

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 février 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Dépraz, juges
Greffière : Mme Vulliamy

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, au Q***, recourant, représenté par sa mère, **A.**_____, elle-même représentée par Me Adrian Veser, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; 42^{ter} al. 3 LAI ; 36 al. 2 et 39 RAI

En fait :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ***, souffre d'une amyotrophie spinale de type 1c (cf. rapport du 7 juin 2022 du Dr D._____, spécialiste en pédiatrie et médecin hospitalier à l'Unité de neurologie et de réhabilitation pédiatrique du Centre hospitalier universitaire vaudois).

Par l'intermédiaire de ses parents, il a sollicité, le 7 juin 2022, des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant, comme atteinte à la santé, une maladie neuromusculaire. Il a bénéficié, depuis lors, de la prise en charge des mesures médicales liées au traitement de l'infirmité congénitale répertoriée sous chiffre 383 (Maladies hérédodégénératives du système nerveux) de l'OIC (ordonnance du 3 novembre 2021 du Département fédéral de l'intérieur concernant les infirmités congénitales OIC-DFI ; RS 831.232.211), notamment sous la forme d'un suivi en neuropédiatrie du 18 juin 2021 au 30 juin 2041, d'un traitement par Evrysdi (cf. communications des 13 juin 2022, 25 mai 2023, 4 mars et 26 novembre 2024), de la prise en charge d'une coque de posture, d'un standing thermoformé, d'un pousse-pousse Bingo Evo T1, d'une orthèse souple, d'un standing BeRollKa Campus Nano, d'un cadre de marche Motilo, d'un tricycle de thérapie Tomcat Fizz Trike 300 (cf. communications du 1^{er} juillet 2022 et des 2, 27 février, 30 octobre 2023, 11 mars, 27 août et 23 décembre 2024), ainsi que de deux séances hebdomadaires de physiothérapie et d'une à deux séances hebdomadaires d'ergothérapie (cf. communications des 2 février et 24 mars 2023).

B. Le 25 août 2022, l'assuré, par ses parents, a déposé une demande d'allocation pour impotent pour mineur en indiquant qu'il avait besoin d'aide pour les actes suivants : « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « soins du corps », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

Le 4 octobre 2022, la Dre J._____, spécialiste en pédiatrie, a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel elle a indiqué que l'amyotrophie spinale de type 1c était une maladie dégénérative avec une atteinte motrice et un impact important sur la respiration, la déglutition et la motricité et qu'il fallait s'attendre à ce que toutes les sphères d'autonomie soient limitées (difficultés respiratoires et alimentaires, peu de motricité autonome globale ou fine). Selon elle, l'assuré ne pourra jamais être autonome dans la vie quotidienne, nécessitant une aide journalière et constante dans toutes ses activités. Elle a précisé qu'il ne pouvait pas rester seul, devant être constamment bougé par l'adulte, ce qui engendrait de nombreux réveils nocturnes. Il bénéficiait de séances de physiothérapie deux fois par semaine et de séances d'ergothérapie une fois par semaine, avec des exercices à faire à domicile par ses parents.

Selon un rapport du 7 novembre 2022 du Dr D._____, l'assuré avait un sommeil un peu laborieux, avec un réveil vers deux heures du matin assez fréquent, soit par inconfort, parce qu'il n'avait pas du tout changé de position depuis son endormissement, soit parce qu'il avait parfois faim. Il se rendormait ensuite avec difficulté.

Il ressort d'un rapport du 7 décembre 2022 de son ergothérapeute que l'assuré avait besoin d'un standing pour pouvoir expérimenter la verticalité et ses bienfaits, non seulement orthopédiques et organiques, mais également pour pouvoir poursuivre son développement sensori-moteur. Ce positionnement à but thérapeutique serait quotidiennement utilisé à domicile, environ deux à trois fois 45 minutes par jour, en fonction de son endurance.

Procédant à l'évaluation de l'impotence de l'assuré, l'OAI a diligenté une enquête à son domicile le 13 décembre 2022. Selon le rapport correspondant rédigé le 19 décembre 2022, il a notamment été constaté que l'assuré devait être installé à table sur sa chaise avec une coque de positionnement pour les repas et les goûters, qu'il ne pouvait pas marcher, ni à quatre pattes, ni en rampant, et que des exercices de mobilisation des jambes devaient être faits dans la chaise à roulette, ainsi que des exercices

de physiothérapie et d'ergothérapie à domicile tous les jours pendant environ une heure. Sur cette base, l'enquêtrice a arrêté à 1 heure et 26 minutes par jour l'assistance supplémentaire fournie par les parents de l'assuré.

Selon un rapport du 31 janvier 2023 du Dr D._____, la prise en charge de l'assuré consistait en de la physiothérapie deux fois par semaine, de l'ergothérapie une fois par semaine et une séance conjointe une fois par semaine.

Par projet de décision du 2 février 2023, l'OAI a informé la mère de l'assuré de son intention de rejeter sa demande d'allocation pour impotent, au motif que son fils avait besoin d'un surcroît d'aide pour « se lever/s'asseoir/se coucher » et « se déplacer » depuis septembre 2022, ainsi que pour « manger » dès décembre 2022, selon l'évaluation à domicile réalisée en décembre 2022. Aussi, le délai de carence d'une année dès le 2^e acte n'était pas encore atteint et le droit à l'impotence n'était dès lors pas ouvert.

Par rapport du 10 février 2023 adressé à l'OAI, la physiothérapeute de l'assuré a indiqué qu'il était passé à trois séances par semaine, dont une en collaboration avec l'ergothérapeute.

Dans le délai prolongé par l'OAI au 22 mars 2023, l'assuré a, par l'intermédiaire de sa mère, elle-même assistée de l'association Pro Infirmis, contesté le projet de décision du 2 février 2023 en faisant valoir que l'aide pour l'acte « se vêtir/dévêtir » devait être reconnu dès le mois de septembre 2022, dès lors que l'assuré portait des orthèses aux jambes depuis cette date, ainsi que des orthèses aux bras depuis janvier 2023. Ces orthèses étaient mises et enlevées environ trois fois par jour, ce qui prenait environ cinq minutes à chaque fois. Il a également contesté le calcul du supplément pour soins intenses, dès lors que les valeurs retenues, correspondant aux valeurs maximales indiquées dans l'annexe 3 de la CSI [Circulaire sur l'impotence édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022], ne reflétaient pas la réalité de ses

besoins. Concernant les traitements, il a relevé qu'il devait faire environ une heure d'exercices par jour, même les jours où il allait en thérapie. S'agissant du standing, dans lequel il était installé deux fois par jour pendant 55 minutes, il a indiqué que quelqu'un devait rester avec lui pendant ce temps pour l'occuper, car il ne pouvait pas jouer seul. Pour l'accompagnement aux thérapies, à savoir une fois par semaine pour l'ergothérapie et trois fois par semaine pour la physiothérapie, il fallait également tenir compte du temps de trajet. En conclusion, il a demandé à ce que l'ouverture du droit soit considérée avant les 27 mois ou, à défaut, la reconnaissance de l'acte « se vêtir/se dévêtir » déjà à l'ouverture du droit à l'allocation. Il a également sollicité la reprise du calcul du supplément pour soins intenses pour que soient pris en compte le temps pour les exercices et les changements de position, ainsi que le temps réel pour manger.

Par courrier du 24 mars 2023, l'OAI a informé la physiothérapeute de l'assuré qu'une troisième séance hebdomadaire, conjointement avec l'ergothérapeute, était accordée.

Par rapport du 27 mars 2023 adressé à l'OAI, le Dr D. _____ a demandé le réexamen de la demande d'allocation pour impotent au vu d'un besoin de soins bien supérieur de l'assuré par rapport à ce qui serait selon lui nécessaire pour un enfant du même âge en bonne santé. Il a précisé que l'assuré avait de nombreux rendez-vous de santé par semaine et que ses parents avaient comme instruction de pouvoir reprendre autant que possible à domicile les conseils prodigués par les différents thérapeutes.

Selon une évaluation "APIMIN" [allocation pour impotent pour mineur] du 3 mai 2023, il n'y avait pas lieu de s'écarter des annexes 2 et 3 de la CSI quant à l'application des valeurs maximales, dès lors que, selon le chiffre 5011 de la CSI, il n'était possible de déroger à ces limites qu'exceptionnellement et presque exclusivement pour les traitements quand ils dépassaient les valeurs maximales pour des raisons médicales. En revanche, le temps pour mettre et enlever les attelles des poignets pouvait être pris en compte, ainsi que le temps pour repositionner l'assuré dans son lit. Concernant les traitements, le temps passé par les parents à reproduire

les exercices de physiothérapie et d'ergothérapie, selon le chiffre 5015 de la CSI, ne pouvait être considéré que pour les jours où il n'y avait pas de thérapie au cabinet du thérapeute. Enfin, il était vrai que l'accompagnement à la physiothérapie et à l'ergothérapie n'avait pas été pris en compte et 58 minutes par jour pouvaient être ajoutées au supplément pour soins intenses final. Ainsi, le besoin d'aide était toujours nécessaire pour les actes « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger » et « se déplacer » déjà retenus, et le supplément pour soins intenses était de 2 heures 29 minutes.

Par décision du 5 mai 2023, l'OAI a confirmé son projet du 2 février 2023 et rejeté la demande d'allocation pour impotent pour mineur, au motif qu'il n'y avait pas lieu d'ouvrir le droit à cette allocation avant le mois de septembre 2023 et que le supplément pour soins intenses était fixé à 2 heures et 29 minutes, à savoir moins de quatre heures.

C. Le 14 novembre 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mère, a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent pour mineur. S'agissant de l'aide fournie par un tiers en raison de l'impotence (rubrique 5.1), la mère de l'assuré a indiqué, pour l'acte « se vêtir/se dévêtir », qu'il fallait enlever l'orthèse souple (body) pour la physiothérapie et pour dormir la nuit et qu'il fallait mettre et enlever les attelles des mains et genoux deux à trois fois par jour. Pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », il était mentionné des réveils à raison de quatre à six fois par nuit pour changer l'assuré de position. S'agissant de l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », l'assuré ne pouvait pas se déplacer seul, devait être porté pour tous les déplacements et avait une poussette adaptée pour assurer une bonne position. Au niveau de la propreté, il portait des couches jour et nuit. La maman a encore précisé que l'assuré allait à la physiothérapie trois fois par semaine et une fois à l'ergothérapie, qu'il utilisait le standing environ une heure deux fois par jour et qu'il devait faire des exercices pour mobiliser les jambes sur la chaise à roulette une fois par jour pendant environ trente minutes, ainsi que des exercices pour lever la tête avec un moyen auxiliaire pour s'appuyer une fois par jour environ trente minutes.

Il ressort d'un rapport du 18 décembre 2023 de sa physiothérapeute que l'assuré progressait dans la tenue de sa tête, du tronc et des membres supérieurs. Il était toutefois tout à fait compréhensible que, même avec ces progrès, il puisse encore éprouver de la fatigue et de la faiblesse, entraînant le risque de lâcher les appuis à tout moment. La gestion de la fatigue et le besoin d'une présence constante faisaient que la prise en charge quotidienne n'avait rien de comparable à celle d'un enfant de son âge, qui plus est dans une fratrie de trois enfants. En conclusion, son autonomie dépendait essentiellement de la disponibilité de ses parents.

Par rapport adressé à l'OAI, indexé le 22 décembre 2023, l'ergothérapeute de l'assuré a conclu que ce dernier progressait continuellement et profitait pleinement des thérapies et de tous les moyens auxiliaires et orthèses mis en place. Toutefois, malgré son évolution et en lien avec sa pathologie, l'assuré était encore dépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne et nécessitait une présence permanente de l'adulte, ses capacités d'action étant très limitées. Il ressort également de ce rapport que les moyens auxiliaires, notamment un body proprioceptif, des orthèses jambier-pédieuses, curo-pédieuses nocturnes et Benik avec bande de supination aux deux mains, étaient nécessaires à l'assuré pour le soutenir dans son développement sensori-moteur, favoriser son action sur l'environnement et limiter les risques d'enraidissement et de déformations orthopédiques. Concernant le sommeil, l'assuré se réveillait la nuit et réclamait ses parents pour changer de position, ne pouvant pas le faire tout seul.

L'OAI a mis en œuvre une nouvelle enquête à domicile le 25 mai 2024, dont le rapport d'enquête du 30 mai 2024 concluait à un temps supplémentaire de 3 heures et 45 minutes, à raison de 1 heure et 11 minutes pour les actes de la vie (10 minutes pour « se vêtir/se dévêtir », 41 minutes pour « se lever/s'asseoir/se coucher » et 20 minutes pour « aller aux toilettes »), 1 heure et 36 minutes pour les traitements et 58 minutes pour l'accompagnement chez les thérapeutes. S'agissant des indications relatives à l'impotence et au degré d'assistance, l'enquêtrice a notamment indiqué que, pour l'acte « se vêtir/se dévêtir », le recourant portait

quotidiennement un body proprioceptif, qui était mis le matin et retiré pour les thérapies et qu'il était habillé et déshabillé des pieds à la tête par ses parents, n'ayant aucune autonomie en raison de son absence de tonus musculaire. Ainsi, il devait être totalement déshabillé au moins une fois par jour en plus de l'habillage et du déshabillage du matin et du soir. L'enquêtrice a mentionné, pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », que les parents devaient se lever toutes les nuits pour réinstaller le recourant, qui n'était pas confortable, mais aussi pour lui retirer ses attelles et que la maman avait indiqué que le recourant dormait bien de 20 heures à 2 heures, puis qu'il se réveillait et l'appelait chaque heure pour qu'il soit tourné dans son lit. S'agissant de l'acte « manger », le rapport mentionnait que, pour le goûter, il n'était pas nécessaire de donner à manger à l'assuré, mais qu'il était plus lent et qu'il fallait rester à côté de lui. Pour l'acte « aller aux toilettes », il était indiqué que l'assuré était porteur de couches jour et nuit et qu'il ne manifestait aucun intérêt pour le pot, sur lequel sa maman l'installait tout de même de temps en temps. Il fallait noter que le temps de change était un peu plus long, car il fallait retirer le bas des vêtements, puis son body en partie.

Par communication du 31 mai 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais de linge.

Par projet de décision du 31 mai 2024, l'OAI a informé l'assuré, par sa mère, de son intention de lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible du 1^{er} septembre 2023 au 31 mai 2024, dès lors qu'il avait besoin, en raison de son état de santé et par rapport à un enfant valide du même âge, d'un surcroît d'aide et de soins pour accomplir trois actes courants de la vie, à savoir les transferts posturaux dès l'âge de 15 mois, les déplacements et contacts sociaux dès l'âge de 15 mois et manger dès l'âge de 18 mois. Le droit au supplément pour soins intenses n'était en revanche pas ouvert, le temps supplémentaire étant inférieur à 4 heures par jour.

Par projet de décision du 31 mai 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention d'augmenter l'allocation pour impotent à un degré moyen

dès le 1^{er} juin 2024, dès lors qu'il 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 cinq actes courants de la vie, à savoir les transferts posturaux, les déplacements et contacts sociaux, manger, se vêtir/se dévêtir dès l'âge de trois ans et aller aux WC dès l'âge de trois ans. Le droit au supplément pour soins intenses n'était en revanche pas ouvert, le temps supplémentaire étant inférieur à 4 heures par jour, à savoir 1 heure et 11 minutes de soins de base, 1 heure et 36 minutes de soins paramédicaux et 58 minutes d'accompagnement aux thérapies et consultations, soit 3 heures et 45 minutes au total.

Selon une communication du 18 juin 2024, les frais d'ergothérapie et de physiothérapie, réalisées au S*** du 3 janvier au 17 novembre 2023, étaient pris en charge par l'OAI.

Le 27 juin 2024, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a informé l'OAI que l'assuré avait commencé un suivi à la P._____ depuis le 22 mai 2024.

Il ressort d'un rapport du 28 juin 2024 du Dr D._____ que l'assuré pourrait souffrir d'ostéopénie et que des investigations étaient mises en place à la P._____, qui aurait identifié différentes anomalies sanguines et urinaires, ainsi qu'en néphrologie auprès de la Dre BB._____, spécialiste en pédiatrie et en néphrologie pédiatrique.

Dans le délai prolongé par l'OAI par courrier du 9 juillet 2024, l'assuré, par sa mère, elle-même représentée par Me Adrian Veser, a, le 30 juillet 2024, contesté le second projet de décision du 31 mai 2024 refusant de lui accorder un supplément pour soins intenses, au motif que plusieurs actions du quotidien représentaient un temps conséquent pour ses parents et que ce temps n'avait pas été estimé correctement lors de l'évaluation du 25 mai 2024, celle-ci s'étant basée de manière trop rigide sur les limites imposées par la CSI.

Le 2 septembre 2024, l'OAI a reçu une copie du rapport du 26 juin 2024 de la Dre BB._____, dans lequel elle a posé les diagnostics néphrologiques de tubulopathie proximale partielle (acidose métabolique mixte, hypercalciurie, protéinurie tubulaire, aminoacidurie) et de probable ostéopénie d'immobilisation non fracturaire.

Faisant suite à un rapport du 15 novembre 2024 de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées indiquant que l'assuré, atteint d'une maladie génétique rare qui se traduisait par une faiblesse musculaire générale, pouvait tenir assis seul, mais ne pouvait pas marcher, ni se transférer seul, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais de remise en prêt d'un fauteuil roulant manuel (cf. communication du 11 décembre 2024).

Selon un rapport du 3 décembre 2024 du Dr D._____, le sommeil restait compliqué avec un réveil vers deux heures du matin, à la suite de quoi le sommeil était plus agité avec des réveils fréquents. En outre, l'assuré avait de nouveaux exercices de physiothérapie respiratoire à faire.

Le 23 décembre 2024, la Dre BC._____, spécialiste en pédiatrie auprès de la P._____, a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel elle a posé les diagnostics d'amyotrophie spinale de type 1c, avec répercussions sur l'état nutritionnel (carences macronutriments et micronutriments) et de tubulopathie (atteinte rénale, protéinurie). Elle a expliqué qu'un premier bilan radiologique, réalisé le 2 août 2022, avait mis en évidence la présence d'une ostéopénie diffuse et qu'un bilan de contrôle du 3 février 2024 avait montré une péjoration de cette ostéopénie. Au niveau de l'alimentation, l'assuré faisait trois repas principaux et deux collations. Pour le sommeil, il avait besoin de dormir accompagné afin d'être rassuré et se réveillait une à deux fois par nuit. Le bilan effectué avait montré des carences de cofacteurs du métabolisme énergétique, une carence en vitamine D et une anémie ferriprive. Une atteinte rénale (tubulopathie) avait été mise en évidence, très probablement responsable de l'ostéopénie qui péjorait la situation clinique de base de l'assuré. Ainsi,

une prise en charge nutritionnelle spécifique (alimentation normo-calorique, normo-protidique, contrôle en glucide et riche en bonnes graisses et légumes), associée à la supplémentation des cofacteurs enzymatiques (vitamines), était mise en place pendant trois mois. En outre, un suivi néphrologique était nécessaire afin de stabiliser la situation rénale.

Par communications du 23 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais relatifs à un suivi néphrologique, ainsi qu'à un suivi pédopsychiatrique à la P._____.

Selon un avis juriste du 1^{er} avril 2025, la position de l'OAI, prise dans son projet de décision du 31 mai 2024, pouvait être confirmée, notamment pour les raisons suivantes :

« En effet, le rapport d'évaluation est détaillé et étayé. Il prend en considération les recommandations de l'OFAS et la situation concrète de l'assuré en retenant le supplément maximum possible (C._____ ayant presque 3 ans lors de l'évaluation, il a été retenu les valeurs maximales pour un enfant de plus de 3 ans). Se vêtir : Il n'est pas possible de retenir le body ici, celui-ci étant déjà pris en compte dans les traitements. Se lever : on a pris le plafond maximum. Manger : on ne peut pas prendre en considération les interruptions, car dans le calcul, si les parents mangent en même temps que l'enfant, les interruptions sont déjà comprises. »

Par décision du 1^{er} avril 2025, confirmant son projet du 31 mai 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré moyen, dès le 1^{er} juin 2024, et refusé le droit au supplément pour soins intenses, le temps supplémentaire étant de 3 heures et 45 minutes (soins de base par 1 heure et 11 minutes, soins paramédicaux de 1 heure et 36 minutes, accompagnement thérapies/consultations par 58 minutes), soit inférieur à 4 heures par jour.

D. Par acte du 16 mai 2025, C._____, représenté par sa mère, elle-même assistée par Me Adrian Veser, a formé recours contre la décision du 1^{er} avril 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'un supplément pour soins intenses lui était octroyé dès le 1^{er} juin 2024 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour

nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir que le rapport d'évaluation du 30 mai 2024 n'avait pas pris en compte le temps que ses parents lui consacraient réellement chaque jour, se contentant de renvoyer systématiquement aux maximums prévus dans l'annexe 3 de la CSI. Selon lui, l'OAI aurait dû constater, au vu de son état de santé et de sa condition effective, qu'il nécessitait davantage de temps pour effectuer certaines tâches quotidiennes que les maximums prévus dans la CSI, qui n'étaient dès lors pas applicables dans sa situation. Il a notamment fait valoir que ses parents devaient le relever et le porter pour chacun de ses déplacements ou changements de position, qu'ils devaient le vêtir et le dévêtir plusieurs fois par jour, qu'il portait encore des couches de jour comme de nuit, que ses nuits restaient mouvementées et agitées, se réveillant régulièrement quasiment chaque heure à partir de deux heures du matin, qu'il devait effectuer tous les jours plusieurs exercices de physiothérapie et d'ergothérapie et qu'il devait être mis debout pendant une heure deux fois par jour. Ainsi, il y avait une différence de 353 minutes entre le temps effectif consacré par ses parents et le total théorique retenu par l'OAI. Selon lui, les lignes directrices de l'OFAS ne permettaient pas de s'écarter des durées de soins effectives, établies lors d'une évaluation, en renvoyant simplement aux valeurs maximales. L'intimé semblait se contenter d'examiner chaque acte du quotidien de manière distincte ou cloisonnée, en perdant de vue la situation globale, à savoir qu'il nécessitait une aide et une assistance ininterrompues de ses parents tout au long de la journée. A l'appui de son recours, l'intéressé a notamment produit une décision de la Direction générale de l'enseignement obligatoire et de la pédagogie spécialisée du 13 juillet 2023 lui octroyant une aide à l'intégration dans un lieu d'accueil du 75 % de son temps de présence, qui a été augmenté à 100 % par décision du 3 octobre 2023.

Par réponse du 4 juillet 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, en expliquant comment les valeurs maximales retenues dans l'annexe 3 de la CSI avaient été calculées. Il a ajouté que si les circulaires s'adressaient aux organes d'exécution et n'avaient pas d'effet contraignant pour le juge, elles avaient pour but une application uniforme et égale du droit et qu'il convenait d'en tenir compte et de ne pas s'en écarter sans motif valable.

Pour lui, le rapport d'évaluation du 30 mai 2024 était circonstancié et probant et conforme aux recommandations en retenant le maximum prévu et autorisé par la CSI.

Répliquant le 19 août 2025, l'assuré n'a pas fourni d'explications complémentaires et a renvoyé à son recours du 16 mai 2025. Il a, en outre, requis l'audition de sa mère.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

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

2. a) Le litige porte uniquement sur les conditions d'octroi au recourant d'un supplément pour soins intenses. Ce dernier ne remet en effet pas en question, dans les conclusions de son recours, l'allocation pour impotent de degré moyen qui lui a été allouée dès le 1^{er} juin 2024.

b) Les modifications législatives et réglementaires entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de

l'AI » (RO 2021 705 ; RO 2021 706) n'ont pas modifié les conditions du droit à l'allocation pour impotent.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, applicable par analogie en cas de nouvelle demande de prestations faisant suite à un précédent refus, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la 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).

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

Selon l'art. 42 al. 1 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'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

Est considéré comme impotent en vertu de l'art. 9 LPGA celui qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne, à savoir : « se vêtir/se dévêtir », « se

lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur/établir des contacts sociaux avec l'entourage » (ATF 127 V 94 consid. 3c).

Le supplément pour soins intenses 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) 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^{re} phrase, LAI ; art. 36 al. 2 RAI). Dans ce contexte, sont réputés soins intenses les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (art. 39 al. 1 RAI).

c) Selon l'art. 39 al. 2 RAI, n'est pris en considération dans le cadre des soins intenses que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques. Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose sur une appréciation temporelle de la situation (TF 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid 8.2).

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.

d) Alors que l'allocation pour impotent découle du besoin durable d'aide ou de surveillance pour accomplir les actes de la vie quotidienne, le droit au supplément pour soins intenses dépend du point de savoir si l'impotent mineur nécessite un surcroît de soins ou de surveillance en termes de temps par rapport à la mesure nécessaire aux enfants en bonne santé du même âge.

5. a) Concernant la procédure à suivre, la Circulaire sur l'impotence (CSI) précise qu'il incombe à l'office de l'assurance-invalidité de procéder à une enquête sur place portant sur l'impotence, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés. Les indications de la personne assurée, de ses parents ou de son représentant légal seront appréciées de façon critique. Le début de l'impotence et, le cas échéant, du besoin d'assistance supplémentaire sera fixé aussi précisément que possible (ch. 8003 ss CSI).

b) 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 si elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

6. a) La CSI contient à son annexe 2 des « Recommandations relatives à l'évaluation de l'impotence déterminante pour les mineurs », à savoir des normes de référence, qui ne s'appliquent pas impérativement à tous les cas et qui doivent être appliquées avec souplesse (cf. également : TF 8C_461/2015 du 2 novembre 2015 consid. 4.3).

L'annexe 3, intitulée « Valeurs maximales et aide en fonction de l'âge », vise à préciser le temps nécessaire à l'aide apportée en fonction de l'âge pour l'accomplissement des différents actes ordinaires de la vie. Les valeurs, qui reposent sur l'expérience des divers offices AI, sont qualifiées

de « valeurs moyennes » et ont été soumises pour avis à la Société suisse de pédiatrie. L'OFAS souligne que les valeurs maximales du temps pouvant être pris en considération pour l'accomplissement de chaque acte ordinaire de la vie ont pour base le formulaire FAKT, conçu pour les assurés adultes. Des adaptations spécifiques aux mineurs s'avèrent, à son avis, justifiées, parce que ces derniers requièrent normalement moins de temps que les assurés adultes du fait que le poids et la taille sont moindres. L'annexe retient ainsi l'âge de 10 ans à partir duquel le besoin d'aide en temps serait analogue à celui qui peut être pris en considération pour un adulte.

La CSI précise, à ses chiffres 5010 et 5011, que pour garantir l'égalité de droit dans le calcul du droit au supplément pour soins intenses, des limites maximales ont été fixées pour le surcroît de temps pouvant être pris en compte pour les soins de base et les traitements. L'annexe 3 indique ces limites, ainsi que le temps normalement consacré aux soins de base pour les mineurs en bonne santé. Les limites maximales garantissent l'égalité de traitement de tous les assurés. Dans la plupart des cas, l'application des montants maximaux permet de refléter correctement la situation de l'assuré. Les différents suppléments permettent en outre de tenir compte des spécificités propres à chaque cas. Il existe toutefois des exceptions dans lesquelles le besoin d'aide, pour des raisons médicales, est manifestement supérieur aux montants fixés. Ces exceptions concernent presque exclusivement les traitements ; le surcroît d'aide qu'elles représentent peut être pris en compte au titre des « autres mesures ». En principe, il n'est possible de déroger aux limites que lorsque le besoin d'aide, pour des raisons médicales, est nécessaire et supérieur (par ex. lorsque davantage d'interventions sont requises). En cas d'incertitude, il faut faire appel au Service médical régional de l'assurance-invalidité.

b) Les directives administratives sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales par les organes d'exécution des assurances sociales. Elles établissent notamment des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce conformément au principe d'égalité de traitement. Les directives administratives sont destinées à l'administration, mais le juge ne s'en écarte pas sans motif

pertinent (ATF 146 V 104 consid. 7.1 ; 146 V 233 consid. 4.2.1 ; 144 V 195 consid. 4.2 et les références).

7. 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).

8. a) En l'espèce, l'intimé a, par décision du 5 mai 2023, refusé l'octroi d'une allocation pour impotent et d'un supplément pour soins intenses au recourant, au motif que le délai de carence d'une année dès le 2^e acte n'était pas encore atteint. L'OAI est ensuite entré en matière sur la demande d'allocation pour impotent pour mineur du 14 novembre 2023, dès lors que l'aggravation de la situation ne faisait pas de doute. Après avoir octroyé au recourant une allocation pour impotent de degré faible du 1^{er} septembre 2023 au 31 mai 2024, l'intimé lui a ensuite alloué, par décision du 1^{er} avril 2025, une allocation pour impotent de degré moyen, dès le 1^{er} juin 2024, ce qui n'est pas contesté par le recourant.

Est, en revanche, contesté le refus d'un supplément pour soins intenses, le recourant faisant grief à l'intimé de s'être référé à des valeurs maximales, définies dans l'annexe 3 de la CSI, pour fixer le surcroît de temps nécessaire aux soins, sans tenir compte de ses réels besoins. Le recourant soutient que ce procédé serait contraire au droit, car la loi ne prévoit aucun maximum de temps et dispose uniquement d'établir le temps consacré aux soins de l'enfant invalide, avant de déduire le temps à consacrer nécessairement à un enfant du même âge sans handicap.

b) Préalablement, il convient de constater que l'enquête a été effectuée le 25 mai 2024 au domicile du recourant, en sa présence, celle de ses parents, de ses deux sœurs et d'une évaluatrice en formation. L'enquêtrice a motivé son évaluation des différents postes concernés et détaillé les éléments constatés en lien avec chaque rubrique, ainsi que les déclarations de la maman. Ainsi, le rapport d'enquête du 30 mai 2024 a été établi conformément aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus (cf. consid. 5b), ce que le recourant ne conteste au demeurant pas.

c) En l'espèce, il sied tout d'abord de préciser que l'allocation pour impotent de degré moyen a été octroyée depuis le 1^{er} juin 2024, élément non contesté par le recourant. A cette date, il était presque âgé de trois ans. Il y a donc lieu de considérer les actes qui peuvent entrer en ligne de compte dans le cadre du supplément pour soins intenses s'agissant d'un enfant de cet âge, ce que l'intimé a d'ailleurs admis dans son avis juriste du 1^{er} avril 2025.

aa) Pour l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'enquêtrice a retenu un surcroît de temps de 25 minutes et a ensuite déduit 15 minutes, correspondant au temps pour un enfant du même âge sans problème de santé. Ces chiffres ont été déduits de l'annexe 3 de la CSI pour un enfant entre 3 et 6 ans et le surcroît de temps de 10 minutes retenu par l'enquêtrice peut être validé.

bb) S'agissant de l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », un surcroît de temps de 20 minutes a été retenu pour les transferts, ainsi qu'un

supplément de 15 minutes, lié « au coucher, à une attache au lit, à un fauteuil roulant, à une chaise, en cas de spasticité forte ou particulièrement astreignante ». Ces chiffres ressortent en effet de l'annexe 3 de la CSI et peuvent être approuvés.

En revanche, l'enquêtrice n'a retenu que 6 minutes à titre de surcroît de temps pendant la nuit pour les changements de position (2 x 3 minutes). On relèvera néanmoins que la durée de 3 minutes ne ressort pas de l'annexe 3 de la CSI, qui prévoit 6 minutes pour les changements de position pendant la nuit, sans indiquer de maximum. Il résulte en outre du dossier que les changements de position pendant la nuit dépassent le nombre de deux retenus par l'enquêtrice (cf. rapports des Drs J. _____ et D. _____ des 4 octobre, 7 novembre 2022 et 3 décembre 2024, rapport de l'ergothérapeute indexé le 22 décembre 2023 et demande d'allocation pour impotent du 14 novembre 2023). L'enquêtrice a d'ailleurs noté que la mère du recourant avait indiqué qu'il dormait bien de 20h à 2h, puis qu'il se réveillait et l'appelait ensuite chaque heure pour qu'elle le tourne dans le lit. Cela étant, il apparaît à cet égard équitable de retenir un surcroît de temps de 30 minutes, correspondant à une moyenne de cinq changements de position par nuit. On rappellera ici que le chiffre 5011 de la CSI prévoit qu'il peut exister des exceptions aux limites maximales lorsque le besoin d'aide pour des raisons médicales est manifestement supérieur aux montants fixés et que ce besoin d'aide est nécessaire et accru, comme c'est le cas en l'espèce.

Ainsi, un temps supplémentaire de 24 minutes doit être ajouté à l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ».

cc) Relativement à l'acte « manger », l'enquêtrice a retenu un surcroît de temps de 75 minutes, pour les enfants après 18 mois, et déduit 75 minutes à titre de présence normale à table lorsqu'un parent peut manger aux côtés de l'enfant, comme cela ressort de l'annexe 3 de la CSI. Ce calcul n'est pas critiquable.

L'enquêtrice a cependant omis de tenir compte d'un surcroît de temps pour les goûters du matin et de l'après-midi, à savoir 10 minutes chacun à partir de 3 ans, selon l'annexe 3 de la CSI, alors que le recourant prend bien un goûter le matin et un goûter l'après-midi (cf. enquête du 19 décembre 2022, rapport du 23 décembre 2024 de la Dre BC. _____ et rapport d'enquête du 30 mai 2024). L'annexe 3 prévoit toutefois une déduction de 10 minutes par goûter jusqu'à 6 ans pour le temps de présence à table. Ainsi, aucun temps supplémentaire ne peut être retenu pour l'acte « manger ».

dd) L'enquêtrice n'a pas examiné, à juste titre, le temps consacré à l'acte « faire sa toilette », dès lors que cet acte n'est pris en compte que dès l'âge de 6 ans.

ee) Pour l'acte « aller aux toilettes », un surcroît de temps de 30 minutes a été indiqué, conformément à l'annexe 3 de la CSI. Il pourrait se poser la question d'un supplément de temps lié à l'entraînement à la continence pour les enfants de 3 à 10 ans par 20 minutes, ainsi qu'un surcroît de temps lié au changement fréquent des couches (à partir de 6 fois par jour) de 5 minutes par intervention. En effet, l'enquêtrice a mentionné que le recourant était porteur de couches jour et nuit et ne manifestait aucun intérêt pour le pot, sur lequel sa maman l'installait de temps en temps. Il ne ressort toutefois pas des pièces au dossier qu'un tel entraînement aurait été mis en place pour le recourant, ni qu'un problème de change fréquent des couches aurait été mentionné. Le recourant ne fait d'ailleurs pas valoir de circonstances particulières qui justifieraient de prendre en considération du temps supplémentaire.

ff) S'agissant de l'acte « se déplacer », aucun surcroît de temps n'est prévu par l'annexe 3 de la CSI.

gg) En définitive, il faut retenir un supplément de temps, pour les actes ordinaires de la vie, de 10 minutes pour « se vêtir/se dévêtir », de 65 minutes [20 + 15 + 30 minutes] pour l'acte « se lever/s'asseoir/se

coucher » et de 20 minutes pour l'acte « aller aux toilettes », soit un total de 95 minutes.

d) aa) S'agissant des traitements, l'enquêtrice a retenu un surcroît de temps de 10 minutes pour l'entraînement pour rester debout, alors que les parents du recourant ont indiqué une durée de 120 minutes. Il ressort en effet d'un rapport du 7 décembre 2022 de l'ergothérapeute que l'assuré avait besoin d'un standing, qui serait quotidiennement utilisé à domicile, environ deux à trois fois 45 minutes par jour, en fonction de son endurance. Dans sa contestation du 22 mars 2023, le recourant a indiqué, s'agissant du standing, qu'il y était installé deux fois par jour pendant 55 minutes et que quelqu'un devait rester avec lui pendant ce temps pour l'occuper, car il ne pouvait pas jouer seul. Dans la demande d'allocation pour impotent du 14 novembre 2023, la mère du recourant avait mentionné qu'il utilisait le standing environ une heure deux fois par jour. Lors de l'enquête du 25 mai 2024, les parents du recourant ont estimé le temps pour l'entraînement pour rester debout à 120 minutes, soit 2 fois 60 minutes. Si l'on peut comprendre que les parents ont indiqué le temps réellement pris par l'entraînement, il ressort toutefois de l'annexe 3 de la CSI que l'entraînement pour rester debout prévoit un supplément de temps de 5 minutes par intervention, soit les 10 minutes retenus par l'enquêtrice, sans que l'on ne voit de raison justifiant de s'éloigner de cette durée.

bb) Concernant le forfait pour exercices de physiothérapie ou d'ergothérapie à la maison, le chiffre 5015 de la CSI indique que « le temps consacré à domicile à des exercices dans le contexte ou le soutien de cette thérapie ne peut être pris en compte dans le cadre du supplément pour soins intenses que pour les jours où aucune thérapie n'a lieu ». En l'occurrence, le recourant se rend quatre jours par semaines en thérapie (cf. rapport du 31 janvier 2023 du Dr D. _____ et rapport du 10 février 2023 adressé à l'OAI par la physiothérapeute). L'enquêtrice a ainsi retenu 3 jours sans thérapie en cabinet qu'elle a multiplié par 60 minutes (2 thérapies x 30 minutes), qu'elle a ensuite divisé par sept jours (comme indiqué au chiffre 5015 de la CSI) pour arriver au total retenu de 26 minutes [60 minutes x 3 jours / 7 = 25.71]. Ce calcul n'est ainsi pas critiquable.

cc) Dans la rubrique « Pose et retrait à des fins thérapeutiques d'orthèse/prothèse/corsets », l'enquêtrice a indiqué le calcul suivant :

« Pour le calcul du temps de pose des orthèses
2xbody + 3x orthèses jambo fémorale et avant bras/main + 2x jambo
pédieuse : 7 pose / retrait par jour
Temps : 2x7 (BODY) + 3x15 (jamo fémorale / avant bras / bras) + 2x
8 (jambopédieuse) = 75 minutes
75 minutes/7 thérapies : 10.7 min par pose / retrait. Arrondi à 11
minutes ».

L'enquêtrice n'a toutefois retenu un surcroît de temps que de 35 minutes, sans en indiquer les raisons. Il semble que cela corresponde à la durée de 15 minutes prévue pour les moyens auxiliaires servant à la préservation d'un acte ordinaire de la vie (par exemple prothèse ou orthèse) pour l'acte « se vêtir et se dévêtir », ainsi que le surcroît de temps de 20 minutes prévu pour l'acte « aller aux toilettes » en lien avec la pose et le retrait de moyens auxiliaires. Il ressort toutefois du dossier que le recourant dispose d'un body proprioceptif, d'orthèses jambier-pédieuses, d'orthèses curo-pédieuses nocturnes et d'orthèses Benik avec bande de supination aux deux mains (cf. rapport de l'ergothérapeute indexé le 22 décembre 2023). Ces moyens auxiliaires doivent être mis et enlevés matin et soir, mais également en vue d'une thérapie (cf. demande d'allocation pour impotent du 14 novembre 2023, rapport d'enquête du 25 mai 2024, contestation du 30 juillet 2024). Le body, qui doit être enfilé sous les habits, nécessite en outre de la manutention entre chaque change de couches (cf. rapport du 18 décembre 2023 de la physiothérapeute), ce que l'enquêtrice a d'ailleurs indiqué dans son rapport d'évaluation à la rubrique 1.1.5 « aller aux toilettes ». Au vu de la situation particulière du recourant, dont le nombre élevé de moyens auxiliaires représente manifestement une charge accrue pour ses parents, il n'y a aucun motif de s'éloigner du temps effectivement calculé par l'enquêtrice, à savoir 75 minutes (cf. chiffre 5011 de la CSI et consid. 8 c) bb) *supra*). On rappellera ici que les valeurs fixées à l'annexe 3 de la CSI ne sauraient être considérées comme des valeurs maximales absolues et qu'elles ne peuvent constituer que des valeurs de référence purement indicatives, dont l'application ne saurait être impérative (TF 8C_461/2015 du 2 novembre 2015 consid. 4.3 ; CASSO AI

206/21 - 29/2023 du 26 janvier 2023 consid. 7 ; CASSO AI 60/19 - 89/2020 du 20 mars 2020 consid. 7c ; CASSO AI 227/19 - 109/2020 du 14 avril 2020 consid. 9b).

Ainsi, il convient d'ajouter 40 minutes, aux 35 minutes déjà retenues, dans la rubrique consacrée à la pose et au retrait des orthèses.

e) Le recourant ne conteste pas l'évaluation de l'enquêtrice se rapportant au temps supplémentaire nécessité pour l'accompagnement à des visites médicales et chez les thérapeutes par 58 minutes, pas plus que l'absence de prise en compte d'un surcroît de temps pour la surveillance.

f) Au vu de ce qui précède, l'addition des différents temps supplémentaires permet de retenir un surcroît pour soins intenses de quatre heures au moins. En effet, le rapport du 30 mai 2024 fait état de 71 minutes pour les actes ordinaires de la vie quotidienne, 96 minutes pour les traitements et 58 minutes pour l'accompagnement chez les thérapeutes, auxquelles il faut ajouter 24 minutes pour changements de position et 40 minutes concernant la pose et le retrait des orthèses, soit un total de 4 heures et 49 minutes

9. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis l'audition de sa mère. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite.

10. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 1^{er} avril 2025 de l'intimé réformée, en ce sens que le recourant a droit au versement d'un supplément pour soins intenses, à raison de quatre heures par jour au moins, dès le 1^{er} juin 2024 ; elle est confirmée pour le surplus s'agissant de l'allocation pour impotent de degré moyen octroyée dès le 1^{er} juin 2024.

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 la partie intimée, 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). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 1^{er} avril 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que C. _____ a droit à un supplément pour soins intenses, à raison de quatre heures par jour au moins, à compter du 1^{er} juin 2024.

- 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 C. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Adrian Veser (pour C. _____, représenté par sa mère, A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :