

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 août 2025

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Livet, juge, et M. Chevalley, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par sa mère B.R. \_\_\_\_\_, à [...],  
elle-même représentée par Procap, à Bienne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** A.R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est atteint d'un diabète de type 1A diagnostiqué le 12 septembre 2022 et est traité par injection basal/bolus. Il est suivi depuis lors au sein de l'Unité d'endocrino-diabétologie pédiatrique du P.\_\_\_\_\_ (P.\_\_\_\_\_).

Agissant par sa mère, B.R.\_\_\_\_\_, il a sollicité la prise en charge de mesures médicales de l'assurance-invalidité par demande formelle parvenue le 29 novembre 2022 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par décision du 27 septembre 2023, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures médicales de l'assurance-invalidité, motif pris que le diabète de type 1A ne constituait pas une infirmité congénitale. La prise en charge des mesures médicales incombait par conséquent à l'assurance-maladie obligatoire.

**B. a)** Dans l'intervalle, A.R.\_\_\_\_\_ soit pour lui sa mère, a requis une allocation pour mineur impotent de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI le 6 janvier 2023, alléguant avoir besoin de l'aide quotidienne d'un adulte pour la gestion du diabète de type 1. En particulier, il exposait avoir besoin d'assistance pour l'accomplissement de deux actes ordinaires de la vie « manger » (préparer les repas, mesurer la glycémie, préparer la dose d'insuline, vérifier que l'enfant a mangé son repas et si le repas n'est pas terminé, il faut recalculer la glycémie et donner [des] collations en fonction du taux de glycémie) et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » (contrôler la glycémie et avoir le médicament en réserve en cas d'hypoglycémie ; surveiller l'enfant en cas d'activité sportive pour évaluer le taux de glycémie et ajuster si besoin), ainsi que pour les soins médicaux (contrôle de la glycémie et injections, piqûres d'insuline entre 6-8 fois par jours, changement des capteurs de glycémie tous les 3 jours et pompe à insuline dès le 31 octobre 2022). Il nécessitait également une surveillance personnelle permanente, jour et nuit, du fait du contrôle constant de la glycémie.

L'assuré porte une pompe à insuline Dash depuis le 30 janvier 2023. Une partie du contrôle de la glycémie et des injections s'opère donc automatiquement. L'assuré a en outre suivi le cours FIT (insulinothérapie fonctionnelle intensifiée) du P. \_\_\_\_\_ destiné aux patients diabétiques de type 1.

Dans un rapport du 13 mars 2023 Mme U. \_\_\_\_\_, infirmière praticienne spécialisée à l'Unité d'endocrinologie, diabétologie et obésité pédiatrique du P. \_\_\_\_\_, a notamment constaté ce qui suit (*sic*) :

“Bonne observance de la famille. Maman a besoin de guidance et de réassurance, est vu régulièrement par Mme [...], infirmière de la Santé public à domicile.

La famille pratique la fit thérapie avec aisance. A.R. \_\_\_\_\_ participe bien au soins.

Beaucoup de variabilité dans les glycémies et beaucoup d'épisodes d'hyperglycémie avant la nuit. Corrections nocturnes des glycémies.”

**b)** Le 1<sup>er</sup> mai 2024, l'assuré par sa mère, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous forme de mesures médicales en raison d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ([TDAH] ; ch. 404 OIC [ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 ; RS 831.232.21]).

Dans un rapport du 27 mai 2024, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné que le diagnostic de TDAH avait été posé le 14 octobre 2022. Ce praticien a fait état d'une agitation psychomotrice, des difficultés de régulation des émotions et d'ajustement relationnel avec les pairs, des comportements agressifs et de défis, ainsi que d'impulsivité. Au niveau de la concentration, il a retenu une attention auditive, simple et double, respectivement de 44/100 et de 77/100, une attention visuelle et auditive de 50/100 et une attention soutenue de 24/100, résultats basés sur un rapport du 14 octobre 2022 d'E. \_\_\_\_\_, psychologue. Cette dernière a notamment mis en évidence une concentration fragile et une attention de courte durée sans agitation motrice en séance. Depuis le mois d'avril



Par décision du 26 septembre 2024 confirmant un projet de décision du 13 août 2024, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une allocation d'impotence pour mineur.

**C.** Par acte du 17 octobre 2024, déposé le 21 octobre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A.R. \_\_\_\_\_ par sa mère, a recouru contre la décision du 26 septembre 2024 et contre une décision du 7 octobre 2024 de l'OAI lui refusant le droit aux allocations spéciales AMINH, en prenant les conclusions suivantes (*sic*) :

- “1. Annuler les décisions du 26 septembre et de l'Office AI ;
2. Joindre les affaires relevant des décisions du 26 septembre et du 7 octobre 2024 ;
3. Condamner l'Office AI à verser une allocation d'impotence pour mineurs ainsi que des allocations spéciales AMINH ;
4. M'accorder l'assistance judiciaire pour cette procédure ;
5. Sous suite des frais et dépens.”

Il fait valoir que son état de santé ne lui permet pas de rester sans surveillance. Il a produit un rapport du 15 octobre 2024 de la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, dont il ressort ce qui suit (*sic*) :

“L'enfant susmentionné est suivi à ma consultation pour un diabète de type 1 insulino-dépendant. La famille m'a sollicitée pour obtenir un certificat en vue d'une allocation d'impotence pour mineurs précisant la prise en charge spécifique d'un enfant atteint de diabète de type 1.

1) Durée des soins médicaux/infirmiers que les parents doivent dispenser à domicile : Notre approche thérapeutique pour un enfant avec diabète de type 1 repose sur l'insulinothérapie fonctionnelle (FIT), qui consiste à adapter les doses d'insuline en fonction de l'alimentation de l'enfant. Cette approche est considérée comme le standard de traitement pour les enfants et les adolescents atteints de diabète de type 1.

Si les gestes techniques en lien avec cette prise en charge du diabète sont d'une durée généralement d'entre 10 et 20 min, entre 5-8 fois par jour, il est essentiel de souligner que la surveillance du diabète nécessite une attention constante 24h/24. Les enfants ont particulièrement besoin de cette surveillance et de soutien permanents, car ils ne sont pas en mesure de prendre des décisions autonomes sur l'interprétation de la glycémie ou les doses d'insuline. De plus, le métabolisme particulier de l'enfant de moins de 2 - 3 ans requiert une attention accrue.

2) Existe-t-il des aspects qualitatifs aggravants à prendre en compte ?

Des interventions peuvent être nécessaires à tout moment, jour et nuit, 24h/24 en raison du métabolisme souvent fluctuant, ainsi que les activités physiques réalisées au long de la journée. Il n'y a pas de « pause » dans le traitement et la surveillance d'un enfant avec diabète. Il convient également mentionner que la gestion du diabète chez un enfant nécessite un niveau élevé de connaissance de la maladie.

Par ailleurs, il est essentiel de souligner que la gestion du diabète de type 1 nécessite un plan de traitement structuré à vie. Ce plan comprend plusieurs aspects, notamment la surveillance régulière de la glycémie, l'administration d'insuline, la pratique d'une activité physique, et une alimentation adaptée. La gestion de l'alimentation est particulièrement complexe, nécessitant une connaissance approfondie ainsi que du matériel et du temps adéquats pour calculer les quantités de glucides par repas, base du calcul des doses d'insuline. Des erreurs de calcul peuvent entraîner des complications aiguës telles que des hypoglycémies ou des hyperglycémies, qui peuvent mettre en péril la vie de l'enfant si une réaction n'est pas imminente lors de l'hypoglycémie, notamment.

Les parents doivent suivre une éducation thérapeutique de base, souvent dispensée lors de l'hospitalisation initiale, ainsi qu'une formation continue régulière pour adapter les soins à l'évolution de l'état de l'enfant et sa croissance/puberté. De plus, il est crucial que les personnes de l'entourage de l'enfant, comme les enseignants ou les entraîneurs sportifs, soient sensibilisés à la maladie et connaissent les mesures à prendre en cas de complication aiguë.

Une hypoglycémie sévère peut entraîner des conséquences graves, allant du coma aux convulsions et aux lésions cérébrales, voire à une issue fatale. De même, un dérapage acidocétosique sévère peut entraîner une déshydratation et une défaillance circulatoire pouvant également être fatales en l'absence de traitement.

Afin de prévenir ces complications graves, les patients diabétiques et leurs proches, ainsi que les personnes travaillant ou vivant avec eux, reçoivent une formation et sont encouragés à surveiller le diabète de manière constante. Malgré toutes les précautions prises, il est inévitable que les patients diabétiques rencontrent des épisodes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie légers, qui font malheureusement partie de leur quotidien. Il est également important de souligner que plusieurs interventions parentales obligatoires et protocolées ont sans aucun doute contribué à prévenir des situations graves ou potentiellement mortelles.

Les systèmes de surveillance continue de la glycémie sont des outils précieux. Ils permettent aux patients, à leurs proches ou à toute personne accompagnante de recueillir des données spécifiques sur le diabète de type 1, notamment les valeurs de glycémie. Cependant, il est important de noter que ces appareils ne sont pas capables d'interpréter ces données par eux-mêmes. Bien qu'ils puissent émettre des alarmes en cas de dépassement ou de chute de certaines valeurs, ils ne peuvent pas évaluer le contexte dans lequel ces valeurs ont été relevées.

Ainsi, pour une interprétation précise des données fournies par ces dispositifs, il est essentiel que le patient, ses proches, l'accompagnateur ou un professionnel de la santé aient reçu une formation spécifique. Cela leur permettra d'analyser correctement les informations fournies par l'appareil et de prendre les décisions appropriées en matière de gestion du diabète.

En ce qui concerne le matériel et le traitement, il est important de noter que ceux-ci ne sont souvent pas entièrement remboursés par les assurances, ce qui peut constituer un fardeau financier et émotionnel supplémentaire pour les familles.

**Je tiens également à vous informer que le tribunal cantonal a accordé à une famille vaudoise une rente d'impotence de niveau faible A 71/22 - 77/2023 du 18 octobre 2023.**

Enfin, je considère que la prise en charge du diabète de type 1 exige un engagement constant, une discipline et une planification minutieuse. Ces qualités font souvent défaut aux enfants jusqu'à la puberté, voire l'âge de jeune adulte."

Le 25 novembre 2024, le recourant, désormais représenté par Procap, a retiré sa demande d'assistance judiciaire en la présente procédure.

Dans sa réponse du 13 janvier 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. En lien avec la demande d'allocation pour impotent déposée le 6 janvier 2023, il rappelle que le recourant est totalement autonome pour les actes de la vie de tous les jours, malgré le trouble de l'attention, et que l'aide nécessaire concerne les injections d'insuline, le contrôle de la glycémie et de l'alimentation. Au vu de la modification de la situation (avec le port d'une pompe à insuline depuis le 30 janvier 2023), une partie du contrôle de la glycémie et des injections se fait automatiquement, si bien que le temps de traitement est réduit. En outre, l'intéressé a suivi le cours FIT du P. \_\_\_\_\_ pour diabétiques et participe bien aux soins. S'agissant de l'opposition formée à la décision relative aux allocations spéciales AMINH du 7 octobre 2024, l'OAI précise qu'il y a lieu de rendre une décision sur opposition comme indiqué dans la décision en question en sorte qu'une décision sur opposition interviendra prochainement.

Dans sa réplique du 23 janvier 2025, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions, reprochant à l'OAI de ne pas tenir compte du rapport du 15 octobre 2024 de la Dre G. \_\_\_\_\_ et de ne pas

préciser en quoi l'utilisation de la pompe à insuline diminue la nécessité d'une surveillance constante par un adulte capable de lire ces valeurs et d'agir en conséquence, tel que cela est détaillé dans le rapport médical précité.

Dans sa duplique du 18 février 2025, l'intimé a une nouvelle fois conclu au rejet du recours, étant d'avis qu'il n'y a pas d'élément au dossier permettant de s'écarter de la lettre circulaire AI n° 443 (allocation pour impotent pour mineurs atteints de diabète) du 31 juillet 2024 élaborée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et des valeurs maximales admises, sans que le rapport du 15 octobre 2024 de la Dre G. \_\_\_\_\_ ne remette en cause sa position.

Dans ses déterminations du 24 février 2025, le recourant conteste le bien-fondé de la position de l'OAI en opposant l'existence d'un risque toujours présent chez les enfants diabétiques incapables de l'évaluer de manière autonome comme cela est décrit par la Dre G. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, il déplore l'absence de remarque particulière formulée par l'OAI sur les considérations relatives aux soins développées dans la duplique du 18 février 2025.

### **E n d r o i t :**

**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) aa)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**bb)** En l'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à une allocation d'impotence pour mineur. S'agissant du recours formé contre la décision du 7 octobre 2024 de refus de l'allocation spéciale en faveur des familles s'occupant d'un mineur en situation de handicap à domicile, il sied de constater que la décision précitée était sujette à opposition. Or, l'OAI n'a à ce stade rendu aucune décision sur opposition susceptible d'être contestée. Le recours doit par conséquent être déclaré irrecevable dans cette mesure. Compte tenu de l'acte de recours, il convient de transmettre ce document à l'OAI comme objet de sa compétence.

**b)** L'éventuel droit à une allocation pour important qui pourrait prendre naissance le 6 janvier 2022, soit douze mois avant le dépôt de la demande (cf. art. 42 al. 4 et 48 al. 1 LAI), est postérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, en sorte qu'il convient d'appliquer le nouveau droit. On relèvera, au demeurant, que 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 une allocation pour impotent.

**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.

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> (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

**b)** 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.

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

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, en raison de son infirmité (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).

L'art. 37 al. 4 RAI précise que, pour les assurés 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.

**4. 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).

**c)** Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une

seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI).

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

**e)** L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; ch. 2015 et 2017 CSI). L'aide indirecte doit être d'une certaine intensité ; une simple injonction ne suffit pas à la caractériser. Ainsi, il n'est pas suffisant de devoir dire plusieurs fois à un assuré de réaliser un acte. L'injonction doit toujours être répétée ; il faut au moins devoir contrôler l'exécution de l'acte et, en cas de besoin, intervenir (cf. ch. 2017 CSI). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin (ch. 2018 CSI ; cf. également MICHEL VALTERIO,

Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss *ad* art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

**5. 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, *op. cit.*, 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).

**6. 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).

**7. a)** 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. [...]"

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)** La lettre circulaire AI n° 443 du 31 juillet 2024 vise à uniformiser le traitement de l'allocation pour impotents mineurs atteints de diabète. Ce document, qui garantit désormais l'égalité de traitement de tous les mineurs atteints de diabète, a été élaboré par l'OFAS en accord avec la Conférence des offices AI (COAI). Le document règle la manière exacte dont l'évaluation du besoin d'aide doit être effectué par les offices AI.

**8. a)** En l'occurrence, il est incontesté que le recourant présente un diabète de type 1 diagnostiqué en septembre 2022, traité par injection basal/bolus, pour lequel il est suivi par l'Unité d'endocrino-diabétologie pédiatrique du P.\_\_\_\_\_.

L'intimé s'est fondé sur les éléments consignés dans le questionnaire de demande de prestation du 6 janvier 2023 et dans le rapport du 13 mars 2023 de l'infirmière spécialisée en charge du recourant ainsi que sur la lettre circulaire AI n° 443 de l'OFAS pour nier son droit à une allocation pour impotent. Il a considéré que l'assistance

revendiquée par le recourant pour l'accomplissement de deux actes ordinaires de la vie - « manger » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » - ne pouvait être prise en compte au titre de l'impotence, dès lors qu'au vu des éléments indiqués dans le formulaire de demande, l'intéressé était autonome pour tous les actes de la vie quotidienne, malgré le trouble de l'attention, relevant que l'aide nécessaire concernait les injections d'insuline, le contrôle de la glycémie et de l'alimentation. L'intimé a précisé que la situation s'était modifiée depuis le dépôt de la demande car le recourant portait une pompe à insuline depuis le 30 janvier 2023, si bien qu'une partie du contrôle de la glycémie se faisait automatiquement, avec pour conséquence que le temps de traitement était réduit par rapport à ce qui était indiqué dans le questionnaire initial. En outre, l'intimé a constaté que le recourant avait suivi le cours FIT du P. \_\_\_\_\_ pour diabétiques et qu'il participait bien aux soins. Par ailleurs, aucun élément dans les pièces en lien avec le trouble de l'attention n'indiquait des difficultés rencontrées par rapport au port de la pompe ou de la situation du diabète. Ainsi, en l'absence d'éléments qualitatifs aggravants et après application des valeurs maximales admises par l'OFAS, les critères pour la reconnaissance d'une allocation pour mineur impotent de l'assurance-invalidité n'étaient pas remplis. L'intimé a dès lors estimé que les soins prodigués au recourant ne pouvaient pas être qualifiés d'astreignants et qu'il ne requérait pas une surveillance personnelle permanente. Le recourant, de son côté, ne partage pas cette évaluation, et persiste à soutenir qu'il a droit à une allocation pour impotent en reprochant à l'OAI de ne pas tenir compte du rapport du 15 octobre 2024 de la Dre G. \_\_\_\_\_.

**b)** Il convient donc de déterminer si l'évaluation de l'intimé reflète adéquatement la situation du recourant et si les pièces médicales versées au dossier, ainsi que celle produite auprès de la Cour de céans, justifient de s'en écarter.

**9. a)** Relativement à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, singulièrement de l'acte « manger », le recourant a annoncé un besoin d'assistance depuis le 14 septembre 2022 pour « préparer le repas,

mesurer la glycémie, préparer la dose d'insuline, vérifier que l'enfant a mangé son repas et si le repas n'est pas terminé, il faut recalculer la glycémie et donner [des] collations en fonction du taux de glycémie ».

**b)** L'acte « manger » comprend essentiellement la capacité à couper les aliments et à se nourrir (porter les aliments à la bouche, mâcher et avaler la nourriture). Le choix des aliments et la préparation du repas ne constituent pas des fonctions partielles de l'acte en question (cf. TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 5.1 ; cf. également : MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, n. 19 *ad art.* 42 LAI, p. 602). Quoiqu'il en soit, le recourant, il ne présente aucune difficulté à réaliser l'ensemble des fonctions partielles de l'acte « manger ». Il ne remet, du reste, pas en question sa capacité à se nourrir seul.

Par ailleurs, selon la lettre circulaire AI n° 443, pour les mineurs atteints de diabète de type I, aucun besoin d'aide n'est reconnu étant entendu que les mineurs concernés ont un développement similaire à celui d'autres mineurs et n'ont besoin d'aide ni directe ni indirecte pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne.

**c)** Ainsi que l'a retenu l'intimé, la préparation des repas, y compris les pesées et les calculs, n'est pas prise en compte dans cet acte ordinaire de la vie. Cependant, la prise de glycémie et le calcul de la quantité de glucides contenue dans les aliments sont des étapes préliminaires essentielles à l'administration d'insuline avant ou après les repas ; elles sont donc indissociables et comptées comme une seule et même prestation dans la catégorie des soins.

**10. a)** Eu égard à l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », l'intimé a mis en évidence l'autonomie du recourant. De son côté, le recourant fait valoir un besoin d'aide pour « contrôler la glycémie et avoir le médicament en réserve en cas d'hypoglycémie. Surveiller l'enfant en cas d'activité sportive pour évaluer le taux de glycémie ».

**b)** Les éléments rapportés par le recourant sont manifestement insuffisants pour écarter la position de l'intimé en lien avec l'acte en cause. En effet, selon la lettre circulaire n° 443, les mineurs atteints de diabète ne sont généralement pas limités dans leurs mouvements, que ce soit à la maison ou en plein air. Ils peuvent communiquer avec leur entourage et entretenir des contacts, que ce soit à la maison, à l'école ou sur le chemin de l'école. Ils peuvent aussi jouer dehors, en faisant éventuellement l'objet d'une surveillance accrue. Il faut certes superviser plus attentivement les événements particuliers (fêtes, excursions), mais ceux-ci sont exceptionnels, et il est courant (au moins jusqu'à l'âge de 8 ans) qu'un adulte au moins soit à proximité.

Le recourant est donc également totalement autonome pour accomplir cet acte ordinaire de la vie quotidienne, et ce malgré le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité diagnostiqué le 14 octobre 2022 pour lequel il bénéficie d'un traitement depuis le mois d'avril 2024 ([TDAH] ; cf. rapport du 14 octobre 2022 de la psychologue E. \_\_\_\_\_ ; rapport du 27 mai 2024 du Dr A. \_\_\_\_\_).

**11. a)** L'intimé a chiffré le surcroît de temps consacré aux traitements à 111 minutes par jour, à savoir 80 minutes pour le contrôle de la glycémie et les 8 injections d'insuline, 30 minutes pour la pesée et le contrôle des glucides à raison de 6 fois, ainsi qu'une minute pour le changement du capteur de la pompe à insuline.

**b)** La lettre circulaire AI n° 443 mentionne le temps consacré pour l'exécution de différents soins, dont notamment 5 minutes 6 fois par jour pour la mesure de la glycémie et entre 5 et 10 minutes pour sa vérification, entre 5 et 15 minutes pour le changement de capteurs CGM, 5 minutes pour l'administration de l'insuline, entre 5 et 10 minutes pour peser les aliments et déterminer la quantité d'insuline et l'administrer.

**c)** Les valeurs retenues par la lettre circulaire précitée constituent des recommandations d'ordre général, dont il est possible de s'écarter, notamment sur la base de pièces médicales justificatives.

**aa)** Concernant les injections d'insuline, il est constant que l'assuré est au bénéfice d'une pompe à insuline depuis le 30 janvier 2023, si bien qu'une partie du contrôle de la glycémie et des injections se fait automatiquement, réduisant d'autant le temps de traitement. L'intéressé a en outre suivi le cours FIT (Insulinothérapie fonctionnelle intensifiée) au P.\_\_\_\_\_. Ce cours, destiné aux patients diabétiques de type 1, a pour but de développer des compétences par l'acquisition d'une méthode pour la gestion quotidienne du diabète et lors de situations inhabituelles.

**bb)** S'agissant du contrôle de la glycémie, il s'effectue en partie également grâce au port par l'assuré de la pompe à insuline et au suivi des cours FIT lui permettant d'accéder progressivement à une amélioration de l'équilibre métabolique, incluant une réduction significative des épisodes d'hypoglycémies. A cet égard, il convient de rappeler que les enfants diabétiques se comportent comme les autres enfants de leur âge et ont la même perception du danger, étant capables de suivre les instructions reçues pour éviter les situations d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie.

**cc)** Pour ce qui a trait au contrôle de l'alimentation, il faut convenir qu'après un certain temps, une routine s'installe ou se développe pour la pesée des aliments et le calcul de la quantité de glucides contenus dans les aliments, si bien que le temps de traitement se réduit d'autant.

**dd)** Il n'y a pas d'éléments au dossier permettant de s'écarter des indications de temps par tâches contenues dans le tableau de la lettre circulaire AI n° 443, faute d'attestation médicale allant dans ce sens. Le rapport du 15 octobre 2024 de la Dre G.\_\_\_\_\_ contient uniquement des constats généraux sur le diabète des enfants, sans expliquer pour quels motifs les indications du temps par tâche tel que mentionné dans la circulaire n° 443 ne saurait être suivi dans le cas de l'intéressé.

**d)** En définitive, en dépit de l'importance et de la régularité des soins prodigués quotidiennement à raison d'environ 1h51, le besoin de

soins permanents au sens de l'art. 37 al. 1 RAI, respectivement de soins particulièrement astreignants ressortant à l'art. 37 al. 3 RAI, ne peut pas être admis dans le cas du recourant.

**12.**        **a)** Eu égard à la question de la surveillance personnelle permanente, l'intimé n'a pas retenu de surveillance, estimant que malgré les particularités de son état de santé, le recourant n'avait pas besoin d'une surveillance aussi intense. Pour sa part, le recourant maintient, sur la base du rapport du 15 octobre 2024 de la DreG. \_\_\_\_\_ que son état de santé ne lui permet pas de rester sans surveillance.

**b)** Selon la lettre circulaire AI n° 443, bien que les parents doivent constamment garder un œil sur la glycémie de leur enfant pour pouvoir réagir si nécessaire (par exemple en lui donnant des aliments appropriés ou de l'insuline supplémentaire), les enfants atteints de diabète peuvent régulièrement s'éloigner de la supervision de leurs parents, aller à l'école ou pratiquer des loisirs avec leurs amis (par exemple jouer dehors, jouer au foot). Même si les parents veilleront à ce qu'en règle générale, quelqu'un soit présent pour reconnaître les symptômes d'une hypoglycémie et réagir en conséquence, cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent jamais quitter les enfants des yeux, ne serait-ce que pour quelques minutes. Il y a donc un certain besoin de surveillance, mais celui-ci n'est pas permanent (« intensif ») au sens de l'art. 37, al. 3, let. b, RAI. Par « surveillance personnelle permanente », on entend l'observation constante d'un assuré, qui ne saurait être interrompue plus de quelques minutes ici et là sans que cela ne cause de danger important pour la vie de l'assuré ou pour des tiers. Les enfants atteints de diabète n'ont pas besoin d'une surveillance aussi intense. En vertu de l'obligation de réduire le dommage, il convient également de prendre en compte les moyens auxiliaires numériques qui permettent de réduire le besoin de présence des parents (par exemple applications pour smartphone indiquant simplement et rapidement les valeurs pertinentes). Dans de rares cas (à partir de 6 ans), un besoin de surveillance peut être reconnu si le diabète est très instable et qu'un état comateux risquait à tout moment de survenir sans signe annonciateur.

**c)** En l'occurrence, le besoin d'une surveillance personnelle permanente (jour et nuit) du recourant du fait du contrôle constant de la glycémie ne peut pas être retenue dès lors que l'intéressé est au bénéfice d'une pompe à insuline Dash depuis le 30 janvier 2023. Le contrôle de la glycémie relève des soins et non de la surveillance. De plus, il n'y a aucun élément au dossier permettant de s'écarter de la lettre circulaire AI n° 443, le rapport du 15 octobre 2024 de la Dre G.\_\_\_\_\_ ne permettant pas de retenir un besoin de surveillance permanent. Ce rapport est très général et ne permet pas de comprendre pour quels motifs, dans le cas du recourant, il conviendrait de s'écarter de la lettre circulaire AI n° 443.

Par ailleurs, la présente affaire diffère du cas AI 71/22 - 77/2023 jugé le 18 octobre 2023 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. En effet, dans ce dossier, il a été retenu que l'absence de surveillance personnelle de la recourante était susceptible d'entraîner des conséquences graves sur sa santé, voire de mettre en péril sa vie. Ainsi, la fillette en question devait pouvoir bénéficier d'une disponibilité constante de la part d'un adulte formé (un parent ou un enseignant) pour procéder aux contrôles glycémiques quotidiens (quatorze par jour en moyenne) et intervenir en cas d'urgence ; à défaut, elle courait manifestement le risque de se mettre en danger ou de compromettre durablement sa santé, tandis qu'elle pouvait à n'importe quel moment (quotidiennement, voire plusieurs fois par jour ou par nuit) présenter une hypoglycémie ou une hyperglycémie. Cette exigence d'une disponibilité constante de l'adulte, de jour comme de nuit, correspondait manifestement à la notion de surveillance personnelle permanente développée par la jurisprudence fédérale. La recourante avait en outre besoin d'une surveillance pour assurer le maintien en place du cathéter lorsqu'elle réalisait certaines activités de la vie quotidienne (habillement et douche). Enfin, compte tenu de la technicité du matériel médical mise en exergue par son diabétologue traitant, la fillette n'était pas encore capable, vu son âge à la date de la décision querellée, de réaliser les gestes thérapeutiques adaptés à son état de santé. Une surveillance personnelle permanente, correspondant à un surcroît d'aide de deux

heures par jour, a été admis (cf. CASSO AI 71/22 - 77/2023 du 18 octobre 2023, consid. 16).

De plus, comme l'a relevé l'OAI dans sa note interne du 13 juin 2024, il n'est fait état d'aucune difficulté particulière dans les pièces produites au dossier en lien avec le trouble de l'attention par rapport au port de la pompe ou de la situation du diabète.

**d)** Il s'agit donc d'exclure que la situation du recourant justifie une surveillance personne permanente au sens requis par l'art. 37 al. 3 let. b RAI et la jurisprudence rappelée supra sous consid. 6b.

**13.** En définitive, la situation du recourant ne correspond à aucune des alternatives prévues à l'art. 37 RAI, de sorte que le droit à une allocation pour mineur impotent a été nié à juste titre par l'intimé.

**14. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 26 septembre 2024 confirmée.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, 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 contre la décision du 7 octobre 2024 relative à l'AMINH et rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est irrecevable.

- II.** L'acte du 21 octobre 2024 est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud comme objet de sa compétence.
- III.** Le recours contre la décision du 26 septembre 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est rejeté.
- IV.** La décision rendue le 26 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- V.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de A.R.\_\_\_\_\_.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap (pour A.R.\_\_\_\_\_, représenté par B.R.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :