

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2025

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B.B. _____, à [...], recourante, agissant par ses parents, **D.B.** _____ et **C.B.** _____, audit lieu, représentés par Me Lara Eggimann, avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; art. 42, 42^{bis} et 42^{ter} LAI ; art. 37 et 39 RAI.

E n f a i t :

A. B.B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] 2011, est atteinte d'un diabète de type 1 diagnostiqué au sein du Centre hospitalier H._____ en juin 2022 (cf. rapport du Service de pédiatrie du Centre hospitalier H._____ du 23 juin 2022).

L'assurée, représentée par ses parents, D.B._____ et C.B._____, a déposé une requête d'allocation pour mineur impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 février 2023. Etaient allégués un besoin d'aide accru pour réaliser trois actes ordinaires de la vie (« manger », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux »), la nécessité de soins infirmiers et médicaux, ainsi qu'une surveillance personnelle permanente.

A la demande de l'OAI, les parents de l'assurée ont détaillé, le 5 avril 2023, le temps consacré aux soins infirmiers et médicaux nécessités par leur fille, à savoir : mesure de la glycémie et injections (60 minutes par jour), désinfection du stylo à injections et de l'aiguille, ainsi que du point d'injection (12 à 18 minutes par jour), changement du capteur et désinfection de la peau (15 minutes tous les 15 jours), pesée et calcul des glucides (30 minutes par jour). Ils précisaient devoir assurer une surveillance de jour comme de nuit en cas d'hypoglycémies ou d'hyperglycémies. L'assurée avait tendance à se mettre en danger en se nourrissant ou en procédant elle-même à des injections.

Par rapport à l'OAI du 19 avril 2023, la Dre F._____, spécialiste en pédiatrie, a fait état des diagnostics de diabète insulino-dépendant de type 1, insuffisamment contrôlé, d'hypoglycémies persistantes, de thyroïdite de Hashimoto et de tentamen à l'insuline. L'assurée avait besoin d'un adulte formé, présent en permanence, pour bien mener son traitement, repérer les hypoglycémies et réagir adéquatement. Etaient annexés différents rapports du Service de pédiatrie et du Département de psychiatrie du Centre hospitalier H._____, établis

entre le 23 juin 2022 et le 14 février 2023. Il en ressortait plusieurs hospitalisations pour des hypoglycémies, ainsi qu'un tentamen à l'insuline. Un suivi psychologique avait été mis en place dès janvier 2023, étant donné que l'assurée s'était administrée volontairement des doses supplémentaires d'insuline. Le diagnostic de trouble de l'adaptation était posé, en présence d'une patiente qui acceptait difficilement la maladie (cf., en particulier, rapports des 1^{er} et 14 février 2023 du Département de psychiatrie et du Service de pédiatrie du Centre hospitalier H. _____).

Sur questions de l'OAI, la Dre J. _____, cheffe de clinique du Service de pédiatrie du Centre hospitalier H. _____, a indiqué, le 28 avril 2023, que la durée des soins médicaux et infirmiers à domicile était supérieure à deux heures par jour. Elle mentionnait un facteur aggravant, à savoir les difficultés de l'assurée à accepter sa maladie. En raison des risques d'injection volontaire d'insuline supplémentaire, les parents devaient garder l'insuline sous clé et superviser la réalisation des soins.

Par projet de décision du 1^{er} juin 2023, l'OAI a informé les parents de l'assurée de son intention de nier le droit à une allocation pour mineur impotent en faveur de leur fille. La durée moyenne des soins était supérieure à deux heures, mais sans que ne puissent être pris en compte des aspects qualitatifs aggravants. Une surveillance personnelle permanente ne pouvait être retenue, faute de mise en danger ressortant des pièces médicales.

Les parents de l'assurée ont communiqué leur désaccord avec le projet précité dans un courriel à l'OAI du 26 juin 2023, auxquels ils ont annexé une correspondance du 22 juin 2023 de la psychologue Y. _____ en charge du suivi de leur fille depuis l'annonce de son diagnostic. Cette praticienne soulignait la complexité de la prise en charge du diabète de l'assurée, du fait de son refus de soins et de comportements inappropriés (injections supplémentaires d'insuline, prise de nourriture en cachette).

L'OAI a diligenté une enquête sur l'impotence au domicile de l'assurée le 22 mai 2024. Dans son rapport du 4 juin 2024, l'enquêtrice de

l'OAI a nié un surcroît d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et le besoin d'une surveillance personnelle permanente. Elle a retenu une durée de 41 minutes par jour consacrée aux traitements (changement du capteur de la glycémie [une minute], changement du cathéter de la pompe à insuline [5 minutes] et pesée des glucides et des aliments [30 minutes]) et nié que les soins dispensés puissent être qualifiés d'astreignants.

Par décision du 13 août 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une allocation pour mineur impotent.

B. B.B._____, agissant par ses parents, représentés par Me Lara Eggimann, a déféré la décision de l'OAI du 13 août 2024 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 13 septembre 2024. Elle a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'une allocation pour impotent « à tout le moins de degré faible ». A titre subsidiaire, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Sur le fond, elle reprochait à l'OAI d'avoir constaté les faits pertinents de manière inexacte et incomplète et d'avoir fait preuve d'arbitraire dans l'appréciation des preuves. Elle estimait, pour l'essentiel, que tant les déclarations de ses parents que les précisions fournies par ses médecins traitants justifiaient la reconnaissance du droit à une allocation pour impotent. En premier lieu, les critères mis à la reconnaissance d'un besoin de surveillance personnelle permanente étaient réunis, en ce sens qu'un adulte formé à sa pathologie devait être constamment présent pour réagir en cas d'hypoglycémies ou d'hyperglycémies ; à défaut, elle courait une mise en danger potentiellement létale. En second lieu, ses médecins traitants avaient chiffré à plus de deux heures par jour le temps consacré à des soins infirmiers ou médicaux ; ces soins devaient, à son avis, être qualifiés de particulièrement astreignants dans la mesure où ils étaient aggravés tant par une énurésie que des difficultés psychologiques dans l'acceptation de la maladie. Par ailleurs, il s'agissait, de son point de vue, de reconnaître un besoin d'assistance accru pour réaliser les actes

« manger », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » eu égard à un enfant du même âge en bonne santé.

Étaient produits de nouvelles pièces, à savoir :

- un rapport établi le 4 septembre 2024 par l'infirmière spécialisée O._____ de l'Unité d'endocrinologie, diabétologie et obésité pédiatrique du Centre hospitalier H._____, laquelle constatait un équilibre glycémique très difficile à maintenir et la reprise d'une prise en charge psychologique pour assurer un suivi supplémentaire ; la résiliation de la pompe à insuline était préconisée avec le retour à une thérapie par injections, en raison de problèmes cutanés et des difficultés de l'assurée avec l'image de soi ;
- un certificat du 4 septembre 2024 de la Dre M._____, spécialiste en pédiatrie, précisant que l'assurée souffrait d'une énurésie nocturne mal contrôlée depuis l'âge de 4 ans ;
- un rapport du 9 septembre 2024 de l'infirmière O._____, laquelle soulignait que les soins duraient usuellement entre 10 et 20 minutes entre 5 et 8 fois par jour, sans compter une surveillance constante ; au titre de facteur aggravant, étaient relevées les fluctuations du métabolisme pouvant survenir en tout temps ; un plan de traitement structuré était indispensable à vie au risque de complications potentiellement graves.

Dans sa réponse du 17 octobre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à la teneur du rapport d'enquête du 4 juin 2024 et aux directives administratives émises par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en lien avec les assurés mineurs atteints de diabète de type 1.

Par réplique du 21 novembre 2024, l'assurée a maintenu ses conclusions et réitéré l'essentiel de ses griefs, soulignant notamment que le rapport d'enquête du 4 juin 2024, sur lequel se fondait l'OAI, ne prenait pas en considération la résiliation de la pompe à insuline depuis l'été 2024 et le recours à des stylos à insuline. Or ceux-ci n'étaient pas à sa portée, compte tenu de ses antécédents de tentamen à l'insuline, et devaient lui

être transmis par un adulte dont la présence permanente était indispensable de jour comme de nuit. Elle continuait par ailleurs son suivi psychologique, étant donné l'inadéquation de ses comportements (prise de nourriture en cachette ou rejet de quantités mesurées de nourriture). Elle a requis, à titre de moyens de preuve, son audition, celle de ses parents, ainsi que celle de sa maîtresse de classe, de l'infirmière scolaire et de la secrétaire de l'établissement où elle était scolarisée. Par ailleurs, elle s'est prévaluée des nouvelles pièces suivantes :

- une attestation du 1^{er} octobre 2024 de l'infirmière O._____, confirmant la résiliation de la pompe à insuline et la mise en œuvre d'une prise en charge thérapeutique alternative ;
- une attestation du 18 novembre 2024 de l'infirmière O._____, certifiant que l'assurée avait été placée sous thérapie par stylo injecteur depuis mai 2024 ;
- la liste des absences de l'assurée au sein de son établissement scolaire pour des raisons de santé ;
- une attestation du 21 novembre 2024 de la psychologue L._____ du Service de pédiatrie du Centre hospitalier H._____, laquelle certifiait que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychologique dans le contexte de la prise en charge de son diabète.

L'OAI a confirmé ses conclusions par duplicata du 16 décembre 2024, renvoyant aux directives administratives régissant son activité.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances

compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

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

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.

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

5. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et

que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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

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

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

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

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

6. a) Les mineurs ayant droit à une allocation pour impotent, qui ne séjournent pas dans un home, mais qui ont besoin de soins intenses, ont droit à un supplément pour soins intenses (art. 42^{ter} al. 3, 1^{ère} phrase, LAI ; art. 36 al. 2 et 39 RAI) Ce supplément n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1).

b) Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a, en outre, besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de quatre heures (art. 39 al. 1 RAI). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose ainsi sur une appréciation temporelle de la situation (TF 9C_350/2014 précité consid. 4.2.3).

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

7. 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^{er} 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).

8. 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).

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

b) Cette surveillance permanente ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base (TF 8C_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.5 et les références citées). Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. 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^{ter} LAI, p. 638).

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

- l'enfant pourrait se mettre en danger ou constituer un danger pour des tiers ; la situation de danger et le besoin de surveillance doivent subsister malgré les mesures prises pour réduire le dommage ;
- la surveillance personnelle se caractérise par une certaine intensité, qui dépasse le besoin de surveillance d'un enfant du même âge ne souffrant d'aucun handicap (TF 9C_431/2008 du 26 février 2009 consid. 4.4 ; cf. ch. 5024 CSI).

10. 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.

11. Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et

de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

12. a) Dans le cas particulier, il est incontesté que la recourante présente un diabète de type 1 diagnostiqué en juin 2022, en sus d'une énurésie nocturne depuis l'âge de 4 ans et de difficultés psychologiques consécutives à l'annonce du diagnostic de sa maladie. L'intimé s'est fondé essentiellement sur les observations consignées dans le rapport d'enquête sur l'impotence du 4 juin 2024 et 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 la recourante pour l'accomplissement de trois actes ordinaires de la vie - « manger », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » - ne pouvait être prise en compte au titre de l'impotence, faute de régularité et d'importance. Il a également estimé que les soins prodigués à la recourante ne pouvaient être qualifiés d'astreignants et qu'elle ne requérait pas une surveillance personnelle permanente. La recourante, de son côté, estime que les pièces médicales et les déclarations de ses parents ont été insuffisamment et arbitrairement prises en considération, tout particulièrement s'agissant des soins et de la surveillance personnelle.

b) Il convient donc de déterminer si l'évaluation de l'enquêtrice de l'intimé reflète adéquatement la situation de la recourante et si les pièces médicales versées au dossier, ainsi que celles produites auprès de la Cour de céans, justifient de s'écarter du rapport d'enquête du 4 juin 2024.

13. a) Relativement à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, singulièrement de l'acte « manger », l'intimé a rapporté que la recourante était autonome pour réaliser cet acte, en dépit d'une

surveillance nécessitée du fait de ses grignotages. Les parents devaient procéder à la pesée des glucides à chaque repas, ce qui était pris en compte au titre des traitements. L'aide dispensée à la recourante ne revêtait pas un caractère important. La recourante rappelle, de son côté, qu'en sus de la pesée des glucides, sa mère doit procéder au contrôle de la glycémie toutes les deux heures, en sus de veiller à ses problèmes de comportement (injections d'insuline et prise de nourriture en cachette).

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^{er} juin 2015 consid. 5.1 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°19 ad art. 42 LAI, p. 602). Quoi que soutienne la recourante, elle ne présente aucune difficulté à réaliser l'ensemble des fonctions partielles de l'acte « manger ». Elle ne remet du reste pas en question sa capacité à se nourrir seule. En outre, ainsi que l'a indiqué l'intimé, la pesée des glucides entre dans la catégorie des soins ou des traitements et ne constitue pas une fonction partielle de l'acte « manger ».

14. a) Concernant l'acte « aller aux toilettes », revendiqué en raison de l'énurésie nocturne affectant la recourante, l'intimé a retenu que celle-ci était en mesure de se rendre seule aux toilettes. Ses parents la réveillaient une fois par nuit à cette fin. Un urologue lui avait prescrit un traitement et un « schéma WC » pour éviter les incontinences nocturnes. La recourante ne se conformait pas à ce schéma et refusait de porter des pants depuis l'âge de huit ans. La recourante souligne, pour sa part, que des incontinences se produisent toutes les nuits, voire plusieurs fois par nuit.

b) En l'occurrence, il convient de se rallier à l'appréciation de l'intimé eu égard à la réalisation de l'acte concerné. L'aide prodiguée par les parents ne saurait être qualifiée de régulière ou d'importante, dans la mesure où la recourante pourrait remédier aux incontinences urinaires

nocturnes par le port de pants et en se conformant aux prescriptions de son urologue. Au surplus, elle ne rencontre aucune difficulté à se rendre aux toilettes seule et à faire ses besoins sans l'assistance d'autrui, de sorte qu'aucune impotence ne peut être retenue pour l'accomplissement de l'acte concerné.

15. a) Eu égard à l'acte « se déplacer/ entretenir des contacts sociaux », l'intimé a mis en évidence l'autonomie de la recourante. Il a constaté que celle-ci se rendait seule en classe, ainsi qu'aux activités sportives et aux sorties avec les enfants de son âge, en utilisant les transports publics. Quant à la recourante, elle souligne que ses parents doivent intervenir en cas de problèmes liés au diabète (hyperglycémies ou hypoglycémies).

b) Les éléments rapportés par la recourante sont manifestement insuffisants pour écarter la position de l'intimé en lien avec l'acte en cause. On retient en effet que la recourante est en mesure de se déplacer dans la même mesure que tout enfant du même âge en bonne santé et que les problèmes liés au diabète ne l'entravent pas de manière régulière ou importante dans ce contexte. La recourante est au surplus capable de requérir de l'aide lorsque des hypoglycémies ou des hyperglycémies justifient l'intervention de tiers.

16. a) Sous la rubrique des traitements et des soins, l'enquêtrice de l'intimé a tenu compte des mesures de la glycémie, de la pesée des glucides et des aliments, ainsi que des changements de capteur et de cathéter de la pompe à insuline. Le surcroît de temps consacré aux traitements était chiffré à 41 minutes, sans que les soins dispensés ne soient qualifiés de particulièrement astreignants. La recourante relève, pour sa part, que les pièces médicales font état de soins de plus de deux heures par jour, lesquels seraient amplifiés de facteurs aggravants. Elle se prévaut, en particulier, des rapports de la Dre J._____ du Service de pédiatrie du Centre hospitalier H._____ du 28 avril 2023, ainsi que de ceux de l'infirmière O._____ des 4 et 9 septembre 2024. La Dre J._____ estimait que la recourante nécessitait des soins d'une durée

moyenne supérieure à deux heures, aggravés par ses difficultés psychologiques à accepter la maladie. L'infirmière O. _____ relevait, pour sa part, que les soins duraient entre 10 et 20 minutes et devaient être dispensés entre 5 et 8 fois par jour ; les fluctuations imprévisibles du métabolisme constituaient, à son avis, un facteur aggravant. La recourante rappelle également souffrir d'énurésie depuis l'âge de quatre ans et de problèmes psychologiques. Elle signale enfin que le rapport d'enquête du 4 juin 2024 ne reflète pas sa situation effective, dans la mesure où elle a dû renoncer à la pompe à insuline et reprendre une thérapie par stylo injecteur depuis mai 2024 (cf., également, l'attestation de l'infirmière O. _____ du 18 novembre 2024).

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, 5 minutes pour l'administration de l'insuline, 10 minutes pour compenser une hyperglycémie, 30 secondes pour traiter une hypoglycémie, entre 30 secondes et 10 minutes pour réagir aux signaux d'alarme de jour comme de nuit, entre 5 et 10 minutes pour vérifier la glycémie, peser les aliments, déterminer la quantité d'insuline nécessaire 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. En l'espèce, on retiendra, au vu des avis médicaux et infirmiers convergents, que les soins dispensés à la recourante excèdent en général deux heures par jour. Cela étant, on ne saurait qualifier ces soins de particulièrement astreignants au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI.

aa) Quoi que soutienne la recourante, l'énurésie dont elle est affectée depuis la petite enfance ne peut être considérée comme un facteur aggravant qui justifierait la reconnaissance de soins particulièrement astreignants. Il apparaît en effet exigible de la recourante qu'elle se conforme aux recommandations de son urologue pour éviter des incontinenances nocturnes. L'utilisation de pants constitue également une

mesure exigible pour pallier les désagréments de l'énurésie. Ces mesures n'engendrent pas un temps supplémentaire ou des coûts importants, ni ne s'avèrent particulièrement contraignantes, de sorte qu'elles ne peuvent être prises en compte au titre de l'art. 37 al. 3 let. c RAI.

bb) S'agissant des difficultés d'ordre psychologique que la recourante rencontre depuis l'annonce du diagnostic de sa maladie, la prise en charge de ces difficultés a connu un suivi spécialisé interrompu au printemps 2024 en raison de la fin d'activité de la psychologue Y. _____ avant d'être repris en septembre 2024 par la psychologue L. _____ (cf. mémoire de recours du 13 septembre 2024 p. 11 et 12 ; rapport d'enquête sur l'impotence du 4 juin 2024). A l'instar de l'intimé, on observe que ce suivi, même morcelé, a néanmoins permis d'éviter de nouvelles hospitalisations, la dernière en date remontant à février 2023 au Centre hospitalier H. _____ en raison d'un tentamen à l'insuline. Un diagnostic de trouble de l'adaptation a été posé, pour lequel un traitement par anxiolytiques a été introduit (cf. rapports des 1^{er} et 14 février 2023 du Département de psychiatrie et du Service de pédiatrie du Centre hospitalier H. _____). Etant donné les traitements à disposition de la recourante et l'exigibilité de leur suivi continu, il n'y a pas lieu de considérer que ses problèmes psychologiques soient d'une gravité telle qu'ils constituent un facteur durablement aggravant aux soins dispensés contre le diabète. On peut en effet retenir que ces difficultés englobées sous le diagnostic d'un trouble de l'adaptation revêtent un caractère passager, consécutif à l'annonce de la maladie, et qu'elles sont susceptibles de s'amender pour autant que la recourante poursuive le suivi spécialisé.

d) On ajoutera que la modification du schéma thérapeutique (abandon de la pompe à insuline et reprise de la thérapie par stylos injecteurs) ne suffit pas à invalider les conclusions du rapport d'enquête du 4 juin 2024 en matière de soins. Ce nouveau schéma, postérieur à l'enquête en question, apparaît en revanche nécessiter moins de temps, étant donné qu'il n'y a plus lieu de procéder à des changements de

capteur ou de cathéter, ni de porter une attention particulière au traitement cutané.

e) En définitive, en dépit de l'importance et de la régularité des soins prodigués quotidiennement à la recourante, on peut exclure que ceux-ci revêtent un caractère particulièrement astreignant, faute de facteur aggravant qualitativement et quantitativement.

17. a) Eu égard à la question de la surveillance personnelle permanente, l'enquêtrice de l'intimé a écarté un tel besoin dans son rapport d'enquête du 4 juin 2024. Elle a relevé que la recourante pouvait rester seule à domicile durant une ou deux heures ; elle sortait seule dans le quartier et prenait seule les transports publics, munie de son téléphone portable pour contacter ses parents en cas de besoin. La recourante comprenait les enjeux de son traitement et d'une alimentation adéquate, en dépit de ses écarts et du non-respect ponctuel des conseils diététiques. Malgré les particularités de son état de santé, elle se consacrait à des activités usuelles pour son âge, sans qu'un adulte ne soit en permanence auprès d'elle. Pour sa part, la recourante souligne l'important investissement de ses parents, notamment pour les contrôles quotidiens de la glycémie et la gestion d'éventuelles urgences pouvant survenir de jour comme de nuit, rappelant également la nécessité de contrôler ses prises alimentaires, ainsi que de veiller à ce qu'elle ne commette pas d'écarts. A défaut de cette surveillance, elle courrait le risque de se mettre gravement en danger.

b) Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu de prendre en considération l'exigence d'une disponibilité constante de l'adulte, de jour comme de nuit. La recourante est capable de passer du temps seule tant à domicile qu'à l'extérieur et de solliciter ses parents uniquement en cas de réelle urgence. Même si des hyperglycémies ou des hypoglycémies sont susceptibles de survenir quotidiennement, il n'empêche que la recourante est en mesure de réagir adéquatement par des appels à l'aide en cas d'urgence. La recourante ne remet pas en question avoir compris les enjeux du suivi méthodique de ses traitement

et, à la date de la décision querellée, a atteint l'âge auquel les jeunes assurés diabétiques sont capables d'assumer les conséquences de leur maladie. On ajoutera que le cas particulier diverge sensiblement de celui tranché par la Cour de céans le 18 octobre 2023 en la cause AI 71/22 - 77/2023 (dont se prévaut la recourante) en raison du jeune âge de l'assurée concernée dans cet arrêt.

c) Il s'agit donc d'exclure que la situation de la recourante justifie une surveillance personnelle permanente au sens requis par l'art. 37 al. 3 let. b RAI et la jurisprudence rappelée supra sous consid. 9b.

18. a) En définitive, la situation de la recourante 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.

b) On ajoutera que la Cour de céans est suffisamment renseignée en l'état du dossier pour trancher la présente cause, de sorte que les mesures d'instruction sollicitée par la recourante (audition de témoins) peuvent être rejetées par appréciation anticipée des preuves (cf. sur cette question : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

19. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 13 août 2024 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^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 19 septembre 2024.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Lara Eggimann, à compter du 13 septembre 2024 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 4 février 2025, Me Eggimann a chiffré à 29,45 heures (soit 29 heures et 27 minutes) le temps consacré au dossier de la recourante, ce qui entre globalement dans le cadre matériel et temporel de son mandat. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ), auxquels s'ajoutent des débours à concurrence de 265 fr. 05 et la TVA au taux de 8,1 % à hauteur de 450 fr. 85, il y a lieu de prendre en considération un total de 6'016 fr. 90 pour l'ensemble des activités déployées. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC applicable sur renvoi).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle demeure tenue de rembourser la somme de 6'616 fr. 90 (600 fr. + 6'016 fr. 90), dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 13 août 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office du conseil de la recourante est arrêtée à 6'016 fr. 90 (six mille seize francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Lara Eggimann, à Lausanne (pour B.B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :