

VS_GERICHTE S1 23 18 vom 30. Juni 2025

VS Kantonsgericht, 2025-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 23 18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_18)

FR: VS_GERICHTE S1 23 18 du 30 juin 2025

IT: VS_GERICHTE S1 23 18 del 30 giugno 2025

Regeste

S1 23 18 ARRÊT DU 30 JUIN 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Dr Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Alice Vanay, greffière en la cause A.____, recourant, représenté par Maître Carole Melly-Basili, avocate, Sierre contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 9 et 43 LPGA, art. 42 et 42bis LAI, art. 37 et 39 RAI ; mineur atteint de diabète, allocation d'impotence pour mineurs, supplément pour soins intenses, devoir d'instruction de l'assureur)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

E. 1.2

Posté le 30 janvier 2023, le présent recours contre la décision du 14 décembre 2022 précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA, art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 81a al. 1 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2.1

Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où l'OAI ne lui a pas communiqué le rapport du 18 novembre 2022 du Dr F.____ du SMR avant de rendre la décision attaquée.

E. 2.2

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'article 4 aCst. et qui s'applique également à l'article 29 alinéa 2 Cst. (ATF 127 I 56 consid. 2b ; 127 III 578 consid. 2c ; 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; 124 V 181 consid. 1a). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production

de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (ATF 128 V 278 consid. 5b/bb et les références). Le droit d'être entendu peut être exercé à tout moment par les parties, qui peuvent notamment exiger en tout temps la consultation du dossier et faire valoir leur point de vue en cours d'instruction déjà (DUPONT, in : DUPONT/MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, N 10 ad art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu n'entraîne toutefois pas, pour les parties, la garantie de

- 9 - pouvoir être entendues de manière illimitée dans le temps, ni de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent. L'assureur social est en effet fondé à apprécier de manière anticipée les preuves d'ores et déjà réunies et, sous réserve d'une décision arbitraire, d'estimer que les nouveaux éléments requis ne sont pas de nature à influencer sa décision (DUPONT, op. cit., N 11 ad art. 42 LPGA). De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 2ème éd., 2006, n. 1346 ; cf. également ATF 134 V 97). Toutefois, selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut être considérée comme réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_240/2024 du 28 avril 2024, consid. 2.1).

E. 2.3

En l'espèce, le recourant s'est déterminé de manière circonstanciée sur le projet de décision de l'OAI du 17 mai 2022 par l'intermédiaire de son avocate en date du 13 juin 2022. Le Dr B.____ a également fait part de ses objections par courrier du 4 juillet 2022. L'intéressé a ainsi été pleinement en mesure de se déterminer sur le projet visant à lui refuser une allocation pour impotent. Le Dr F.____ a certes pris position une nouvelle fois le 18 novembre 2022, mais il ne ressort pas de ce rapport des éléments nouveaux importants qui justifieraient un renvoi de la cause à l'administration au motif d'une violation du droit d'être entendu. Il convient également de ne pas perdre de vue que la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen et que le recourant a pu développer ses arguments à l'encontre du rapport du médecin du SMR, tant dans le cadre de son recours du 20 janvier 2023 que dans sa réplique du 29 mai suivant. Le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu se révèle ainsi mal fondé.

E. 3.1

Sur le fond, le litige porte sur l'octroi d'une allocation pour impotent au recourant, ainsi que d'un supplément pour soins intenses.

E. 3.2

Est considéré impotent l'assuré qui, en raison d'une atteinte à sa 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 qu'il ne peut pas accomplir seul (art. 9 LPGA). Selon l'article 42 alinéa 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur

- 10 - résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'article 37

alinéa 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (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'article 37 alinéa 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; b. 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, ou c. 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'article 38. Conformément à l'article 37 alinéa 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ; b. d'une surveillance personnelle permanente ; c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré ; d. 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, ou e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'article 38. 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 et en bonne santé (art. 37 al. 4 RAI).

- 11 -

E. 3.3

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. 42ter al. 3, 1ère 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.3). 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).

E. 3.4

Selon une jurisprudence constante (ATF 133 V 450 consid. 7.2 et 127 V 94 consid. 3c), 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. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

- 12 - 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI). 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). 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 (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 ; 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).

E. 3.5

Les soins permanents au sens de l'article 37 alinéa 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

- 13 - 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 ; ch. 2058 ss CSI ; VALTERIO, op. cit., n° 42 ad. art. 42 LAI, p. 611). Il convient de distinguer des soins permanents susmentionnés la notion de soins particulièrement astreignants ressortant de l'article 37 alinéa 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.3; ch. 2063 ss CSI ; VALTERIO, op. cit., n° 47 ad art. 42 LAI, p. 613).

E. 3.6

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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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

- 14 - de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. 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 ou temporaire, 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. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et 9C_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.4 ; ch. 5022 ss CSI ; VALTERIO, op. cit., n° 33 à 35 ad. art. 42 LAI, p. 611, et n° 10 ad art. 42ter LAI, p. 638). En principe, un besoin de surveillance personnelle n'est pas reconnu avant l'âge de six ans, puisqu'un enfant en bonne santé a également besoin de surveillance jusqu'à cet âge. Une surveillance personnelle peut entrer en ligne de compte exceptionnellement dès l'âge de quatre ans (enfants autistes ou épileptiques ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_393/2021 du 13 octobre 2021 consid. 3.2 ; Annexe 2 CSI). La surveillance permanente est considérée comme particulièrement intense lorsqu'on exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante. Cela signifie que cette personne doit se trouver en permanence auprès de l'assuré, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce dernier ou provoquer des dommages considérables à des tiers ou des objets. En raison de la nécessité d'assurer cette surveillance en permanence, la personne qui en est chargée ne peut guère se consacrer

- 15 - à d'autres activités (arrêt du Tribunal fédéral 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2 ; ch. 5025 CSI). La jurisprudence – essentiellement cantonale – en la matière n'est pas uniforme. Dans un arrêt du 4 septembre 2022, le Tribunal administratif du canton de Berne a admis, dans le cas d'un enfant souffrant de diabète de type 1 âgé de moins de six ans au moment de la décision de l'AI, le critère de la surveillance personnelle, ouvrant ainsi le droit à une allocation pour impotent de degré faible au sens de l'article 37 alinéa 3 lettre b RAI (arrêt 200.2021.840 AI publié dans JAB 2023 p. 128). Par décision du 17 mars 2023, le Tribunal des assurances du canton d'Argovie a quant à lui considéré que la condition de la surveillance personnelle n'était pas remplie dans le cas d'un assuré se trouvant dans une situation similaire (arrêt VBE.2022.88 consid. 5.2.3). Le Tribunal fédéral n'a pas invalidé cette décision, laissant toutefois ouverte la question de savoir si les enfants atteints de diabète de type 1 pouvaient être assimilés aux enfants atteints d'autisme infantile ou à ceux souffrant d'épilepsie non contrôlable par médication, pour lesquels un besoin de surveillance personnelle peut être reconnu, selon le degré de gravité et la situation, dès l'âge de 4 ans (arrêt du Tribunal fédéral 8C_195/2023 du 5 mars 2024 consid. 5.2.2 ; Annexe 2 CSI). La situation n'est pas plus claire pour les enfants atteints de diabète de type 1 ayant dépassé l'âge de 6 ans au moment de la décision de l'AI. En effet, le Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall a considéré que dans un tel cas, la surveillance personnelle n'avait pas une intensité suffisante pour entrer dans le champ d'application de l'article 37 alinéa 3 lettre b RAI (arrêt IV 2022/58 du 27 octobre 2022 consid. 3.4, confirmé sur ce point par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2022 du 5 mars 2024 consid. 6.6). La première Chambre du Tribunal administratif du canton de Schwyz est arrivée à la même conclusion dans une décision I 2023 24 du 12 novembre 2024 (consid. 6, étant précisé qu'elle fait référence à la circulaire AI N° 443 de l'OFAS s'agissant spécialement de la question des soins particulièrement astreignants). En revanche, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a jugé, le 18 octobre 2023, qu'une situation similaire correspondait manifestement à la notion de surveillance personnelle permanente (arrêt AI 72/22 – 277/2023 consid. 16b).

E. 3.7

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante

- 16 - suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c). Pour se déterminer sur l'existence d'une impotence, l'autorité doit disposer d'informations venant de médecins et d'autres collaborateurs spécialisés (Pratique VSI 6/2000 p. 324 ss), ce qui nécessite une collaboration étroite entre les médecins et l'autorité. Le médecin doit indiquer dans quelle mesure l'assuré est limité dans ses fonctions psychiques et physiques par son handicap. Quant à l'autorité, elle procède à des examens sur place. Elle doit tenir compte de toutes les particularités du cas, ce qui implique nécessairement la prise de connaissance des avis des médecins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances sociales I 54/00 du 7 mai 2001 consid. 2). 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 (art. 69 al. 2

- 17 - RAI). 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. 6.1 et 6.2). Cette retenue découle en particulier du fait que la personne chargée du

rapport d'enquête bénéficie de connaissances spécialisées et est plus proche des circonstances concrètes du cas d'espèce que le tribunal compétent en cas de recours (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et 130 V 61 consid. 6.2). Cette jurisprudence s'applique par analogie aux rapports d'enquête effectués lors de l'évaluation du droit à une allocation pour impotent, à un supplément pour soins intenses, à un moyen auxiliaire ou à une contribution d'assistance. Pour réunir les éléments utiles à l'évaluation de la prestation, une collaboration étroite et complémentaire entre le médecin et l'administration est nécessaire (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et 130 V 61 consid. 6.2).

E. 3.8

Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur, ni de l'assuré, de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. En outre, l'assureur peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 du 31 mars 2014 consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée de la pertinence de cet acte d'instruction, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier

- 18 - son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

E. 4.1

En l'occurrence, l'intimé ne tient compte, dans sa décision du 14 décembre 2022, que de l'avis du Dr F.____, spécialiste FMH en pédiatrie. Le rapport d'enquête d'impotence pour mineurs établi le 30 juin 2021 n'a pas été jugé probant par le médecin du SMR et a donc été écarté, bien qu'il y soit tout de même ponctuellement fait référence dans la décision du 14 décembre 2022, notamment en ce qui concerne l'examen des actes ordinaires de la vie. De même, l'avis du Dr C.____, qui validait le rapport d'enquête précité, n'a pas été pris en considération, sans que la raison de cette omission ne soit précisée. Le Dr F.____, dans ses avis des 4 avril 2022 et 18 novembre suivant, contredit le Dr B.____, sans réellement expliquer les raisons médicales pour lesquelles l'appréciation de ce dernier ne saurait être suivie. Le médecin du SMR raisonne en partie par rapport aux anciennes méthodes de contrôle du diabète, indiquant notamment que des générations d'enfants diabétiques avaient pu aller à l'école sans qu'un adulte doivent être en permanence disponible sur appel. Les contrôles du taux de glycémie se faisaient aux moments des repas et en cas d'apparition de symptômes, et non pas de façon continue au moyen d'appareils automatiques – qui génèrent beaucoup de fausses alertes nécessitant tout de même une évaluation – comme c'est la norme de nos jours. Il en résulte que ce sont ces nouvelles technologies, et non pas le diabète en lui-même, lequel n'a pas évolué, qui génèrent du travail supplémentaire à

l'entourage des enfants atteints de diabète de type 1. Cette forme de thérapie étant reconnue, appropriée et économique, ce raisonnement n'est pas pertinent. Le Dr F.____ argumente en outre, d'une façon toute générale, que d'après l'expérience, les indications des parents d'une personne assurée ont tendance à être élevées et à augmenter en cours d'instruction. Il ajoute que dans le cas d'espèce, le compte-rendu de la charge de travail quotidienne établi par les parents de l'intéressé abouti à un résultat si élevé qu'il n'est pas compatible avec le fait que l'enfant passe du temps hors du cadre protégé de la famille, notamment en se rendant à la crèche ou à l'école. Il ne se détermine toutefois pas de façon argumentée sur chacune des tâches avancées par les parents de l'assuré en expliquant, cas échéant, pourquoi et dans quelle mesure elles doivent être réduites ou exclues. De même, l'OAI se contente d'indiquer sans plus d'explications que les déclarations des parents du recourant au sujet du temps consacré aux soins sont empreintes d'une part

- 19 - de subjectivité, alors même qu'elles avaient été validées par l'enquêteur à domicile, et ne s'avèrent pas entièrement justifiées selon le SMR. Aux termes de l'article 43 alinéa 1 LPGA, l'obligation d'établir les faits incombe à l'assureur social. En l'espèce, les contradictions manifestes entre les rapports des deux médecins du SMR consultés, ainsi que l'appréciation médicale motivée du Dr B.____, spécialiste en diabétologie, sont à même de laisser subsister des doutes suffisants quant à la pertinence et à la valeur probante de l'avis du Dr F.____, lequel ne s'est en outre pas prononcé sur les risques de complications liés à une intervention « lente » tels que décrits par le diabétologue traitant de l'assuré, de sorte que l'affaire ne peut pas être jugée de manière définitive sur cette seule base. La présente cause doit dès lors être renvoyée à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction.

E. 4.2

Ce faisant, l'intimé tiendra compte des éléments suivants :

E. 4.2.1

Dans un premier temps, l'OAI a refusé de considérer que l'assuré avait besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, ainsi que pour aller aux toilettes. Il estime que pour ces deux actes ordinaires de la vie quotidienne, l'assuré nécessite simplement un peu plus d'attention qu'un enfant du même âge ne présentant pas d'atteinte à la santé, afin de ne pas déplacer ou enlever les capteurs qu'il porte sur l'épaule ou l'aiguille d'injection d'insuline situé sur sa fesse. Ce besoin d'aide, certes inhabituel et régulier, ne pourrait toutefois pas être qualifié d'important au sens de la jurisprudence. Il ressort cependant de l'Annexe 2 CSI qu'à 5 ans, un enfant peut en général s'habiller et se déshabiller seul, ce qui n'est pas le cas de l'assuré âgé de 5 ans et 7 mois au moment de la décision attaquée. De même, l'assuré porte encore des couches la nuit, celles-ci débordant d'ailleurs régulièrement ce qui impose à chaque fois de changer son lit, alors que selon l'Annexe 2 CSI, les couches ne sont plus nécessaires la nuit dès de 4 ans étant donnée qu'en général, les enfants de cet âge ne « mouillent » plus. Ces éléments n'ayant semble-t-il pas été pleinement considérés dans l'analyse de l'intimé, il s'agira de palier à ce manquement dans le cadre du renvoi.

E. 4.2.2

L'intimé admet qu'il existe un certain besoin de surveillance, tout en précisant que cette dernière ne saurait être qualifiée de permanente et ne remplit pas le critère d'intensité nécessaire à la reconnaissance d'une impotence de degré faible au sens de l'article 37 alinéa 3 lettre b RAI. Le recourant maintient au contraire qu'une instruction faite dans les règles de l'art aurait permis de déterminer qu'il nécessite une surveillance personnelle permanente

dès lors qu'il peut faire des crises à tout moment, auquel cas il faut agir dans la minute pour éviter d'éventuelles séquelles futures au cerveau. Les

- 20 - parents de l'intéressé doivent dès lors être en mesure d'intervenir à brève échéance à tout moment du jour et de la nuit. Pour rappel, la nécessité d'une aide et d'une surveillance personnelle doit être évaluée objectivement, en fonction de l'état de l'assuré. De surcroît, il est important que la surveillance ne se résume pas à la simple présence d'une personne chargée de celle-ci, mais qu'elle soit liée à des actes actifs (arrêts du Tribunal fédéral 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1, 9C_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.1.1 et les références). Selon les annexes 2 et 3 CSI, aucun besoin de surveillance personnelle n'est toutefois reconnu avant l'âge de 6 ans, puisque les enfants en bonne santé ont également besoin de surveillance avant cet âge. Le Tribunal fédéral a néanmoins confirmé qu'une surveillance peut entrer en ligne de compte à titre exceptionnel dès 4 ans, notamment pour les enfants autistes et pour ceux souffrant de fréquentes crises d'épilepsie ou d'absences (arrêts du Tribunal fédéral 8C_393/2021 du 13 octobre 2021 consid. 3.2.2.3 et 9C_431/2008 du 26 février 2009 consid. 4.4.1 ; Annexes 2 et 3 CSI). Il convient ici de préciser que ces circulaires constituent des ordonnances administratives qui ne créent pas de nouvelles règles de droit et ne lient pas le juge des assurances sociales. Ce dernier doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans le cas d'espèce. En revanche, il doit s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et 129 V 205 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 174/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.4 et les références). Au vu notamment des jurisprudences contradictoires mentionnées plus haut (cf. consid. 3.6), force est de constater qu'il n'est pas possible de trancher schématiquement la question de la surveillance personnelle permanente des enfants atteints de diabète de type 1. Il faut plutôt prendre en considération les circonstances spécifiques de chaque cas particulier et apprécier en conséquence le réel besoin de l'assuré. Il est dès lors essentiel que l'évaluation des différents aspects de l'impotence puisse s'appuyer sur des données médicales objectives, venant de médecins et d'autres collaborateurs spécialisés. S'il ressort du dossier de la cause qu'une personne formée doit être en permanence joignable et disponible pour intervenir rapidement en cas de crise d'hyper- ou d'hypoglycémie, la charge de travail concrète n'est pas clairement déterminée. Le dossier n'établit notamment pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, quelle est la part active de la surveillance, en particulier la fréquence des interventions diurnes et nocturnes, ni dans quel délai il est nécessaire d'agir pour éviter d'éventuelles

- 21 - conséquences tardives sur la santé de l'enfant diabétique, voire un danger de mort. En outre, l'impact tant positif (que négatif de l'utilisation d'appareils électroniques permettant en particulier des mesures automatiques et constantes du glucose n'a pas été suffisamment clarifié. Ces points devront aussi être investigués plus en avant lors du renvoi.

E. 4.2.3

Sont également litigieuses les questions des soins particulièrement astreignants au sens de l'article 37 alinéa 3 lettre c RAI, et du supplément pour soins intenses au sens de l'article 39 RAI. Ces deux notions ont en commun, comme composante centrale, un critère de durée. En effet, les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons, lesquelles peuvent être d'ordre qualitatif mais doivent nécessairement aussi être d'ordre quantitatif et dépasser une certaine limite de temps (ch. 2063 CSI et la référence). Quant au supplément

pour soins intenses, il en existe trois degrés en fonction de la durée de l'assistance et de la surveillance supplémentaire nécessaire, en comparaison avec un enfant du même âge en bonne santé (ch. 5005 CSI). Or, comme mentionné au considérant 4.2.1 ci-dessus, les éléments de durée n'ont pas été établis à satisfaction de droit dans le cas d'espèce. Ainsi, il n'est pas possible de se déterminer, sur la base des éléments au dossier, sur la durée des soins et sur le surcroît de temps pour l'assistance et la surveillance, et d'apprécier, sur cette base-là, si le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré faible, respectivement à un supplément pour soins intenses. Sur ce point également, le rapport du médecin du SMR se révèle lacunaire et doit être complété dans le cadre du renvoi.

E. 4.3

En définitive, le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Après avoir procédé à une nouvelle enquête à domicile établissant notamment un tableau selon la circulaire AI N° 443 de l'OFAS et après avoir interpellé le Dr B.____ afin qu'il confirme ou infirme les éléments dudit tableau, l'intimé soumettra l'intégralité du dossier de l'assuré à un spécialiste externe à l'assurance expérimenté dans le traitement du diabète de type 1 chez les enfants afin qu'il prenne position sur celui-ci. L'OAI tiendra compte des éléments mentionnés dans les considérants précédents lors du réexamen de l'affaire. Au vu de l'issue de la procédure, la Cour de céans a renoncé à mettre en œuvre de plus amples mesures d'instruction, telles que les différentes auditions et demandes d'édition

- 22 - de dossiers en lien avec la problématique d'enfants atteints de diabète dont des juridictions ont été saisies requises par le recourant.

E. 5.1

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Aux termes de l'article 61 lettre g LPGA, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V215 consid. 6). Eu égard à ce qui précède, A.____ a obtenu gain de cause en l'espèce. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, doivent par conséquent être mis intégralement à la charge de l'intimé. L'avance du même montant que l'assuré a versée le 9 février 2023 lui sera ainsi remboursée et l'OAI s'acquittera de ce montant auprès du Tribunal cantonal.

E. 5.2

Etant donné l'issue de la cause, le recourant a droit à des dépens à charge de l'intimé (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 loi cantonale fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives [LTar]). Me Melly-Basili a déposé un recours motivé de 11 pages, une détermination sur la réponse de l'OAI de 4 pages, trois brefs courriers, le tout accompagné d'une quarantaine de copies, dans un dossier de complexité moyenne. Les dépens qui lui sont dus par l'intimé sont ainsi fixés à 2200 fr., débours et TVA compris (art. 27 al. 5 LTar).

Prononce

1. Le recours est admis, la décision entreprise annulée et le dossier retourné à l'Office cantonal AI du Valais pour instruction complémentaire au sens du considérant 4.3 et nouvelle décision. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais. 3. L'Office cantonal AI du Valais versera à A._____ des dépens de 2200 francs.

Sion, le 30 juin 2025

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