

VD_GERICHTE ZD24.047163 vom 15. August 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.047163

FR: VD_GERICHTE ZD24.047163 du 15 août 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.047163 del 15 agosto 2025

Erwägungen

E. 2

Joindre les affaires relevant des décisions du 26 septembre et du

E. 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 ?

- 6 - 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.

- 7 - 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. Finalement, 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

- 8 - 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

- 9 - 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 impotent 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 1er janvier 2022, en sorte qu'il convient d'appliquer le nouveau droit. On relèvera, au demeurant, que l'entrée en vigueur le 1er 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,

- 10 - RO 2021 706) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent. 3. a) Aux termes de l'art. 9 LPGa, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Selon l'art. 42 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. 42bis (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

- 11 - 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 1er 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

- 12 - 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,

- 13 - 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.

- 14 - 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

E. 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

- 15 - 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. 42ter 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

- 16 - 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

E. 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.

- 22 - 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

- 23 - 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.

E. 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.

E. 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. 1bis 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.