement. En définitive, il a été relevé que le surcroît de temps journalier devant lui être consacré excédait 8 heures par jour. Ces constats correspondent globalement à ceux que l'intimé avait retenus précédemment pour rendre sa précédente décision du 12 février 2019. Les besoins de la recourante sont au demeurant établis et pris en considération à bon droit par l'enquêtrice de l'intimé aux termes de son rapport du 13 janvier 2023.

**c)** Demeure litigieux le besoin d'assistance allégué pour l'exécution des actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger ». L'intimé s'est, pour sa part, fondé essentiellement sur le rapport d'enquête du 13 janvier 2023, laquelle a été réalisée par téléphone. Dans ce contexte, la recourante estime que l'absence d'examen à son domicile

justifierait d'écarter ce document. S'il faut certes considérer qu'une analyse concrète de ses besoins – qui plus est vu la réduction des prestations accordées – aurait nécessité des investigations approfondies sur son lieu de vie, la question de la valeur probante du document concerné peut demeurer indéterminée, dans la mesure où on dispose de nombreuses pièces – médicales et pédagogiques – qui fournissent des détails sur les capacités de la recourante à réaliser elle-même les actes litigieux.

**13. a)** S'agissant de l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », le rapport d'enquête précédent, daté du 17 décembre 2018, indiquait que la recourante présentait des problèmes d'endormissement. Elle avait besoin d'un accompagnement important (jusqu'à une heure) pour l'aider au coucher. Un lit avait été placé dans la chambre de ses parents pour que la recourante prenne l'habitude de s'y endormir seule. Les transitions s'avéraient également difficiles. Une surveillance était requise en raison de la survenance récurrente de crises épileptiques. Un temps supplémentaire journalier de 90 minutes avait été comptabilisé.

**b)** Aux termes du rapport du 13 janvier 2023, l'enquêtrice de l'intimé a constaté que la recourante nécessite toujours une surveillance personnelle du fait de ses crises épileptiques. Elle a cependant mentionné un « bon sommeil », la recourante se couchant généralement tôt et bénéficiant d'un traitement médicamenteux depuis décembre 2019. Elle a par ailleurs relevé que la recourante pouvait se montrer récalcitrante et requérir une stimulation de ses parents pour aller dormir. Des réveils nocturnes (avec coucher sur le canapé) pouvaient également survenir.

**c)** A l'issue du formulaire officiel complété le 2 novembre 2021, étaient invoqués une situation stationnaire du point de vue du sommeil, des problèmes d'endormissement et des rappels de l'heure du coucher. La surveillance nocturne en lien avec les possibles crises épileptiques était maintenue. Sous l'angle pédagogique, l'école J. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 7 décembre 2021, que le sommeil était « bon », tout en évoquant des possibles refus du coucher. Sur le plan médical, les Drs

G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont, pour leur part, relaté peu d'évolution, confirmant tous deux que la recourante nécessitait de l'aide pour l'essentiel des actes ordinaires de la vie (cf. en particulier : rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2021 et du Dr K.\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2022).

**d)** Au stade de la présente procédure, les rapports médicaux produits par la recourante font état, sans équivoque, en sus de la surveillance nécessaire du fait des crises épileptiques, de problèmes d'endormissement persistants, de possibles refus et de difficultés liés à ses troubles du comportement. Ils précisent que les parents de la recourante ont recours à des rituels d'endormissement et assurent une présence au moment du coucher. Le temps supplémentaire peut se monter à plus d'une heure chaque soir (cf. rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ du 28 juin 2023, de la Dre R.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2023 et du Dr K.\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2023). L'école J.\_\_\_\_\_ relate par ailleurs que la recourante est susceptible de s'endormir au sol ou dans des endroits inappropriés (cf. rapport du 6 juillet 2023).

**e)** En l'occurrence, on peut d'emblée douter d'une amélioration sensible et durable de la situation de la recourante, eu égard à l'accomplissement de l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ». Certes, la recourante ne dispose plus d'un lit dans la chambre de ses parents et est dotée d'un meilleur sommeil consécutivement à la prise d'un traitement. Cela étant, des problèmes d'endormissement et des difficultés à l'heure du coucher ont constamment été rapportés, tant par les médecins de la recourante que par ses parents (y compris lors de la production du formulaire officiel complété le 2 novembre 2021). Les rituels, retenus dans le rapport d'enquête du 17 décembre 2018, ont par ailleurs également été réitérés, le Dr G.\_\_\_\_\_ évoquant des « problèmes d'endormissement quotidiens avec nécessité de la présence d'un tiers » et la Dre R.\_\_\_\_\_ mentionnant des rituels d'endormissement pouvant excéder une heure (cf. rapports de ces spécialistes des 28 et 30 juin 2023). A cet égard, le ch. 2035 CSI souligne qu'un rituel d'endormissement peut être pris en compte au-delà de l'âge de 8 ans et à partir d'une certaine intensité, ce qu'il y a lieu de retenir in casu. On ajoutera que des comportements récalcitrants

et inadaptés (coucher au sol ou dans des endroits inappropriés) ont également été observés, lesquels sont vraisemblablement liés aux troubles du comportement diagnostiqués auprès de la recourante (cf. rapport de J.\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2023). La vigilance nécessitée par les crises d'épilepsie ressort certes à la surveillance particulièrement intense requise auprès de la recourante. Cela étant, on ne voit pas que son autonomie se soit significativement et durablement modifiée dans la réalisation de l'acte en cause. L'ensemble des éléments versés à son dossier permet, bien plutôt, de retenir que la recourante requiert une assistance substantielle et régulière, à tout le moins, pour l'accomplissement de la fonction partielle liée au coucher. Dès lors, il convient de prendre en compte cette assistance au titre de l'impotence pour réaliser l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ».

**14. a)** Eu égard à l'acte « manger », le rapport d'enquête du 17 décembre 2018 mentionnait que la recourante devait être assistée pour couper ses aliments et incitée à s'alimenter, en sus de comportements parfois récalcitrants et de la surveillance personnelle impliquée par les possibles crises d'épilepsie. Le temps supplémentaire nécessaire journalier était chiffré à 60 minutes.

**b)** Dans son rapport du 13 janvier 2023, l'enquêtrice de l'intimé a repris les observations fournies par l'école J.\_\_\_\_\_ le 7 décembre 2021. Elle a également souligné que la famille n'utilisait pas le couteau usuellement pour la prise des repas. Elle a considéré, selon les propos de la mère de la recourante, qu'il était envisageable que cette dernière utilise ses couverts, en particulier son couteau, adéquatement. En outre, elle a mentionné des comportements récalcitrants avec de possibles refus de s'alimenter.

**c)** Selon le formulaire officiel complété le 2 novembre 2021, la recourante rencontrait les mêmes problèmes que par le passé. Il convenait de ne pas la laisser manger seule et de vérifier les quantités de nourriture et de boisson ingérées en raison d'un risque d'étouffement. La surveillance en lien avec les possibles crises épileptiques était maintenue.

Du point de vue pédagogique, l'école J.\_\_\_\_\_ a précisé, le 7 décembre 2021, que la recourante était autonome à table, qu'elle mangeait proprement et utilisait ses couverts. Était néanmoins relevé le risque d'ingestion de matières non comestibles.

**d)** Les documents produits auprès de la Cour de céans exposent désormais que la recourante n'est pas en mesure de se nourrir convenablement, ni seule. Elle s'avère régulièrement récalcitrante et nécessite une stimulation pour s'alimenter. Elle n'est pas en mesure de couper ses aliments, y compris ceux de consistance molle. Elle présente par ailleurs un pica, lié à ses troubles du comportement, qui la conduit à ingérer des matières non comestibles (cf. rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ du 28 juin 2023 et de la Dre R.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2023). L'école J.\_\_\_\_\_ signale en outre qu'après une courte période d'amélioration, la situation de la recourante s'est dégradée depuis juin 2022. Elle n'est pas en mesure de couper ses aliments, de se servir de ses couverts durant un repas entier et manifeste des refus de se rendre à table (cf. rapport du 6 juillet 2023). Le Dr K.\_\_\_\_\_ confirme pour sa part que la recourante ne présente « aucune autonomie pour les repas », ni « aucune initiative spontanée en ce sens » (cf. rapport du 6 juillet 2023).

**e)** L'acte « manger » comprend essentiellement la capacité à couper les aliments et à se nourrir (porter les aliments à la bouche, mâcher et avaler la nourriture). Le choix des aliments et la préparation du repas ne constituent pas des fonctions partielles de l'acte en question (cf. TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 5.1 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°19 ad art. 42 LAI, p. 602). Quoique soutienne l'intimé, on ne voit cependant pas que la situation de la recourante aurait évolué favorablement pour réaliser l'acte en question. On relève que l'enquêtrice de l'intimé s'est pour l'essentiel fondée sur les hypothèses formulées par la mère de la recourante pour considérer la recourante apte à se servir d'un couteau. Elle a au surplus rapporté les observations de J.\_\_\_\_\_, lesquelles sont contredites par celles effectuées à compter de juin 2022 (cf. rapport de cette école du 6 juillet 2023). On relève par ailleurs que les risques d'étouffement de la recourante ont été relatés dès la remise du

formulaire officiel complété le 2 novembre 2021. Enfin, on observe que la recourante présente un pica, documenté médicalement, ce qui permet d'exclure qu'elle soit en mesure de discerner ce qui peut être mis en bouche et consommé. Il ne s'agit dès lors pas uniquement d'une limitation dans le choix des aliments, mais bien dans l'identification des denrées comestibles. Compte tenu de ces éléments, force est de considérer que la recourante a besoin d'une aide substantielle pour accomplir l'acte « manger ». Cette aide s'avérant quotidienne, il y a lieu de la qualifier de régulière, en sus d'importante. Il convient donc de retenir l'assistance en question dans le cadre de l'impotence pour réaliser l'acte « manger ».

**15. a)** Etant donné ce qui précède, on peut, à l'instar de la recourante, considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que son état de santé ne lui a pas permis d'acquérir une quelconque autonomie pour réaliser les six actes ordinaires de la vie. Ainsi que l'ont souligné ses médecins, de même que l'école J.\_\_\_\_\_, il n'est pas exclu que la recourante ait connu une amélioration passagère de son état. Cela étant, comme l'ont mis en évidence les médecins spécialistes, elle est atteinte lourdement depuis la naissance sur les plans psychique et mental, au point que l'acquisition d'une indépendance dans le quotidien apparaît largement compromise. Quoi qu'en dise l'intimé, il n'apparaît pas que la situation décrite dans les rapports produits auprès de la Cour de céans constitue une aggravation postérieure à la décision querellée. On relève en effet que les rapports établis régulièrement par le Dr G.\_\_\_\_\_ et celui fourni par le Dr K.\_\_\_\_\_ le 26 janvier 2022 faisaient état d'une situation stationnaire. Ce dernier avait d'ailleurs mentionné la dépendance de la recourante pour l'essentiel des actes de la vie courante. On ajoutera, contrairement à ce que soutient l'intimé, que les premières déclarations de la recourante, consignées sur le formulaire officiel complété le 2 novembre 2021, sont congruentes avec ses déterminations subséquentes, dans le sens d'une situation dénuée de toute évolution. Ce n'est qu'à l'occasion du téléphone du 10 janvier 2023 aux fins d'enquête que la mère de la recourante a mentionné une amélioration. Cette amélioration s'est toutefois avérée passagère, aux dires des médecins en charge du cas de la recourante, en présence d'un état de santé sujet à des fluctuations

transitoires. Il s'agit en l'occurrence d'accorder plus de poids aux appréciations documentées, fournies par les spécialistes assumant le suivi régulier de la recourante depuis plusieurs années, pour considérer son défaut d'autonomie dans la réalisation de l'ensemble des actes de la vie quotidienne. On peut ainsi écarter l'évaluation de l'enquêtrice de l'intimé pour la réalisation des actes ordinaires de la vie litigieux, laquelle repose sur une situation transitoire et hypothétique, en l'absence de toute analyse concrète au lieu de vie de la recourante.

**b)** Dès lors que la preuve de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, respectivement de son autonomie durable pour réaliser les actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger », n'a pas été rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante, il convient de constater l'absence d'un motif de révision susceptible de justifier la réduction de l'allocation pour impotent de degré grave servie depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2017.

**16. a)** Il s'ensuit que la recourante, qui requiert une assistance pour la totalité des actes ordinaires de la vie, ainsi qu'une surveillance particulièrement intense, continue à avoir droit, en vertu de l'art. 37 al. 1 RAI, à une allocation pour impotent de degré grave.

**b)** Il est superflu de chiffrer précisément le surcroît de temps nécessaire à l'accomplissement des actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger », dans la mesure où la recourante bénéficie du supplément pour soins intenses le plus élevé (plus de 8 heures par jour ; cf. art. 43<sup>ter</sup> al. 3 LAI), que l'intimé a maintenu inchangé.

**17. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 9 mars 2023 annulée.

**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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations produite le 16 août 2023 par Me Rochani, ainsi qu'étant donné l'importance et la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette indemnité couvre le montant qui serait alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire de la recourante.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 9 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

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 Romain Rochani, à Lausanne (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :