

200.2021.840.AI publié dans la JAB 2023 p. 128  
N° AVS  
NIG/EGC

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 4 septembre 2022**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges  
G. Niederer, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
agissant par ses parents, **B.** \_\_\_\_\_,  
représenté par Me C. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Office AI Berne**  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 9 novembre 2021



**En fait:**

**A.**

Par un formulaire posté le 5 février 2021, les parents de A. \_\_\_\_\_, né en 2016, ont déposé auprès de l'Office AI Berne une demande d'allocation pour impotent en faveur de leur enfant. Ils ont fait valoir, comme atteinte à la santé, un diabète de type 1, présent depuis 2019 et nécessitant une aide durable, de même qu'une surveillance personnelle de l'assuré.

**B.**

Le service des enquêtes de l'Office AI Berne, sur requête de celui-ci, a rendu un rapport le 23 juin 2021. Fondé sur ce document, l'Office AI Berne, dans un préavis du 2 juillet 2021, a informé l'assuré qu'il entendait nier tout droit à une allocation pour impotent. Il a confirmé ce préavis dans une décision du 9 novembre 2021.

**C.**

L'assuré, agissant toujours par ses parents et représenté par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 3 décembre 2021, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 9 novembre 2021 et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, ainsi que d'un supplément pour soins intenses, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Dans sa réponse du 12 janvier 2022, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'avocat du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires le 19 janvier 2022, celui-ci ayant encore remis une nouvelle pièce justificative (PJ) le 3 mars 2022.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 9 novembre 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et exclut le droit du recourant à une allocation pour impotent de degré faible. Dans la mesure où la décision refuse une allocation pour impotent, elle nie par conséquent également tout droit à un supplément pour soins intenses, puisque celui-ci implique la préexistence d'une telle allocation (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 c. 4.2.1). L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de la décision de l'intimé du 9 novembre 2021 et sur l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, ainsi que d'un supplément pour soins intenses, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée la force probante du rapport du service des enquêtes.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par les représentants légaux d'une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], art. 19 al. 1 et art. 304 al. 1 du code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC, RS 210], art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1, art. 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** La modification du 19 juin 2020 de la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Puisque, sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1) et que la décision attaquée date d'avant l'entrée en vigueur de cette modification, il faut examiner le droit aux prestations de l'AI selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir aussi en ce sens: TF 8C\_804/2021 du 1<sup>er</sup> juin 2022 c. 2.2).

**2.2** Est réputée impotente toute personne 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 (art. 9 LPGGA). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). Le degré d'impotence est déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent (art. 42<sup>ter</sup> al. 1 phr. 1 LAI).

**2.3** 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 (à savoir, les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art. 9 LPGGA; cf. les versions en langues allemande et italienne qui n'utilisent qu'un seul terme) et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**2.4** 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'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI).

**2.5** 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'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

**2.6** Selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 c. 7.2) sont déterminants les six actes élémentaires suivants:

- se vêtir et se dévêtir;
- se lever, s'asseoir, se coucher;
- manger;
- faire sa toilette (soins du corps);
- aller aux W.-C.;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts.

**2.7** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

**3.1** Dans la décision attaquée et dans sa réponse, l'intimé a retenu que le recourant n'avait pas besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes élémentaires de la vie. Il a expliqué que seul le besoin de surveillance personnelle permanente et de soins particulièrement astreignants était litigieux. A ce propos, il a indiqué qu'une telle surveillance n'était généralement pas indiquée avant l'âge de six ans et qu'à défaut d'une mise en danger du recourant, il n'y avait pas lieu de faire exception à ce principe. Il a enfin exclu que des soins particulièrement astreignants soient prodigués, puisque le besoin de soins ne se montait qu'à 70 minutes par jour et que ceux-ci n'étaient pas particulièrement pénibles à assumer.

**3.2** Le recourant prétend qu'il a besoin d'une aide durable pour ses soins et d'une surveillance permanente, puisque ses parents doivent être disponibles constamment pour contrôler et corriger son taux de glycémie, même durant la nuit. Il reproche à l'intimé d'avoir procédé à une approche abstraite de la question de l'impotence, en se fondant sur une circulaire qui n'aurait aucune valeur légale et en ignorant sa situation concrète. Il rappelle que le service des enquêtes a admis que sa mère ne pouvait reprendre une activité professionnelle, compte tenu des soins et de la surveillance qu'elle devait lui fournir. Il juge dès lors contradictoire la conclusion de ce service, selon laquelle le besoin de soins et de surveillance ne peut être reconnu. Cette conclusion serait par ailleurs contredite par sa médecin traitante. Il requiert également un supplément pour soins intenses, dans la mesure où ses besoins en soins excèdent quatre heures par jour.

### **4.**

Le dossier permet de constater les faits principaux suivants.

**4.1** Dans son rapport du 23 juin 2021, le service des enquêtes a retenu que l'aide apportée au recourant pour se vêtir/se dévêtir était identique à celle d'un enfant du même âge. Il a aussi observé que celui-ci n'avait pas de difficulté pour se tenir debout, changer de position, se coucher/se lever et pour manger. Il a toutefois souligné qu'un soin particulier était consacré à

la préparation des repas, qui devaient tenir compte du taux de glycémie. Ainsi, il a relevé que la maman de l'assuré devait peser les aliments et déterminer la quantité de sucre ingérée. Aucun surcroît d'aide n'a cependant été admis. S'agissant de l'acte: "faire sa toilette", le service des enquêtes a noté que le recourant pouvait occasionnellement souffrir d'une importante fatigue selon son indice de glycémie et alors générer un besoin d'aide plus important. Au surplus, il a indiqué que l'aide requise correspondait à celle nécessaire pour un enfant du même âge que l'assuré. Aucune assistance supplémentaire n'a donc été reconnue. Il en est allé de même pour les actes: "aller aux toilettes" et "se déplacer", de même que pour les contacts sociaux. Il a toutefois admis un besoin d'aide régulière pour les traitements. Il a exposé que la glycémie devait être contrôlée à chaque repas et qu'il pouvait parfois être nécessaire d'intervenir la nuit. Un besoin de soins astreignants a néanmoins été nié, du fait que les injections ne prennent pas plus de deux heures par jour et qu'elles ne doivent être effectuées pendant la nuit qu'épisodiquement. Le service des enquêtes a enfin fait savoir que l'évolution du taux de glycémie s'accompagnait d'une fatigue plus intense ou d'une sorte d'absence, mais qu'hormis une seule hospitalisation, aucun incident majeur n'était survenu.

**4.2** Le service des enquêtes s'est encore exprimé dans un rapport du 2 novembre 2021. Il a alors commenté un récapitulatif du temps consacré au diabète du recourant, produit par l'avocat de celui-ci avec ses objections et totalisant 140 minutes au quotidien. Il a déclaré que les injections et corrections quotidiennes se montaient à 70 minutes par jour, y compris les interventions nocturnes. Il a en outre expliqué qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte le temps requis pour calculer les quantités de glucides ingérées, de même que la durée des déplacements requis pour accompagner l'intéressé chez le diabétologue, à l'école ou lors de ses sorties. Il a ajouté qu'il ne pouvait non plus être tenu compte des congés pris par les parents sur leur temps de travail et du surcroît des tâches administratives générées par la maladie.

**4.3** Par envoi du 29 novembre 2021, la médecin traitante du recourant, notamment spécialisée en pédiatrie et diabétologie, a attesté que celui-ci était atteint d'un diabète de type 1 insulino-dépendant et qu'il avait besoin

de soins particulièrement astreignants. Elle a indiqué que le recourant avait besoin d'une surveillance 24/24 heures pour contrôler et, si nécessaire, adapter le taux de glycémie, ce afin d'éviter des dommages causés à long terme par le diabète, de même que des comas hypo- ou hyperglycémiques. Elle a souligné que le recourant était trop jeune pour assumer sa prise en charge seul. De même, elle a écrit que la charge financière d'un enfant diabétique était plus importante que pour un enfant en bonne santé.

## **5.**

Il sied d'examiner la force probante du rapport du service des enquêtes du 23 juin 2021, sur lequel l'intimé s'est basé pour rendre la décision attaquée.

**5.1** En ce qui concerne la valeur probante d'un 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. S'il est conforme à ces exigences, le rapport d'enquête a entière valeur probante. 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. 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 c. 3.2.1, 130 V 61 c. 6.2, SVR 2018 IV n° 69 c. 3.2). 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 c. 3.2.1, 130 V 61 c. 6.2).

**5.2** En l'espèce, le rapport du 23 juin 2021 est clair et motivé. Il a été établi par une spécialiste des enquêtes, qui a rencontré l'intéressé à son domicile et qui s'est entretenue avec les parents de celui-ci (dossier [dos.] AI 7/2; voir aussi: TF 9C\_562/2016 du 13 janvier 2017 c. 4.1, en matière d'allocation pour impotent). C'est donc à juste titre que le recourant n'a pas critiqué la valeur probante de ce document, à tout le moins sous son aspect formel. Celle-ci doit donc être confirmée.

### **5.3**

**5.3.1** D'un point de vue matériel, il est constaté que les observations factuelles de la spécialiste des enquêtes n'ont pas non plus été remises en cause. En effet, le recourant n'a pas contesté les faits retranscrits dans le rapport, mais plutôt leur pertinence, s'agissant de l'octroi des prestations requises (voir art. 7 du recours). Ainsi, les constatations de la spécialiste des enquêtes, dont il ressort essentiellement que le recourant, selon son taux de glycémie, souffre parfois d'une importante fatigue de sorte que l'aide à apporter par ses parents peut alors s'accroître épisodiquement (dos. AI 7/3), ne prêtent pas flanc à la critique. Certes, on peut s'étonner que cet élément n'ait été cité qu'en relation avec l'acte élémentaire de la vie "faire sa toilette". Quoi qu'il en soit, c'est néanmoins à bon droit que la spécialiste a nié tout empêchement à cet égard. Le TF n'admet pas d'emblée un cas d'impotence, lorsque l'exécution d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendue plus difficile ou est ralentie par l'atteinte à la santé (TF 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013 c. 3.4 in fine et la référence). S'agissant de la préparation des repas, il n'est pas non plus contesté qu'elle exige "beaucoup de temps", puisqu'il faut peser la nourriture et déterminer à l'avance l'apport en glucides. Quant à savoir si c'est à juste titre que l'auteur du rapport d'enquête a écarté toute limitation, pour ce qui a trait à l'acte "manger", il faut relever ce qui suit. D'après la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022: la Circulaire sur l'impotence [CSI], voir FRANCESCA COMETTA RIZZI, *Arrêt 9C\_458/2020 du 27 septembre 2021*, in: RSAS 2022 p. 187, p. 187 in fine), et ainsi que la spécialiste des enquêtes l'a rappelé, un régime alimentaire, en particulier dans le cas de personnes atteintes de diabète, ne fonde pas

un cas d'impotence (ch. 8018 CIIAI; ch. 2038 CSI). Quoi qu'en dise le recourant, cette règle doit être confirmée. En effet, il est vrai que, pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il suffit qu'une aide doive être apportée pour une seule de ces fonctions (ATF 117 V 146 c. 2; TF 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013 c. 3.4). Toutefois et sans égard aux considérations résultant du jugement st-gallois invoqué par le recourant (art. 6 du recours; IV 2019/80 du 5 mai 2020 c. 3), l'activité "manger", au sens où l'entend l'AI, ne comprend que les fonctions partielles suivantes: couper les aliments, amener la nourriture à la bouche, mâcher et avaler. Le choix des aliments et la préparation d'un repas n'entrent pas en ligne de compte. Ils font plutôt partie de la tenue générale du ménage (Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] H 299/03 du 7 juin 2004 c. 3.4, H 128/03 du 4 février 2004 c. 3.3 s.). En effet, dans le contexte de cet acte élémentaire de la vie, est déterminant le fait de savoir si l'assuré peut se nourrir seul, lorsque l'environnement est favorable (TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 c. 5.1). Ainsi, on ne peut reprocher à la spécialiste de n'avoir pas admis, pour l'activité "manger", le surcroît d'aide généré pour la pesée systématique des aliments et pour le calcul des glucides. Partant et puisque le rapport ne fait état d'aucun autre empêchement pour l'accomplissement des six actes élémentaires de la vie (voir c. 2.6), il n'est rien à redire dans le fait que l'auteure de ce document a exclu que l'intéressé avait besoin d'une aide supplémentaire en la matière, par rapport à un enfant du même âge.

**5.3.2** Sous la rubrique "traitements", la spécialiste des enquêtes a expliqué que des contrôles du taux de glycémie devaient avoir lieu au quotidien, à chaque repas, c'est-à-dire les matin, midi et soir, de même que pour les collations de dix et de quatre heures (voir aussi dos. AI 14/2). Cette assertion ne prête guère flanc à la critique, étant au surplus confirmée par les parents de l'assuré dans le tableau produit le 30 septembre 2021 à l'appui de leurs observations au préavis du 2 juillet 2021 (dos. AI 12/3). La spécialiste a précisé que ces contrôles étaient effectués au moyen d'un capteur, mais que les parents du recourant avaient signalé que les alarmes de glucose n'étaient pas toujours très fiables (voir dans le même sens: PJ 5 du recours). En outre, elle a rapporté

que, dès juin 2021, une pompe à insuline allait permettre de réduire le nombre de piqûres, mais qu'un cathéter devait en revanche être posé. Or, celui-ci nécessitait d'être changé tous les deux à trois jours. Ces indications ne souffrent aucune critique. On doit néanmoins relever qu'à ce propos, la spécialiste des enquêtes a cité les ch. 8057 ss CIIAI (ch. 2063 ss CSI), relatifs aux soins particulièrement astreignants. Le ch. 8057 CIIAI (ch. 2063 CSI) renvoie en l'occurrence aux ch. 8032 ss CIIAI (ch. 2058 s. CSI), pour ce qui est de définir la notion de "soins". Selon la CIIAI, les soins ne se réfèrent ainsi pas aux actes ordinaires de la vie, mais aux 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 (voir également ATF 133 V 450 c. 7.2 in initio, 106 V 153 c. 2a in fine; TF 8C\_663/2016 du 17 janvier 2017 c. 2.2.2, 8C\_920/2013 du 17 juillet 2014 c. 2 et les références). Cela étant, au vu de cette définition, à l'inverse des injections d'insuline et du remplacement régulier du cathéter, qui constituent bel et bien des soins, les contrôles de glycémie et ceux visant à parer des carences dans le suivi électronique du taux de glycémie, ne doivent pas être appréhendés sous cet angle, mais représentent de la surveillance personnelle permanente. Cette solution s'impose notamment du fait que chaque contrôle n'est pas forcément suivi d'une piqûre et que ces contrôles dépendent non seulement des aliments consommés, mais aussi de l'activité physique du recourant, qu'il y a donc également lieu de surveiller (voir à cet égard: BRUGGER SCHMIDT/TREMP, *Kinder, Diabetes und Hilflosenentschädigung*, in: RSAS 2020 p. 75, p. 83). Le même résultat doit d'ailleurs être admis en ce qui concerne le besoin de surveillance lié à la présence d'un cathéter, afin de s'assurer que le recourant ne l'arrache pas (voir dos. AI 7/4). Ainsi, seule la question des injections, du changement du cathéter et des accompagnements auprès de la diabétologue doit être analysée en rapport avec les soins particulièrement astreignants.

**5.3.3** Le ch. 8057 CIIAI (ch. 2063 CSI), précise que 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 aussi être 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 (voir aussi: TF 8C\_663/2016 du 17 janvier 2017 c. 2.2.2; SVR 2017 IV n° 43 c. 2.2.2). Un besoin de soins de plus de deux heures par jour est qualifié de particulièrement astreignant lorsque des aspects qualitatifs aggravants doivent également être pris en compte. Si le besoin de soins est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante lorsqu'au moins un aspect qualitatif s'y ajoute. Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est en revanche qualifié d'astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire (TF 8C\_663/2016 du 17 janvier 2017 c. 2.2.3; JAB 2016 p. 574 c. 2.5.2).

**5.3.4** En l'espèce, la spécialiste des enquêtes n'a pas quantifié dans son rapport la durée nécessaire pour effectuer les injections. Elle ne l'a fait que dans sa prise de position du 2 novembre 2021, en admettant que chacune des cinq interventions des parents du recourant prenait dix minutes. En incluant le temps requis pour les éventuelles corrections du taux de glycémie durant la journée (dix minutes) et la nuit (idem), elle a retenu une durée totale de 70 minutes par jour. Pour ce faire, elle s'est fondée sur le relevé produit au cours de la procédure par le recourant (dos. AI 12/3). Il ne faut toutefois pas perdre de vue que cette durée a diminué, suite à la mise en place de la pompe à insuline, comme exposé ci-avant. En outre, cette estimation doit aussi être revue à la baisse, du fait que les dix minutes de corrections quotidiennes du taux de glycémie et durant la nuit incluent le contrôle qui y est lié et qui doit être évalué à l'aune du besoin de surveillance personnelle (voir c. 5.3.2). Dans son rapport, respectivement dans sa prise de position subséquente, la spécialiste des enquêtes n'a toutefois pas tenu compte du remplacement des cathéters. Cette tâche n'a pas été mentionnée par les parents sur leur relevé (dos. AI 12/3), ni dans le protocole de soins établi par la médecin traitante (PJ 5 du recours). Comme évoqué (voir c. 5.3.2), il a cependant été indiqué dans le rapport d'enquête que le cathéter devait être changé tous les deux à trois jours (voir dans le même sens: DIRLEWANGER et al., *L'enfant diabétique et les spécificités de son traitement insulinique*, in: Revue médicale suisse, 2007, p. 998; voir [www.revmed.ch](http://www.revmed.ch), rechercher "enfant diabétique"). Néanmoins,

même avec une fréquence de deux jours, chaque intervention devrait dépasser une heure et quarante minutes pour que l'on franchisse le seuil à partir duquel les soins peuvent être qualifiés de particulièrement astreignants (voir c. 5.3.3; 50 min. x 30 jours = 1'500 min., 1500 : 15 interventions par mois = 100 min. ou 1h40). Or, au vu du déroulement d'une telle démarche (voir [www.hug.ch](http://www.hug.ch), "professionnels de santé", "procédures médico-soignantes", "Pédiatrie et tek-Ped", "Pose, utilisation et entretien cathéter s.c. [...]" ), il faut admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales, ATF 144 V 427 c. 3.2) qu'elle ne prend pas autant de temps. D'ailleurs, s'agissant du remplacement d'un cathéter pour vider la vessie, un surcroît de temps de 60 minutes est seulement reconnu dans la CIIAI et la CSI (p. 226 annexe IV CIIAI; p. 116 annexe III CSI). En outre, s'il est indéniable que la maladie du recourant est liée à des coûts non négligeables pour les parents (dos. AI 1/9 s.), ces frais ne sauraient eux non plus justifier l'existence de soins "particulièrement astreignants". Certes, le TF considère que tel peut être le cas lorsque les soins s'accompagnent de frais "particulièrement coûteux" (TF 8C\_663/2016 du 17 janvier 2017 c. 2.2.2, 8C\_920/2013 du 17 juillet 2014 c. 2, 8C\_310/2009 du 24 août 2009 c. 9.1; voir aussi JAB 2016 p. 574 c. 2.5.2). Toutefois, le TF ne précise pas à partir de quels montants il faut reconnaître l'existence de tels frais, se limitant bien plus à examiner le temps consacré aux soins (voir aussi TF I 633/00 du 7 novembre 2001 c. 1 et les références). Ce critère n'a du reste été repris ni dans la CIIAI, ni dans la CSI (ch. 8057 CIIAI; ch. 2063 CSI). Quoiqu'il en soit, s'agissant de mineurs diabétiques, ces coûts consistent surtout en des frais résiduels, non pris en charge par l'assurance-maladie (BRUGGER SCHMIDT/TREMP, op. cit., in: RSAS 2020 p. 75, p. 77). Les parents du recourant ont en effet surtout évoqué le montant de la quote-part à cette assurance (Fr. 350.- par an), mais aussi l'achat de poubelles destinées à l'élimination des aiguilles, l'acquisition de la pompe à insuline et les coûts liés à la nourriture à indice glycémique bas (dos. AI 1/10). Ce faisant, même s'ils peuvent être élevés, ces frais ne sauraient être qualifiés de "particulièrement élevés". De surcroît, pour ce qui est du manque à gagner résultant du fait que la mère du recourant ne peut reprendre une activité professionnelle en raison de la maladie de son fils, cela ne constitue pas un coût engendré par les soins eux-mêmes, mais par

l'atteinte à la santé de manière générale. Il n'est dès lors pas question d'en tenir compte, sous l'angle des soins particulièrement élevés, au sens de la jurisprudence. La solution inverse reviendrait du reste à admettre que cette condition est réalisée à chaque fois qu'il existe un besoin de surveillance personnelle permanente. De surcroît, c'est encore à juste titre que la spécialiste des enquêtes n'a pas fait état en la matière du temps nécessaire au calcul des glucides à chaque repas, pour se rendre à l'école auprès du recourant lors des consommations de dix heures et de quatre heures, pour l'amener auprès de sa diabétologue et pour garder les autres enfants durant les consultations, pour les diverses sorties du recourant, de même que pour les tâches administratives liées à la maladie. En effet, ces activités ne peuvent pas non plus être qualifiées de "soins" au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI (voir c. 5.3.2). Quant aux différents trajets pour accompagner le recourant à ses consultations, en tous les cas exclus par le ch. 8032 CIIAI (ch. 2058 CSI), ils ne seraient de toute manière comptés qu'à raison de deux minutes par jour. Or, même en les incluant au calcul de la durée des soins, on aboutirait à un résultat inférieur à deux heures, comme l'a constaté la spécialiste des enquêtes. Enfin, on ne saurait non plus perdre de vue que même si on ne peut souscrire à l'avis de cette spécialiste, selon qui les soins apportés la nuit ne fondent pas un élément qualitatif aggravant, il n'en reste certes pas moins qu'il s'agit du seul aspect qui pourrait entrer en ligne de compte à ce titre. Partant, les conditions requises pour qualifier les soins de "particulièrement astreignants" ne sont quoi qu'il en soit pas réalisées.

**5.3.5** Reste à examiner le besoin de surveillance personnelle permanente. A ce sujet, il n'est pas non plus question de douter des remarques de la spécialiste des enquêtes, qui a relevé que les parents doivent contrôler le taux de glycémie chaque jour et que le service d'aide à domicile ne peut assumer cette tâche. Alors que le rapport n'en fait pas état, on peut aussi signaler que les parents du recourant ont fait savoir qu'ils devaient à cette fin se rendre régulièrement auprès de leur enfant, à l'école, lors des pauses de dix heures et de quatre heures. Il en va d'ailleurs de même pour les sorties scolaires et extrascolaires. De plus, comme également évoqué (voir c. 5.3.2), la surveillance porte en outre sur le maintien en place du cathéter. Dans son rapport, la spécialiste des

enquêtes s'est en l'occurrence limitée à exposer qu'aucun incident majeur n'était survenu, hormis l'hospitalisation ayant conduit au diagnostic et que les changements de valeur n'avaient pour effet qu'une fatigue plus intense et des formes d'absences. Le rapport d'enquête ne se prononce cependant en aucune manière sur l'étendue du besoin de surveillance. Cette démarche ne saurait être approuvée.

**5.3.6** La surveillance personnelle permanente (art. 37 al. 1, al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI), est un critère de calcul autonome qui ne se réfère pas aux actes ordinaires de la vie. Elle comprend au contraire des prestations d'aide qui ne sont pas déjà prises en compte en tant qu'aide directe ou indirecte dans un acte de la vie courante (TF 8C\_533/2019 du 11 décembre 2019 c. 3.2.5 et les références). Elle doit toutefois atteindre une certaine intensité. Un besoin de surveillance, au sens d'une simple surveillance générale (dans un home), ne suffit pas. Elle doit en outre être permanente. "Permanent" ne signifie pas 24/24 heures, mais s'oppose à "temporaire". Cette condition peut ainsi être remplie lorsque des crises ne surviennent que tous les deux ou trois jours mais qu'elles sont soudaines et souvent quotidiennes, voire plusieurs fois par jour, si bien qu'une surveillance quotidienne est nécessaire. La nécessité d'une aide et d'une surveillance personnelle doit être évaluée objectivement en fonction de l'état de l'assuré. L'environnement dans lequel il se trouve est en principe sans importance. Il peut aussi y avoir nécessité de surveillance personnelle lorsque la personne chargée de celle-ci utilise à cet effet des techniques particulières. De surcroît, il est notamment important que la surveillance ne se limite pas à la simple présence d'une personne chargée de cette surveillance, mais qu'elle soit liée à des actes actifs (TF 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 c. 3.1, 9C\_825/2014 du 23 juin 2015 c. 4.1.1 et les références). En principe, aucun besoin de surveillance personnelle n'est toutefois reconnu avant six ans, puisque les enfants en bonne santé ont également besoin de surveillance avant cet âge. Le TF a néanmoins confirmé qu'une surveillance peut entrer en ligne de compte à titre exceptionnel, dès quatre ans, par exemple pour les enfants autistes et pour ceux souffrant de fréquentes crises d'épilepsie ou d'absences (TF 8C\_393/2021 du 13 octobre 2021 c. 3.2.2.3, 9C\_431/2008 du 26 février 2009 c. 4.4.1; voir aussi p. 218 annexe III CIIAI, p. 109 annexe II CSI). On peut ainsi admettre

un besoin de surveillance personnelle permanente lorsque, en raison de son état de santé physique et/ou psychique, la personne assurée se mettrait elle-même ou d'autres personnes en danger avec une probabilité prépondérante si elle n'était pas surveillée (TF 8C\_533/2019 du 11 décembre 2019 c. 3.2.5, 8C\_573/2018 du 8 janvier 2019 c. 3.1.3; voir aussi ch. 8035 CIIAI; ch. 2075 CSI).

**5.3.7** Au cas particulier toutefois, il résulte du dossier et n'est pas contesté que l'atteinte du recourant a pour effet d'astreindre la maman de celui-ci à une forme de permanence. Selon le rapport d'enquête et comme le recourant l'a rappelé, elle ne peut en effet reprendre une activité lucrative (dos. AI 7/2), puisqu'elle doit surveiller le taux de glycémie plusieurs fois par jour, y compris parfois durant la nuit et en se rendant à l'école auprès de l'intéressé ou en le rejoignant durant ses différentes sorties scolaires ou extrascolaires. A ce sujet, les explications du service des enquêtes, dans sa prise de position du 2 novembre 2021, selon lesquelles un enfant de moins de cinq ans, en bonne santé, ne fait de toute manière pas seul les trajets vers l'école sans danger, ne sont guère convaincantes (voir p. 216 annexe III CIIAI; p. 107 annexe II CSI). En effet, non seulement le recourant avait atteint l'âge de cinq ans au moment où la décision attaquée a été notifiée, mais le surcroît d'aide généré ne consiste en l'espèce pas à accompagner l'intéressé, mais à se rendre auprès de lui pour effectuer les contrôles de glycémie. On ne saurait donc assimiler cette tâche à l'acte "se déplacer, dans le logement ou à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux", comme l'a fait valoir la spécialiste des enquêtes, dans sa prise de position. Qui plus est, on ne peut non plus ignorer que la surveillance assumée par les parents du recourant vise à prévenir des situations d'hypo- ou d'hyperglycémie, susceptibles de provoquer des séquelles tardives (par exemple des troubles de la vue, des lésions rénales ou des maladies vasculaires), voire de mettre en danger la vie du recourant (BRUGGER SCHMIDT/TREMP, op. cit., in: RSAS 2020 p. 75, p. 75 et 84). Or, le TF a jugé que le besoin de surveillance permanente 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\_825/2014 du 23 juin 2015 c. 4.4.1). Tel est justement le cas du recourant, qui, selon sa diabétologue, est trop jeune pour se rendre compte

de son état de santé et aura ainsi tendance à s'endormir simplement, plutôt que d'agir pour contrer ses symptômes, en demandant de l'aide (dos. AI 27/27). Au vu de ce qui précède, il faut donc admettre que le besoin de surveillance du recourant dépasse de manière significative celui d'un enfant du même âge et en bonne santé. En effet, même si les contrôles du taux de glycémie n'occupent pas les parents du recourant toute la journée, ces examens doivent avoir lieu tous les jours et à de nombreuses reprises (voir aussi à ce propos: dos. AI 16/20, évoquant six à huit contrôles par jour). Dès lors qu'ils dépendent par ailleurs de la consommation d'aliments, de même que de l'activité physique, ces contrôles sont en partie irréguliers. Dans ces circonstances, l'intensité de la surveillance et son caractère permanent doivent être admis, sans égard au fait que l'assuré est âgé de moins de six ans. On précisera encore à ce propos qu'il n'est pas ici question de déroger à la CIIAI (sur la portée d'une telle circulaire: voir ATF 147 V 79 c. 7.3.2, 146 V 224 c. 4.4.2, 132 V 121 c. 4.4). L'âge de six ans résultant de la CIIAI ne constitue en effet qu'une règle générale, d'après le libellé de cette circulaire (p. 218 annexe III CIIAI; p. 109 annexe II CSI), qui peut souffrir d'exceptions, comme le TF l'a aussi jugé (voir c. 5.3.6).

**5.3.8** Il s'ensuit que le rapport d'enquête du 23 juin 2021 est inconséquent pour ce qui a trait au besoin de surveillance personnelle permanente. Il est en particulier lacunaire, en tant qu'il minimise les conséquences du défaut de surveillance. Partant, ce document est à cet égard dépourvu de force probante. Dès lors toutefois que le dossier permet à suffisance d'établir un besoin de surveillance personnelle permanente, il se justifie de reconnaître un droit à une allocation pour impotence de degré faible (art. 37 al. 3 let. b RAI). Cette solution s'impose d'autant plus qu'il convient d'attribuer une plus grande importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'impotence faible (ch. 8037 CIIAI, ch. 2081 CSI; voir aussi en ce sens: TF 8C\_158/2008 du 15 octobre 2008 c. 5.2.1) et en particulier à l'égard des enfants mineurs (TFA I 605/99 du 19 janvier 2000 c. 4b; MEYER/REICHMUTH, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG]*, 2014, art. 42-42<sup>ter</sup> n. 38 et 40). Une allocation pour impotence moyenne ou grave n'entre toutefois pas en ligne de compte, faute de besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir certains actes ordinaires de la vie.

## **6.**

Enfin, il convient encore d'examiner si le recourant peut prétendre à un supplément pour soins intenses.

**6.1** L'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home (art. 42<sup>ter</sup> al. 3 phr. 3 LAI, voir aussi art. 36 al. 2 RAI). Chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42<sup>ter</sup> al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (art. 39 al. 1 RAI). 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 (art. 39 al. 2 phr. 1 RAI). 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).

**6.2** En la matière, il faut d'abord relever que le besoin de soin, au sens de l'art. 42<sup>ter</sup> al. 3 LAI (voir c. 2.7), comprend aussi le besoin de surveillance personnelle. Ainsi, puisqu'au vu du dossier le besoin de surveillance personnelle permanente doit être reconnu (voir c. 5.3.7), il sied d'examiner si un surcroît d'aide de deux heures doit être pris en compte, en tant que supplément pour soins intenses (TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 c. 8.2 et 8.2.2.1 § 1, in: SVR 2014 IV n° 14 p. 55; voir aussi ch. 8079.1 CIIAI; ch. 5023 CSI). En effet, chez les mineurs, une surveillance permanente est automatiquement reconnue, dans le cadre du supplément pour soins intenses, avec un forfait de deux heures. Et pour cause, puisque, comme évoqué (voir c. 5.3.7), contrairement à ce qui se fait chez les adultes, il faut accorder une grande importance à la surveillance personnelle, même dans les cas d'impotence grave (ch. 8078.3 CIIAI; ch. 2081 CSI). En revanche, on peut d'emblée exclure tout besoin de surveillance particulièrement intense (art. 39 al. 3 phr. 2 RAI), dès lors qu'il n'est en l'espèce pas question d'une surveillance qui exige une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité permanente à proximité immédiate de l'enfant,

au motif qu'un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de celui-ci ou provoquer des dommages considérables à des personnes ou à des objets (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 c. 4.2.3 et c. 6.2, 9C\_666/2013 du 25 février 2014 c. 8.2.2.1 § 2, in: SVR 2014 IV n° 14 p. 55; ch. 8079 CIIAI; ch. 5025 CSI).

**6.3** En l'occurrence, en plus des deux heures admises au titre du besoin de surveillance personnelle permanente, il apparaît en tous les cas que les autres interventions des parents du recourant, qui pourraient être qualifiées de traitements ou de soins de base, dans le contexte du supplément pour soins intenses (voir c. 5.3.4 et TF 9C\_666/2013 du 25 février 2014 c. 8.1), ne suffiraient pas à atteindre les quatre heures exigées par l'art. 39 al. 1 RAI. En effet, comme évoqué, seul un surcroît d'aide de 70 minutes par jour pourrait tout au plus être reconnu pour les injections d'insuline. Quant aux autres traitements ou soins de base, le dossier permet d'établir à suffisance que le remplacement des cathéters, le temps pour nettoyer et panser les plaies résultant de ces derniers, de même que les trajets nécessaires pour accompagner le recourant à ses consultations médicales (dont la prise en charge a été chiffrée à 2 minutes par jour en moyenne par les parents de l'assuré; dos. AI 12/3), ne permettent pas d'atteindre les 50 minutes par jour manquantes. Or, seule une telle durée porterait le total du surcroît d'aide quotidienne à quatre heures. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a nié tout droit à un supplément pour soins intenses.

## 7.

**7.1** Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée annulée. Un droit à une allocation pour impotence de degré faible doit être reconnu au recourant, sans supplément pour soins intenses. Conformément à l'art. 42 al. 4 LAI, ce droit naît au plus tôt à la naissance et dès qu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable. En l'occurrence, même si ce fait n'est pas attesté par un document médical, le dossier permet néanmoins de constater que le diagnostic de diabète de type 1 a été posé en avril 2019 (dos. AI 1/4, 1/9 et 7/2). La demande d'allocation pour impotent a quant à elle été déposée en

février 2021 (voir art. 48 al. 1 LAI, toutefois non pertinent au cas particulier). Ce faisant, en application de l'art. 42 al. 4 LAI, le droit à cette prestation doit être reconnu à partir du 1<sup>er</sup> avril 2020. En effet, le droit à une allocation pour impotent suppose en tous les cas l'expiration d'une période d'attente d'un an (ATF 144 V 363 c. 6.2.9; TF 9C\_326/2017 du 18 septembre 2017 c. 2.1 et 3.1).

**7.2** Le recourant obtient gain de cause, en tant qu'il a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, mais succombe, dans la mesure où il a en outre sollicité un supplément pour soins intenses. Au vu de l'ampleur du gain de cause partiel du recourant, qui doit être arrêtée à 50%, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé par Fr. 400.- et à la charge du recourant par Fr. 400.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Un montant de Fr. 400.- sera dès lors restitué au recourant, sur son avance de frais de Fr. 800.-, lorsque le présent jugement sera entré en force.

**7.3** Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA, en proportion du gain de cause partiel (art. 61 let. g LPGA, art. 104 al. 1 et 3 LPJA, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA). En l'occurrence, la note d'honoraires du 19 janvier 2022 fait état de Fr. 1'417.50 d'honoraires (pour 5,25 heures de travail), de Fr. 40.35 de débours et de Fr. 112.25 de TVA (au taux de 7,7%), pour un total de Fr. 1'570.10. Ce relevé prend toutefois en compte des activités antérieures au prononcé litigieux du 9 novembre 2021, à savoir celles du 27 août au 30 septembre 2021. Ces travaux ne peuvent être pris en considération pour la fixation judiciaire du montant des honoraires par le tribunal (ATF 114 V 83 c. 4b). En ne retenant que les tâches effectuées dès le 9 novembre 2021, on obtient ainsi 6,83 heures ou Fr. 1'844.10, Fr. 53.10 de débours et Fr. 146.10 de TVA ([Fr. 1'844.10 + Fr. 53.10] x 7,7%), ce qui conduit à un total de Fr. 2'043.30. Comme l'avocat du recourant l'a toutefois expliqué dans son envoi du 19 janvier 2022, son décompte comprend tant les opérations réalisées dans la présente procédure, que celles relatives à une autre cause (soit la procédure [...]). Il y a donc lieu de ne prendre en compte que la moitié de

cette somme, ce qui aboutit à Fr. 1'021.65. Au vu du gain de cause partiel de 50%, ce montant doit finalement être divisé par deux et ainsi être arrêté à Fr. 510.85.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée, en tant qu'elle nie tout droit à une allocation pour impotent. Un droit à une allocation pour impotent de degré faible est reconnu à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 400.- à la charge du recourant et par Fr. 400.- à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant sera restituée à hauteur de Fr. 400.- lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 510.85 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).