

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 mars 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Livet et M. Tinguely, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à U\*\*\*, recourante, agissant par ses parents C.\_\_\_\_\_, et  
D.\_\_\_\_\_, et représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à Pully,

et

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

---

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

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \*\*\*2015, souffre d'un diabète de type 1a diagnostiqué en décembre 2017.

Par l'intermédiaire de ses parents, C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande d'allocation pour mineur impotent le 30 janvier 2024, par laquelle elle a fait part de besoins d'aide pour l'acte ordinaire de la vie « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », décrit comme un besoin de supervision pour contrôler sa glycémie, administrer ses bolus d'insuline, calculer ses glucides, évaluer son activité physique et l'impact sur sa glycémie, d'une aide durable pour les soins médicaux consistant au changement tous les trois jours de ses cathéters et tous les dix jours des capteurs de glycémie, et d'une surveillance personnelle.

Instruisant cette demande, l'OAI a collecté les pièces suivantes, notamment :

- Des rapports de consultation établis les 5 avril, 20 juillet, 25 octobre 2023, 10 janvier et 15 avril 2024 par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie pédiatrique, dont il ressort que l'assurée présente un diabète de type 1a, anticorps anti-insuline positif, diagnostiqué en décembre 2017, sans maladie associée, qu'elle reçoit une insulinothérapie par une pompe Tandem avec Control IQ, qu'elle porte un dispositif d'autosurveillance par capteur de glucose en continu Dexcom G6 et qu'elle présente une évolution très favorable, sous réserve d'adaptations ponctuelles du dosage d'insuline.
- Un formulaire rempli par la mère de l'assurée le 9 février 2024, précisant que celle-ci avait besoin de soins quotidiens évalués à 60 minutes (30 minutes pour les contrôles de la glycémie, 20 minutes pour la pesée des aliments et le calcul des glucides et 10 minutes pour l'administration de l'insuline), tous les trois jours de 15 minutes pour un changement de cathéter, tous les cinq jours de 15 minutes

pour un changement du réservoir d'insuline et tous les dix jours de 15 minutes pour le changement du capteur. En outre, un contrôle du matériel et des interventions auprès des enseignants et éducateurs étaient nécessaires, pour une durée évaluée à 20 minutes chaque jour.

- Les réponses données le 30 mai 2024 par le Dr E. \_\_\_\_\_ aux questions de l'OAI, exposant que l'approche thérapeutique reposait sur l'insulinothérapie fonctionnelle (FIT) consistant à adapter les doses d'insuline en fonction de l'alimentation, ce qui nécessitait de la part des parents des gestes techniques d'une durée de 10 à 20 minutes entre 5 et 8 fois par jour ainsi qu'une attention constante 24h/24 lorsque les enfants ne sont pas encore en mesure de prendre des décisions autonomes sur l'interprétation de la glycémie ou les doses d'insuline. Le spécialiste ajoutait que des interventions pouvaient être nécessaires à tout moment, jour et nuit, en raison d'un métabolisme souvent fluctuant, que la gestion de l'alimentation était particulièrement complexe pour ajuster les dosages, ce d'autant que les erreurs de calcul pouvaient entraîner des complications aiguës, raison pour laquelle les parents devaient suivre des formations continues régulières. Il a précisé que le système de surveillance continue de la glycémie, s'il constituait un outil précieux, n'était cependant pas capable d'interpréter les données, de sorte que l'entourage du patient devait recevoir une formation spécifique. Il s'est enfin référé à l'arrêt CASSO AI 71/22 - 77/2023 du 18 octobre 2023.

Le 20 août 2024, l'OAI a notifié un projet de décision prévoyant de rejeter la demande d'allocation d'impotence pour mineur. Se référant à la lettre circulaire 443 établie le 31 juillet 2024 par l'Office fédéral des assurances sociales, il a exposé qu'aucun besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie n'était reconnu pour les assurés mineurs présentant un diabète de type 1. Le contrôle régulier de la glycémie relevant des mesures de soin et non de la surveillance, un besoin de surveillance personnelle permanente ne pouvait être reconnu qu'en de rares cas dès

l'âge de six ans, si le diabète est très instable, s'agissant d'enfants se comportant comme les autres enfants de leur âge. En l'occurrence, il a constaté que les pièces médicales au dossier décrivaient une situation médicale stable et que, s'agissant des soins, après application des valeurs maximales prévues dans la lettre-circulaire et en l'absence de critères qualitatifs aggravants, les conditions pour la reconnaissance d'une allocation pour mineur impotent n'étaient pas remplis.

Les parents de l'assurée ont fait part de leurs objections à ce projet par courrier du 19 septembre 2024. Rappelant que leurs deux enfants étaient touchés par un diabète de type 1, ils ont fait valoir que les soins constants et l'attention minutieuse rendus nécessaires par leur maladie dépassait largement ce qui était habituellement attendu pour des enfants du même âge. Relevant que la stabilité de leur diabète était précisément le résultat de leurs efforts constants, ils ont exposé qu'il fallait tenir compte du fait qu'une interruption des soins entraînerait des conséquences graves pour leurs enfants et mettrait leur vie en danger, ce qui était attesté par le spécialiste traitant. Il fallait en outre tenir compte du fait que leurs enfants était trop jeunes pour utiliser de manière autonome les moyens auxiliaires numériques dont ils bénéficiaient. Ils se sont par ailleurs référés à l'arrêt CASSO AI 72/22 - 277/2923 du 18 octobre 2023.

Par décision du 14 novembre 2024, confirmant son projet, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent. Il était précisé que l'arrêt cité dans les objections ne pouvait être appliqué de manière générale, qu'il fallait se conformer à la lettre-circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales, postérieure à cette jurisprudence, et que, s'agissant de la surveillance, il fallait distinguer ce qui relève du soin de la notion de surveillance personnelle permanente.

**B.** Agissant toujours par l'intermédiaire de ses parents, désormais représentés par Me Isabelle Jaques, B.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 16 décembre 2024, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré faible lui est octroyée,

subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle a fait valoir, en particulier, que le temps des soins nécessaires à son diabète, évalué à l'aide du logiciel Tidepool et du tableau provenant de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales, était de 3 heures par jour. A cette durée de soins, médicalement attestée par la Prof. S.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie pédiatrique, s'ajoutait un critère de pénibilité lié à la nécessité de prodiguer des soins durant la nuit, ce que le Dr E.\_\_\_\_\_ avait déjà mentionné dans son rapport du 30 mai 2024. Il fallait en outre tenir compte du fait que les parents de la recourante devaient également prodiguer des soins de même nature à son frère aîné, élément qui rendait la situation exceptionnelle. Il existait ainsi un besoin permanent de soins particulièrement astreignants, ouvrant le droit à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible. Enfin, se référant aux arrêts TF 8C\_272/2022 du 28 octobre 2022 et CASSO AI 71/22 - 277/2023 du 18 octobre 2023, la recourante a fait valoir que sa situation devait également faire admettre l'existence d'un besoin de surveillance permanente ouvrant le droit à une allocation pour impotent de degré faible. Avec son écriture, elle a notamment produit un décompte quotidien des soins concluant à une durée de soins de 2 h 54 pour elle-même et de 3 h 06 par jour pour son frère aîné, ainsi que l'attestation de la Prof. S.\_\_\_\_\_ du 12 décembre 2024 déclarant approuver le temps global de soins de 3 heures par jour dédié pour chaque enfant atteint du diabète de type 1.

L'intimé a déposé une réponse le 6 février 2025, proposant le rejet du recours. Il a maintenu qu'aucun besoin de surveillance permanente ne pouvait être retenu dans le cas d'espèce, en reprenant la motivation développée à ce propos dans sa décision. S'agissant par ailleurs du besoin de soins, il a relevé que les lettres de consultation du spécialiste traitant décrivaient une évolution très favorable, une bonne croissance et un volet métabolique très stable sous le traitement par pompe, avec une excellente surveillance parentale. Ces éléments n'étaient pas remis en question par les pièces produites avec le recours, de sorte qu'il ne pouvait être retenu de critère qualitatif aggravant.

Répliquant le 14 juillet 2025, la recourante a rappelé qu'en raison de son âge, elle n'était pas en mesure de reconnaître l'importance de contribuer au traitement, de l'évaluer correctement et d'agir en conséquence, ce qui imposait aux parents une surveillance constante et une disponibilité permanente en appui aux enseignants et autres professionnels d'encadrement. Un besoin de surveillance permanente, avec une présence continue 24h sur 24, 7 jours sur 7, devait en conséquence être reconnu, indépendamment des soins. La recourante maintenait par ailleurs que les soins rendus nécessaires par sa maladie s'élevaient à 3 heures par jour incluant la nécessité d'en prodiguer parfois la nuit. Elle s'est par ailleurs prévalu du soutien de l'association G. \_\_\_\_\_, qui a rédigé une lettre le 8 avril 2025, et de l'Unité J. \_\_\_\_\_ du Service F. \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier universitaire vaudois, produisant un rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 7 avril 2025 exposant en particulier ce qui suit :

« La particularité du diabète est que toute situation, ordinaire ou extraordinaire, peut impacter le métabolisme glucidique - à tout moment de la journée ou de la nuit.  
Le diabète est présent 24h/24 heures, sa surveillance est donc constante.

Selon notre expérience clinique, les enfants de moins de 12 ans ne possèdent en général pas l'ensemble de ces compétences. Certains gestes peuvent être effectués dès l'âge de 6 à 8 ans (p. ex. mesure du glucose), d'autres vers 8 à 12 ans (p. ex. remplacement du cathéter), alors que la capacité de compréhension globale de la maladie et de ses implications n'est généralement pas atteinte avant 12 à 14 ans.

En conséquence, les enfants de moins de 12 ans atteints de diabète de type 1 ne peuvent pas être considérés comme capables de gérer leur traitement de manière autonome et fiable. Une surveillance rapprochée par un adulte formé est indispensable, ce qui justifie selon nous une reconnaissance de l'impotence.

L'éducation thérapeutique permet aux parents et à l'entourage de développer les compétences nécessaires pour garantir une prise en charge sécurisée, jour et nuit.

Grâce aux rapports Tidepool établis en lien avec les capteurs de glycémie et les pompes à insuline portés par leurs enfants, les parents de N. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ont établi que les soins quotidiens liés à la gestion du diabète pour chacun de leurs enfants s'élevait à 3 heures par jour. J'approuve ce temps global et ajoute qu'il est important de reconnaître que certains de ces soins doivent être prodigués la nuit, ce qui constitue un facteur qualitatif aggravant.

Enfin, il est important de souligner que ce temps global ne prend pas en compte certains autres éléments tels que la surveillance continue, l'analyse des signaux, la prévention des risques, les décisions thérapeutiques et la gestion des imprévus. Ces interventions, bien que non quantifiables avec précision, sont essentielles et doivent être reconnues.

Une telle reconnaissance permet non seulement de soutenir les familles concernées, mais également de prévenir les complications à long terme et de réduire les coûts pour le système de santé.

En tenant compte de ces éléments, je vous invite à reconsidérer votre décision et à reconnaître le besoin de surveillance constante (observation, analyse, réaction) dans le cadre de la demande d'allocation d'impotence pour mineurs. »

Par duplique du 20 août 2025, l'intimé a déclaré maintenir sa position.

### **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)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

**b)** L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> 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 l'allocation pour mineur impotent et au supplément pour soins intenses.

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

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

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

**b)** A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un

accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

**c)** Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

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

**d)** Aux termes de l'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.

**5. a)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'OFAS, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;

- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c).

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

**6. a)** Les soins permanents au sens de l'art. 37 al. 1 RAI ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 V 136). Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente. Le besoin d'aide ne doit être reconnu que lorsque l'assuré a besoin d'une aide directe ou indirecte pour la prise de médicaments (surveiller ou donner des indications à chaque prise ; cf. ch. 2058 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°42 ad. art. 42 LAI, p. 611).

**b)** Il convient de distinguer des soins permanents susmentionnés la notion de soins particulièrement astreignants ressortant à l'art. 37 al. 3 RAI. Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, ce qui signifie qu'ils nécessitent beaucoup de temps ou sont particulièrement coûteux. Il peut être aussi qualitatif, ce qui signifie que leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être donnés à des heures inhabituelles (TF 8C\_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.2). Un besoin de soins de plus de deux heures par jour sera qualifié de particulièrement astreignant si des aspects qualitatifs aggravants doivent aussi être pris en compte. Si ce besoin est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par exemple soins pendant la nuit) s'y ajoute. Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est qualifié de particulièrement astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire (TF 8C\_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.3 ; cf. ch. 2063 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°47 ad art. 42 LAI, p. 613).

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

**b)** Cette surveillance permanente ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base (TF 8C\_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.5 et les références citées). Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. 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. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers. Le besoin de surveillance peut être admis, déjà en cas de faible probabilité de mise en danger, lorsque l'absence de surveillance pourrait avoir des conséquences néfastes pour la santé (TF 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; 9C\_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.4 ; cf. ch. 5022 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°33 à 35 ad. art. 42 LAI, p. 611, et n°10 ad art. 42<sup>ter</sup> LAI, p. 638).

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

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

**8.** L'OFAS a édicté la lettre circulaire AI n° 443 le 31 juillet 2024, en lien avec les demandes d'allocations pour impotent en faveur de mineurs

souffrant de diabète de type 1. Il a retenu un certain nombre de principes généraux pour ces situations, à savoir :

« [...]

L'allocation pour impotent est versée après un délai d'attente d'une année. Il faudrait procéder à l'évaluation du besoin d'aide seulement lorsque le traitement du diabète est en place depuis quelques mois. Le tableau plus bas montre le temps estimé nécessaire pour différents soins de routine liés au diabète.

L'allocation pour impotent sert à couvrir un besoin d'aide régulier. Lorsque le réglage du dosage de l'insuline nécessite un peu plus de temps que d'habitude en raison d'une poussée de croissance, par exemple, ou qu'il faut faire plus de mesures du glucose (glycémies) pendant une période déterminée, le temps supplémentaire requis ne répond pas à un besoin régulier et ne peut donc pas être pris en considération. Il faut bien déterminer si, sur le long terme, le taux de glycémie doit être mesuré fréquemment ou seulement certains jours isolés.

L'un des buts du traitement du diabète est de rendre les personnes concernées aussi autonomes que possible à gérer leur traitement. Cela vaut aussi pour les enfants. En diabétologie pédiatrique, les médecins considèrent que les enfants de moins de 12 ans ne sont pas en mesure d'assumer la thérapie par insuline de manière autonome et fiable, mais certains gestes techniques, comme la mesure du glucose, peuvent cependant être effectués de façon autonome dès l'âge de 6 à 8 ans. D'autres interventions, comme un changement de cathéter de pompe, peuvent être effectuées de façon autonome dès l'âge de 8 à 12 ans. Il n'est cependant pas possible de supposer que l'enfant a des connaissances suffisantes et comprend les conséquences à long terme d'un oubli ou d'un acte mal effectué avant l'âge de 12 à 14 ans environ.

Nous considérons donc qu'à partir de 12 ans, les mineurs devraient en principe être en mesure d'effectuer de manière autonome la plupart des tâches nécessaires à la gestion d'un diabète de type 1. La charge des parents diminue donc considérablement et ne peut plus être considérée comme importante dès ce moment-là. Ceux-ci doivent uniquement effectuer des contrôles ou certaines interventions spécifiques et accompagner leur enfant dans la gestion de son diabète. Il faut dès lors prévoir une révision à 12 ans dans les cas où une allocation pour impotent a été octroyée au préalable. Pour les nouvelles demandes concernant des mineurs dès 12 ans, une évaluation n'est en principe pas indiquée. Il faut toutefois examiner la situation au cas par cas en tenant compte, entre autres, de l'âge au moment du diagnostic ainsi que, le cas échéant, d'autres limitations que le mineur peut présenter. Etant donné qu'aucune aide n'est indiquée pour les actes de la vie quotidienne [...], il est possible de renoncer à une évaluation sur place, dans la mesure où les documents médicaux indiquent clairement les interventions nécessaires [...]. »

L'OFAS a par ailleurs exclu la prise en compte d'une aide pour la réalisation des actes ordinaires de la vie et déterminé, au titre des soins

infirmiers et médicaux, le temps usuellement consacré en minutes à chaque type d'intervention.

**b)** Bien que les directives administratives ne lient en principe pas le juge, celui-ci est néanmoins tenu de les considérer dans son jugement, pour autant qu'elles permettent une interprétation des normes juridiques qui soit adaptée au cas d'espèce et équitable. Ainsi, si les directives administratives constituent une concrétisation convaincante des dispositions légales, le tribunal ne s'en départit pas sans motif pertinent. Dans cette mesure, il prend en considération le but de l'administration tendant à garantir une application égale du droit (ATF 148 V 102 consid. 4.2; 146 V 224 consid. 4.4 et l'arrêt cité). En principe, il convient de tenir compte de la version qui était à la disposition de l'autorité de décision au moment de la décision (et qui a déployé un effet contraignant à son égard) ; des compléments ultérieurs peuvent éventuellement être pris en compte, notamment s'ils permettent de tirer des conclusions sur une pratique administrative déjà appliquée auparavant (cf. ATF 147 V 278 consid. 2.2 et les références citées), comme c'est le cas de la lettre-circulaire n° 443 du 31 juillet 2024 relative à l'allocation pour impotent pour mineurs atteints de diabète (TF 9C\_526/2024 du 3 juillet 2025 consid. 5.3).

**9. a)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**b)** 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 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

**10. a)** En l'espèce, il est constant que la recourante présente un diabète de type 1, diagnostiqué en décembre 2017, soit à l'âge de 2 ans. La demande d'allocation a été déposée par ses parents en janvier 2024, lorsqu'elle était âgée de 8 ans. Il était fait état d'un besoin d'aide pour un acte ordinaire de la vie et pour les soins médicaux, ainsi que d'un besoin de surveillance personnelle permanente.

L'intimé s'est fondé sur les rapports établis par le spécialiste traitant entre avril 2023 et avril 2024, ainsi que sur la lettre circulaire AI n° 443 de l'OFAS pour nier le droit de la recourante à une allocation pour impotent. En substance, il n'a pas reconnu l'existence d'un besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, de même que la notion de surveillance personnelle permanente dans la mesure où la recourante présentait uniquement un diabète de type 1. S'agissant des soins médicaux rendus nécessaires par cette atteinte à la santé, il en a nié le caractère particulièrement astreignant.

**b)** Il est constant que la recourante n'a pas besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie.

La demande déposée en janvier 2024 mentionnait certes un besoin d'aide pour l'acte ordinaire « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Ce besoin était toutefois décrit comme la nécessité pour les parents de superviser les contrôles de glycémie et l'administration des doses d'insuline, de calculer les glucides, d'évaluer l'activité physique et son impact sur la glycémie de la recourante. Ces éléments constituent manifestement des soins et la recourante n'a d'ailleurs pas maintenu, dans ses objections au projet de décision ou dans son recours, qu'elle présentait un besoin d'aide pour cet acte ordinaire de la vie. Aucun diagnostic autre que le diabète de type 1 n'a été évoqué à l'appui de la demande d'allocation pour impotent et il faut également rappeler ici qu'un besoin d'aide pour accomplir un seul acte de la vie courante ne permet pas d'ouvrir le droit à une allocation pour impotent.

**c)** Concernant les soins, les parents de la recourante ont d'abord fourni à l'intimé, en février 2024, un récapitulatif concluant à une durée moyenne des soins inférieure à 2 heures par jour. En cours d'instance, ils ont présenté un calcul reprenant les rubriques du tableau figurant dans la lettre-circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales, aboutissant à une durée quotidienne de 2 h 54. L'intimé n'a commenté aucune des deux feuilles de calcul, se limitant sur ce point à renvoyer à la lettre-circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales et à exposer que les soins considérés ne pouvaient de toute manière pas être qualifiés de particulièrement astreignants.

**aa)** En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590

consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C\_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1). Cela étant, s'agissant du décompte présenté en cours d'instance, il convient de relever que les ch. 1 et 2 ne sont pas cumulables, le premier devant être appliqué aux enfants dont la glycémie est vérifiée exclusivement manuellement et le second à ceux qui utilisent un dispositif d'autosurveillance par capteur, lequel permet de vérifier la glycémie plus rapidement. Il apparaît ainsi d'emblée que 30 minutes devraient être retranchées de ce second décompte, puisque la recourante dispose d'un capteur de glycémie. Il convient par ailleurs de rappeler que le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a fourni aucune description des soins prescrits spécifiquement à la recourante, tandis que l'attestation établie le 12 décembre 2024 par la Prof. S. \_\_\_\_\_, dont on ignore dans quel contexte elle a été délivrée dans la mesure où cette spécialiste n'a rédigé aucun autre rapport et qu'elle exerce dans un autre canton, ne paraît pas non plus être le reflet d'une analyse de la situation particulière de la recourante. Il n'est ainsi pas démontré que les soins rendus nécessaires par le diabète dont souffre l'intéressée représenteraient trois heures par jour comme allégué.

**bb)** Cela étant, même à considérer que la durée des soins soit de l'ordre de 2 à 2,5 heures par jour, il faut encore que l'on puisse les qualifier de particulièrement astreignants pour ouvrir le droit à un allocation pour impotent de degré faible. A cet égard, la jurisprudence a précisé que les soins devaient présenter un caractère qualitativement astreignant pour plusieurs motifs lorsque leur durée totale est inférieure à trois heures par jour. Or, les parents de la recourante ont mentionné uniquement le fait que des soins devaient parfois être prodigués la nuit, sans toutefois quantifier leurs interventions nocturnes, ni même préciser s'ils parlaient de la recourante ou de son frère aîné. Par ailleurs, les rapports de consultation mentionnent tous que les sites d'insertion du cathéter et de l'appareil de contrôle de la glycémie sont calmes et que l'évolution de la recourante est très favorable. Les soins ne peuvent par conséquent pas être qualifiés de particulièrement astreignants au sens de l'art. 37 al. 3 let.c RAI.

**cc)** Les parents de la recourante ont encore fait valoir qu'il fallait tenir compte de la présence, dans la famille, d'un autre enfant souffrant de la même maladie et nécessitant des soins de durée et d'intensité équivalente.

Il est manifeste que la nécessité de s'occuper simultanément de deux jeunes enfants diabétiques représente une lourde charge pour leurs parents. Il n'est cependant pas possible d'en tenir compte dans l'évaluation du caractère particulièrement astreignant des soins, dans la mesure où l'allocation pour impotent s'évalue en fonction de l'état de santé de chaque assuré individuellement.

**d)** S'agissant enfin de la notion de surveillance personnelle permanente, il convient de relever, avec l'intimé, que les rapports du Dr E. \_\_\_\_\_ des 30 mai 2024 et 7 avril 2025 ne font pas état des besoins spécifiques de la recourante, mais décrivent en des termes très généraux les difficultés que peuvent rencontrer les enfants face au diagnostic de diabète. Il est ainsi fait mention d'un manque probable d'autonomie avant l'âge de 12 ans, de l'absence de conscience de la maladie avant 6 ans et du fait que les enfants diabétiques sont susceptibles de subir des crises d'hypo- ou d'hyperglycémie à tout moment de la journée ou de la nuit en raison d'un métabolisme « souvent » fluctuant. La situation particulière de la recourante n'est cependant pas documentée, tandis que les rapports de consultation font état d'une situation favorable, permettant un suivi trimestriel avec des ajustements de traitement minimes.

Le besoin de surveillance dont se prévaut la recourante n'est pas plus décrit dans ses écritures, ses parents évoquant uniquement la nécessité de vérifier régulièrement le taux d'insuline et le risque de devoir procéder à des soins durant la nuit, toutefois sans les quantifier ni même préciser s'ils parlent de la recourante ou de son frère aîné, comme déjà relevé. Les rubriques consacrées aux interventions pour faire face aux hypo- ou hyperglycémie du décompte de soins produit avec le recours ne donnent pas plus de précision, de sorte qu'ils englobent tous les ajustements nécessaires, particulièrement ceux qui interviennent dans le contexte des

repas ou des activités diurnes de la recourante et qui relèvent donc des soins usuels. Cela étant, les pièces versées au dossier de l'intimé ou produites en procédure ne font pas état d'un manque de collaboration de la recourante ou d'un comportement oppositionnel nécessitant une surveillance accrue pour éviter des ruptures de traitement ou des prises alimentaires à risque. Il faut en outre relever que les parents de la recourante ont mentionné des contacts réguliers avec les enseignants ou le personnel éducatif parascolaire, mais non la nécessité de devoir se rendre fréquemment eux-mêmes à l'école ou au parascolaire pour procéder à des soins, ni la survenance de crises nécessitant des consultations médicales en urgence. Il en découle que l'intéressée fréquente l'école et les structures de garde classiques, que son état de santé n'entraîne pas d'absentéisme scolaire particulier, qu'elle n'a pas à renoncer à participer aux activités de loisirs, aux sorties scolaires ou aux activités parascolaires en raison de son état de santé et que ses parents peuvent se consacrer normalement à leurs occupations durant la journée. Quant à la nécessité d'assurer une présence parentale durant la nuit, le Tribunal fédéral s'est rallié au raisonnement proposé au ch. 4 de la lettre-circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales dans l'arrêt TF 9C\_526/2024 du 3 juillet 2025 notamment, en ce sens qu'un besoin de surveillance ne peut être retenu que s'il est permanent et intense, ce qui peut être le cas face à un diabète particulièrement instable mais pas lorsque les interventions nocturnes ne sont pas régulières (cf. consid. 6 de l'arrêt précité). Or, dans le cas de la recourante, les éléments précités permettent de reconnaître un besoin de surveillance régulier mais non pas permanent et intense. A cela s'ajoute qu'au moment du dépôt de la demande, la recourante était âgée de 8 ans. Comme l'a rappelé le Dr E. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 30 mai 2024 et 7 avril 2025, les enfants gagnent progressivement en maturité et en autonomie dès l'âge de 6 ans. Ce processus d'adaptation a même commencé particulièrement tôt chez la recourante, dont le diagnostic a été posé lorsqu'elle était âgée de 2 ans, en décembre 2017.

En conséquence, il faut retenir que l'état de santé de la recourante ne justifie pas une surveillance personnelle permanente au sens requis par l'art. 37 al. 3 let. b RAI. Pour être complet, il y a lieu de relever

que la situation de la recourante diverge sensiblement de celle tranchée par la Cour de céans dans son arrêt AI 71/22 - 77/2023 du le 18 octobre 2023, dont elle s'est prévaluée, ne serait-ce qu'en raison de l'âge de l'assurée concernée. Il en va de même pour l'arrêt TF 8C\_272/2022 du 28 octobre 2022, cité par la recourante, dans la mesure où l'atteinte à la santé justifiant l'allocation pour impotent n'est pas un diabète, mais un trouble congénital du métabolisme des glucides nécessitant un régime alimentaire strict avec recours à une sonde, associé à une problématique psychique.

**e)** En définitive, aucune des alternatives prévues à l'art. 37 RAI n'est réalisée, si bien que l'intimé a nié le droit à une allocation pour mineur impotent à juste titre.

**11. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la partie recourante qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 novembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B.\_\_\_\_\_.

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

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Isabelle Jaques (pour la recourante),
- 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 :