

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 avril 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

R._____, à Z***, recourante, agissant par ses parents P._____, et
M._____, audit lieu, et représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 9 LPGA et 42 LAI

E n f a i t :

A. a) En raison d'une malformation artérielle, R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le *** 2013, a subi une hémorragie cérébrale, sur rupture d'anévrisme de l'artère communicante postérieure, avec ischémie cérébrale secondaire survenue à 36 jours de vie. Cet accident vasculaire cérébral a occasionné de graves séquelles sous la forme d'un retard de développement psychomoteur, d'une hémiparésie spastique à gauche, d'une épilepsie et d'une hydrocéphalie.

b) Du fait de cette atteinte à la santé, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge diverses mesures médicales et moyens auxiliaires.

c) Le 5 mars 2015, les parents de l'assurée ont déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent pour mineurs, en raison d'un besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever, s'asseoir et se coucher, pour couper les aliments et les porter à la bouche, pour les soins du corps, pour aller aux toilettes et pour se déplacer, ainsi qu'en raison d'un besoin de surveillance personnelle permanente du fait du risque de crise d'épilepsie.

d) Une enquête d'évaluation de l'impotence a eu lieu au domicile de l'assurée le 27 janvier 2016, à vingt-neuf mois de vie. Dans son rapport du 29 janvier 2016, l'enquêtrice a noté les besoins d'aide suivants :

- pour le port d'une attelle au bras gauche (4 x par jour du fait que l'attelle n'était pas tolérée toute la journée), 50 minutes par jour ;
- pour se lever, s'asseoir et se coucher (l'enfant n'avait pas la capacité de se lever, se coucher, de changer de position et ne tenait la position assise que quelques minutes sans basculer), 120 minutes par jour ;
- pour porter la nourriture à la bouche (pas autonome), 80 minutes par jour, et pour les aliments spéciaux (mixage), 10 minutes par jour.

L'enquêtrice a ainsi retenu un surcroît de temps de 4 heures 20.

e) Par décision du 11 mai 2016, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} septembre 2015 et un supplément pour soins intenses en raison d'un surcroît de quatre heures par jour. Il a retenu que l'assurée avait besoin, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge, d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir trois actes ordinaires de la vie (déplacements/contacts sociaux dès l'âge de 10 mois [marche] ; manger dès 13 mois ; transferts de posture dès l'âge de 15 mois). L'OAI a reconnu, après déduction du temps habituellement requis en fonction de l'âge, un surcroît de soins d'une durée de quatre heures par jour (soins de base 4 heures et 10 minutes). Il a en outre indiqué qu'il procéderait à la révision du dossier au mois d'août 2016.

Cette décision est entrée en force.

B. Procédant d'office à la révision du droit de l'assurée à une allocation pour impotent, l'OAI a, par décision du 27 septembre 2016, reconnu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1^{er} août 2016, le supplément pour soins intenses étant toujours de quatre heures par jour. Se référant à l'enquête du mois de janvier 2016, il a retenu que, dès l'âge de trois ans, il convenait de retenir l'aide apportée par les parents pour les actes se vêtir et se dévêtir, ainsi que pour aller aux toilettes en sus des actes précédemment retenus (transferts de posture ; déplacements/contacts sociaux ; manger). La reconnaissance de ces deux actes supplémentaires permettait le passage à l'allocation pour mineur impotent de degré moyen, le surcroît de soins étant inchangé.

Cette décision est entrée en force.

C. **a)** Au mois d'août 2019, alors que l'assurée avait six ans, l'OAI a procédé à la révision de son allocation pour impotent.

b) A cette période, l'assurée bénéficiait notamment d'un traitement antiépileptique par Orfiril long 150-0-150 mg (cf. rapports des 27 août 2014 et 1^{er} mai 2018 du Dr A._____, chef de clinique au service de neuroréhabilitation pédiatrique du CHUV, des 13 juillet 2015 et 21 juin 2016 de la Dre B._____, cheffe de clinique du service de neuroréhabilitation pédiatrique du CHUV et du 20 juin 2017 de la Prof. C._____ de la Consultation d'épileptologie des HUG) et d'un traitement anticonvulsif par Clobazam 1 mg/ml, 5-0-5 mg (cf. lettre de sortie du 30 août 2017 de la Dre D._____ du Service de neurologie des HUG et rapport du 1^{er} mai 2018 du Dr A._____).

c) Le 23 août 2019, à la demande de l'OAI, les parents de l'assurée ont complété le questionnaire relatif à la révision de l'allocation pour impotent. Ils ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si leur fille avait besoin d'une aide permanente pour les soins, précisant que, de jour, elle devait prendre de l'Orfiril deux fois par jour. Ils ont également répondu par l'affirmative à la question de savoir si leur fille avait besoin d'une surveillance personnelle, expliquant que, de jour, elle n'avait pas conscience du danger et pouvait avoir des comportements à risque.

d) L'OAI a brièvement examiné le dossier (cf. fiche d'examen du dossier du 21 octobre 2019).

e) Par décision du 3 décembre 2019, l'OAI a augmenté le droit de l'assurée à une allocation pour impotent. A compter du 1^{er} août 2018, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré grave, le supplément pour soins intenses étant toujours de quatre heures par jour. Se référant au formulaire de révision complété par les parents, il a retenu que l'assurée avait besoin, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir tous les actes courants de la vie.

D. a) L'assurée est scolarisée à l'Ecole E._____ depuis le mois d'août 2022.

b) Dans un rapport du 21 août 2023, le Dr A._____, spécialiste en pédiatrie au CHUV, a notamment relevé que « [sur] *le plan du comportement, on décrit par moment une certaine nervosité à la maison, R._____ [pouvant] s'énerver et crier mais cela [semblait] gérable.* »

c) Dans un rapport du 18 janvier 2024 faisant suite à une consultation du même jour, la Dre F._____, spécialiste en pédiatrie et médecin référente de La E._____, a notamment posé les diagnostics de paralysie cérébrale de type spastique séquellaire d'un traitement endovasculaire d'une rupture d'anévrisme dysplasique de l'artère communicante postérieure droite à un mois de vie, d'hémianopsie homonyme latérale à gauche, d'épilepsie pharmaco-résistante (EEG très actif, retard développemental mais peu de crises), d'hémisphérotomie fonctionnelle péri-insulaire à droite en 2017 avec bonne évolution sur le plan épileptique et de méningocèle post-hémisphérotomie avec pose d'une DVP (dérivation ventriculo-péritonéale) en 2018. Lors de l'entretien, les besoins d'aides suivants ont été mentionnés et rapportés en ces termes : « *besoin d'aide pour l'habillage et pour réajuster les vêtements. Mange seule, besoin d'aide pour couper. Douche avec aide. Besoin d'aide pour sortir du bain plutôt par appréhension d'une chute de la part de la maman car en est capable. La main gauche est utilisée essentiellement comme main stabilisatrice.* »

d) Par projet de décision du 5 août 2024, l'OAI a informé les parents de l'assurée qu'il entendait reconsidérer sa décision du 3 décembre 2019 en ce sens que, dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la décision, l'intéressée aurait droit à une allocation pour impotent de degré moyen, le supplément pour soins intenses de quatre heures étant maintenu. L'OAI a fait savoir aux parents de l'assurée que sa décision du 3 décembre 2019 procédait d'une erreur manifeste dans la mesure où leur fille ne nécessitait ni surveillance personnelle permanente ni soins permanents, si bien que seules les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen étaient, en réalité, réalisées.

e) Le même jour, l'OAI a invité les parents de l'assurée à compléter le formulaire de révision de l'allocation pour impotent.

f) Le 6 septembre 2024, les parents de l'assurée ont complété le questionnaire relatif à la révision de l'allocation pour impotent. Ils ont, en particulier, répondu par l'affirmative à la question de savoir si leur fille avait besoin d'une aide pour des soins médicaux ou infirmiers, faisant savoir à l'OAI qu'elle devait prendre un médicament contre l'épilepsie le matin et le soir depuis l'âge de deux ans et de la vitamine D3 depuis l'âge de 6 mois. Ils ont ajouté que l'assurée devait être crémée après la douche depuis le mois de septembre 2022. Les parents de l'assurée ont également répondu par l'affirmative à la question de savoir si leur fille avait besoin d'une surveillance personnelle. Ils ont précisé que leur fille ne pouvait pas être laissée une ou deux heures seule et qu'elle devait être surveillée du fait qu'elle pouvait agir de manière inadaptée.

g) Le 9 septembre 2024, agissant par ses parents, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 5 août 2024, faisant valoir un besoin de surveillance personnelle permanente.

h) Par décision du 7 octobre 2024, confirmant son projet du 5 août 2024, l'OAI a reconsidéré sa décision du 3 décembre 2019 en ce sens que, dès le 1^{er} décembre 2024, l'assurée avait droit à une allocation pour impotent de degré moyen, le supplément pour soins intenses de quatre heures étant maintenu.

E. a) R. _____, agissant par ses parents et représentée par Procap Suisse, a déféré la décision du 7 octobre 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 5 novembre 2024. Elle a conclu, principalement, à l'annulation de la décision attaquée dans le sens du constat de son droit au maintien des prestations accordées par décision du 3 décembre 2019. A titre subsidiaire, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a soutenu avoir besoin de surveillance et traitement constants, ses parents indiquant qu'il était impossible de la laisser sans

surveillance en raison de comportement à risque et de l'absence totale de conscience des dangers. Elle a reproché à l'intimé d'avoir reconsidéré l'allocation pour impotent de degré grave alors qu'il avait simultanément débuté un processus de révision. L'assurée a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire pour les frais judiciaires.

b) Par décision du 25 novembre 2024, la juge instructrice de la Cour des assurances sociales a octroyé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 novembre 2024 sous la forme d'une exonération d'avances et d'une exonération des frais judiciaires, et l'a exonérée de toute franchise mensuelle.

c) L'OAI a répondu au recours le 3 décembre 2024, maintenant sa position et proposant de suspendre la cause le temps de mener à bien la révision du droit à l'allocation pour impotent de l'assurée.

d) Par courrier du 16 décembre 2024, l'assurée a accepté le principe de la suspension de la cause.

e) Par acte du 21 janvier 2025, l'OAI a transmis le rapport d'évaluation relatif à l'allocation pour impotent du 16 janvier 2025 et la prise de position du 25 novembre 2024 de la Dre F. _____s. Il a conclu au rejet du recours.

f) Par écritures des 12 février et 14 mars 2025, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

En droit :

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

et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une allocation d'impotence de degré grave.

3. L'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « *développement continu de l'AI* » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent.

4. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit) ou sur une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits, il y a lieu d'envisager une

révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

b) Plus particulièrement, l'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. La reconsidération est donc soumise à deux conditions : l'importance notable de la rectification et l'existence d'une erreur manifeste. L'erreur manifeste signifie qu'il n'existe aucun doute raisonnable sur l'irrégularité initiale de la décision, cette conclusion étant la seule envisageable (ATF 148 V 195 consid. 5.3 ; 138 V 324 consid. 3.3). Le vice peut résulter de l'application des mauvaises bases légales, de la non-application ou de la mauvaise application des normes déterminantes (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 144 I 103 consid. 2.2 ; 140 V 77 consid. 3.1), ainsi que de l'application erronée de la jurisprudence (Margit Moser-Szeless, Commentaire romand, LPGA, 2025, n° 72 ad art. 53 LPGA). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1). La condition de l'importance notable de la rectification est en principe d'emblée réalisée lorsqu'on est en présence d'une prestation périodique (ATF 119 V 475 consid. 1c ; TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5).

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

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPG) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42^{bis} (disposition pour les mineurs) est réservé. S'agissant des assurés mineurs, l'art. 42^{bis} al. 5 LAI précise que les mineurs n'ont pas droit à l'allocation pour impotent s'ils ont uniquement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

bb) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) 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.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

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

Un simple décalage dans l'acquisition d'un acte ordinaire de la vie ne suffit pas pour prendre en considération le besoin d'aide dans cet acte. L'impotence due à l'invalidité d'un mineur est au surplus évaluée selon les mêmes critères que celle d'un adulte (ch. 8004 et 8018 ss C). Afin de faciliter l'évaluation du besoin d'assistance d'autrui, l'Office fédéral des

assurances sociales a établi des recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs (annexes 2 et 3 à la CSI).

b) aa) Les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent, selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2), les six actes ordinaires suivants :

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

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Si une personne assurée ne peut accomplir un acte ordinaire de la vie que d'une manière inhabituelle ou au prix d'un effort déraisonnable, on ne peut pas encore en déduire directement qu'elle a besoin d'aide et donc qu'elle est impotente au sens de l'art. 9 LPGa. Il est bien plutôt nécessaire que la personne assurée puisse accomplir l'acte de la vie en question avec l'aide d'un tiers d'une manière qui, par rapport à l'exercice autonome, corresponde aux usages habituels, respectivement implique moins d'efforts (ATF 150 V 83 consid. 4.3.2). Il n'y a pas d'impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.1 et la référence).

bb) 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 148 V 28 consid. 6.5.1 ; 121 V 88 consid. 3c ; 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque

l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TF 8C_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3.3 et la référence).

cc) L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin chaque jour ou pourrait éventuellement (de manière non prévisible) en avoir besoin chaque jour. L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle, ou encore qu'il ne peut l'accomplir sans incitation particulière en raison de son état psychique (ATF 117 V 146 consid. 3b ; TF 8C_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.3 et les références citées ; TF 9C_560/2017 du 17 octobre 2017 consid. 4.3 ; ch. 2010 à 2014 CSI [Circulaire sur l'impotence]).

c) Selon la jurisprudence (ATF 116 V 41 consid. 6b et 6c), la notion de soins permanents – qui sont exigés en plus du besoin d'aide dans les six actes ordinaires de la vie – doit être comprise comme un type de prestations d'aide médicale ou de soins, qui est nécessaire en raison de l'état physique ou psychique. On entend par là, par exemple, la nécessité d'administrer quotidiennement des médicaments ou de poser un bandage (ATF 107 V 139 consid. 1b ; 106 V 158 consid. 2a ; 105 V 56 consid. 4 ; TF 8C_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 5.2). Comme l'exigence du besoin d'aide de tiers lors de l'accomplissement des différents actes ordinaires de la vie est déjà tellement étendue (en cas d'impotence grave), la condition des soins permanents ou de la surveillance personnelle n'a plus qu'un caractère secondaire et doit être considérée comme remplie dès qu'il y a soins permanents ou surveillance personnelle, fussent-ils peu importants (ATF 106 V 153 consid. 2a ; TF 8C_314/2022 précité consid. 5.2).

Pour être permanents, il n'est pas nécessaire que les soins soient fournis 24 heures sur 24: ils ne doivent simplement pas être occasionnés par un état temporaire (par exemple par une maladie intercurrente), mais être entraînés par une atteinte qui puisse être présumée permanente ou de longue durée. L'exigence de soins ou de surveillance ne s'applique pas aux actes ordinaires de la vie, mais concerne

plutôt, comme mentionné plus haut, des prestations d'aide médicale ou infirmière requises en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré. Le Tribunal fédéral a précisé à ce sujet qu'il n'est pas indispensable de séjourner dans une clinique ou dans un hôpital pour que les soins puissent être réputés nécessaires pendant une période assez longue (ATF 106 V 153 consid. 2a ; TF 8C_314/2022 précité consid. 5.2).

d) aa) Selon l'art. 39 al. 3 RAI, 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.

bb) Cette surveillance 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 9C_350/2014 précité consid. 6.2 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. 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 (ATF 107 V 136 consid. 1b et 106 V 153 consid. 2a ; TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; voir également ch. 2075 ss CSI).

cc) Il y a surveillance permanente particulièrement intense lorsqu'on exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante. Cela signifie que cette personne doit se trouver en permanence à proximité immédiate de l'assuré, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce dernier ou provoquer des dommages considérables à des personnes ou à des objets. En raison de la nécessité d'assurer cette surveillance en permanence, la personne qui en est chargée ne peut guère se consacrer à d'autres activités. En outre, des mesures doivent avoir déjà été prises pour protéger l'assuré et son entourage afin de réduire le dommage, sans pour autant qu'il en résulte une situation qu'on ne saurait raisonnablement exiger de l'entourage (ch. 5025 CSI ; voir également TF 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2, spéc. 8.2.2.1).

e) aa) 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^{ter} al. 3, 1^{ère} 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_61/2025 du 17 juin 2025 consid. 3.3 ; TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1).

bb) 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). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose ainsi sur une

appréciation temporelle de la situation (TF 9C_61/2025 précité 2025, *loc. cit.* ; TF 9C_350/2014 précité consid. 4.2.3).

cc) 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 ; TF 9C_61/2025 précité 2025, *loc. cit.*).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été

établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

d) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation

antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

7. a) A titre liminaire, il convient de rappeler que la décision attaquée, rendue le 7 octobre 2024, porte sur la reconsidération de la décision du 3 décembre 2019. Il s'agit ainsi d'examiner si, au moment où la décision du 3 décembre 2019 a été prise, la recourante remplissait les conditions d'une allocation pour impotent de degré grave, même si la modification effective de l'allocation pour impotent prenait effet dès le 1^{er} décembre 2024, en application des art. 85 al. 2 et 88^{bis} al. 2 let. a RAI. On relèvera encore que, parallèlement à la procédure ayant conduit à la décision du 7 octobre 2024, l'intimé a mené une procédure de révision périodique du droit à l'allocation pour impotent, en raison du fait que la recourante avait atteint l'âge de 10 ans (cf. fiche d'examen du dossier du 5 août 2024), encore en cours au moment où il a rendu la décision attaquée. C'est dans le cadre de cette dernière procédure que l'intimé a mis en oeuvre une enquête à domicile, ayant donné lieu au rapport du 16 janvier 2025 et à l'avis de la Dre F. _____s produits par l'intimé devant la Cour de céans.

b) La décision litigieuse retient qu'au moment de la révision menée au mois d'août 2019, alors que l'assurée avait six ans, celle-ci ne nécessitait ni surveillance personnelle permanente ni soins permanents, si bien que seules les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen étaient, en réalité, réalisées. Ce faisant, l'intimé a reconnu une erreur manifeste de ses services. Il a maintenu cette position en procédure de recours s'appuyant sur l'instruction menée avant la décision attaquée, ainsi que sur le rapport d'évaluation relatif à l'allocation pour impotent du 16 janvier 2025 et la prise de position du 25 novembre 2024 de la Dre F. _____s.

La recourante, de son côté, soutient qu'il n'y a pas lieu de reconsidérer la décision du 3 décembre 2019 et que c'est à tort que l'intimé a constaté une erreur manifeste en ce sens qu'elle avait bel et bien besoin de surveillance personnelle permanente et de soins permanents. Elle en

déduit que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave avaient toujours été réunies.

c) En l'espèce, l'assurée est atteinte d'une paralysie cérébrale de type spastique séquellaire d'un traitement endovasculaire d'une rupture d'anévrisme dysplasique de l'artère communicante postérieure droite, d'une hémianopsie homonyme latérale à gauche, d'épilepsie pharmaco-résistante, d'hémisphérotomie fonctionnelle péri-insulaire à droite et de méningocèle post-hémisphérotomie (rapports des 21 août 2023 du Dr A. _____ et du 18 janvier 2024 de la Dre F. _____). Il est constant que ces diagnostics se répercutent sur le quotidien de la recourante et qu'ils l'empêchaient, en 2019, d'accomplir l'entier des actes élémentaires de la vie quotidienne.

S'agissant d'évaluer les capacités de la recourante, plus particulièrement la nécessité d'une surveillance permanente, alors qu'elle était âgée de 6 ans le 3 décembre 2019, les pièces médicales récentes relatives à la situation en 2023 et 2025 ne sont pas pertinentes. Ainsi, l'on ne saurait se référer au rapport du 21 août 2023 de le Dr A. _____ et aux rapport et prise de position des 18 janvier et 25 novembre 2024 de la Dre F. _____, établis alors que la recourante était âgée de 10 et 11 ans. Il en va de même du rapport d'évaluation relatif à l'allocation pour impotent du 16 janvier 2025 établi dans le cadre de la révision initiée par l'intimé à l'été 2024. Ces documents ne sauraient d'aucune manière refléter la situation de l'intéressée le 3 décembre 2019.

Cela étant, au moment de rendre sa décision du 3 décembre 2019, l'intimé a retenu, sur la base du questionnaire complété le 23 août 2019, que la recourante, alors âgée de six ans, avait besoin, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge, d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir « *tous les actes courants de la vie* », notamment fondé sur la fiche d'examen du dossier du 21 octobre 2019 dont il résulte ce qui suit :

« [L'assurée] nécessite toujours une aide pour :

- Se vêtir/dévoûtir : aide complète
- Transferts posturaux : marche seule mais avec équilibre précaire. Les escaliers ne sont toujours pas possibles. Aide à l'endormissement --> à prendre en compte dès 4 ans si réveils nocturnes ou 8 ans
- Manger : mange avec aide car ne tient pas les couverts.
- Se laver : n'aime pas les soins de corps en particulier se coiffer. Pleure sous la douche et le coiffage.
- Aller aux WC : langée jour et nuit
- Déplacements/contacts sociaux : se fatigue vite, équilibre précaire. [...]

SPP : selon les parents, elle aurait des comportements à risque sans autre précision.

Passage à l'API grave en raison de l'aide nécessitée pour 6 actes

SPP pas attestée médicalement »

La question d'un besoin de surveillance personnelle permanente, semble-t-il non établi à l'époque (« *SPP pas attestée médicalement* ») peut cependant rester indécise dans la mesure où un besoin de soins permanents, condition alternative (art. 37 al. 1 RAI), était clairement établi le 3 décembre 2019.

Dans le questionnaire qu'ils avaient complété le 23 août 2019, les parents de l'assurée avaient mentionné un besoin de soins permanents en ces termes (réponses des parents en italique) :

« **5.3**

La personne mineure a-t-elle besoin de façon permanente d'aide pour les soins de base ou pour les soins liés à un traitement (par ex prise de la pression ou de la température, pose et soins liés à des sondes ou des cathéters, instillation, injection ou perfusion de médicaments et de nourritures liquides [pas de diète], mesures de physiothérapie) ?

La personne assurée a-t-elle besoin d'aide permanente pour des soins médicaux ou infirmiers (par ex. l'administration quotidienne de médicaments, le changement de pansements, etc.) ?

Oui de jour de nuit

Non

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

Orfiril 2x par jour

Depuis quand le besoin de soins existe-t-il dans cette mesure ?

Mois/année

Naissance

5.4

La personne assurée nécessite-t-elle une surveillance personnelle ?

Oui de jour de nuit

non

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

R. _____ n'a pas conscience du danger et peut avoir des comportements à risque

Depuis quand le besoin de surveillance existe-t-il dans cette mesure ?

Mois/année

Naissance »

Le traitement antiépileptique par Orfiril fait l'objet d'une prescription régulièrement mentionnée et renouvelée par les médecins traitants (cf. rapports des 27 août 2014 et 1^{er} mai 2018 du Dr A. _____, des 13 juillet 2015 et 21 juin 2016 de la Dre B. _____ et du 20 juin 2017 de la Prof. C. _____). Ce traitement était pris deux fois par jour au long cours, ce que les parents avaient en outre indiqué dans le questionnaire complété au mois d'août 2019. Dans ces conditions, l'administration quotidienne de médicaments doit être retenue avec la nécessité d'une aide directe pour la prise de ce médicament sur une longue période, si bien que le besoin de soins permanents est établi (cf. *supra* consid. 5c). On mentionne également que, selon les derniers rapports pertinents des 30 août 2017 de la Dre D. _____ et 1^{er} mai 2018 du Dr A. _____, la recourante bénéficiait aussi d'un traitement anticonvulsif par Clobazam, lequel n'est certes pas mentionné par les parents dans le questionnaire qu'ils avaient complété le 23 août 2019, mais dont l'administration nécessitait également une aide directe et dont rien au dossier n'indique qu'il ait été arrêté.

La nécessité de soins permanents venant s'ajouter à l'aide régulière et importante pour tous les actes élémentaires de la vie quotidienne, les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave étaient ainsi réunies au moment de la décision du 3 décembre 2019.

Par conséquent, la décision du 3 décembre 2019 était bien fondée, si bien que la décision du 7 octobre 2024 la reconsidérant n'est pas conforme au droit fédéral et doit être annulée.

8. La recourante critique enfin la décision attaquée en tant qu'elle aurait été rendue alors que l'intimé avait entamé une révision de son droit à une allocation pour impotent. Ce faisant, la recourante perd de vue la *ratio legis* des art. 53 al. 2 et 17 al. 2 LPGA : la procédure de l'art. 53 al. 2 LPGA vise à corriger une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation initiale erronée des faits (ATF 146 V 364 consid. 4.2 ; ATF 127 V 466 consid. 2c) ; celle de l'art. 17 al. 2 LPGA vise à adapter la décision lorsque les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (révision matérielle ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_709/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 ; TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.3 et 5.4) Il s'agit ainsi de procédures différentes, servant des objectifs distincts et qui ne s'excluent pas.

Au vu du sort du recours, il n'y a toutefois pas lieu d'examiner ce grief plus avant.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision querellée annulée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} 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 partie 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 octobre 2024 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 mis 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 R. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :