



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1245/2025

ATAS/783/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 octobre 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

enfant mineur, agissant par ses parents B_____ et C_____,
représentés par Me Thomas BARTH, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** L'enfant A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 2020, souffre d'un diabète de type I, diagnostiqué le 16 juin 2023.
- b.** Le 14 juillet 2023, l'assuré, agissant par sa mère, a déposé une demande d'allocation pour impotent pour mineurs, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- B.** **a.** L'OAI a recueilli :
- un rapport du 6 juillet 2023 du service de santé de l'enfance et de la jeunesse intitulé « projet d'accueil individualisé (PAI) » contenant les informations nécessaires pour accompagner l'assuré au quotidien à l'école, et assurer les bons gestes en cas d'urgence ;
 - un rapport du 15 août 2023 de la docteure D_____, médecin adjointe à l'unité d'endocrinologie et de diabétologie pédiatriques aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
- b.** Par décision du 1^{er} février 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le diagnostic avait été posé au mois de juin 2023, date à compter de laquelle les soins par insuline avaient débuté. Par conséquent, le délai de carence venait à échéance en juin 2024. Les conditions d'ouverture du droit à une allocation pour impotence n'étaient pas encore réunies.
- c.** Le 5 avril 2024, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mère, a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent pour mineurs auprès de l'OAI.
- d.** L'OAI a obtenu :
- un rapport du 30 janvier 2024 du service de santé de l'enfance et de la jeunesse intitulé « projet d'accueil individualisé (PAI) » ;
 - un rapport du 25 juillet 2024 de la Dre D_____.
- e.** Une enquête à domicile a été réalisée le 18 novembre 2024, en présence de la mère de l'assuré. Dans un rapport du 20 novembre 2024, l'enquêtrice n'a retenu aucune aide pour les actes ordinaires de la vie quotidienne, aucune aide régulière dans le cadre des traitements et aucun besoin de surveillance personnelle. Le surcroît de temps, par jour, pour l'accompagnement à des visites médicales et chez les thérapeutes était de deux minutes. Le surcroît de temps pour les soins astreignants était de 2h34 minutes par jour, avec un aspect qualitatif (les soins de nuit). Dans ces conditions, elle a conclu que les conditions pour ouvrir le droit à l'allocation pour impotence n'étaient pas remplies.
- f.** Dans un projet de décision du 20 novembre 2024, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations sur la base du rapport d'enquête précité.

g. Le 20 décembre 2024, l'OAI a prolongé le délai pour faire part des observations concernant ce projet de décision au 3 février 2025.

h. Le 21 janvier 2025, un entretien a eu lieu dans les locaux de l'OAI en présence de la mère de l'assuré et de son avocat pour exprimer une journée-type de la vie de l'assuré, dont le contenu a été retranscrit dans un procès-verbal du même jour. À cette occasion, la mère de l'assuré a déclaré qu'elle était stressée, lors de l'enquête à domicile, car le rendez-vous était à 7h et elle devait partir dans les 40 minutes. Pour elle, cette enquête n'était pas optimale.

i. Le 23 janvier 2025, ledit procès-verbal contenant des commentaires de la mère de l'assuré a été communiqué à l'OAI, de même qu'un document qu'elle a rédigé détaillant la gestion du diabète de son enfant.

j. Le 24 janvier 2025, l'OAI a adressé à l'avocat de l'assuré le procès-verbal précité avec les modifications apportées par la mère.

k. Par lettre du 3 février 2025, l'assuré a contesté le projet de décision, en faisant valoir qu'il avait besoin d'une surveillance personnelle permanente, et que d'autres instances cantonales avaient reconnu le droit à une allocation pour impotent en faveur de mineurs présentant un diabète de type I.

l. Par décision du 6 mars 2025, l'OAI a nié le droit à l'allocation pour impotence. Selon la lettre-circulaire AI n° 443, relative à l'allocation pour impotent pour mineurs atteints de diabète, l'enfant, avant l'âge de 6 ans, devait de toute façon être surveillé, même en bonne santé. Le contrôle régulier de la glycémie relevait des mesures de soins et non de la surveillance. Cette lettre-circulaire garantissait l'égalité de traitement des mineurs diabétiques en Suisse. Le diagnostic de diabète de type I n'impliquait pas, d'emblée, l'octroi d'une allocation pour impotence en faveur d'un assuré mineur. Il convenait d'examiner les répercussions d'une telle atteinte à la santé dans chaque cas particulier, à l'aune des normes applicables en la matière.

C. a. Par acte du 8 avril 2025, l'assuré, agissant par ses parents, représenté par un avocat, a formé un recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une nouvelle enquête à domicile, principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une allocation d'impotence de degré faible, à compter du 16 juin 2024.

Il a fait valoir que la gestion de son diabète nécessitait un besoin de surveillance personnelle permanente. Une absence de surveillance personnelle pouvait entraîner des conséquences graves sur sa santé, voire mettre sa vie en péril.

Lorsqu'il voulait manger quelque chose, il ne pouvait le faire sans être sous la surveillance d'un de ses parents ou d'un adulte ayant suivi une formation. Chaque aliment qu'il souhaitait manger devait être pesé pour en déterminer la quantité de glucide et la conversion en insuline. Ces calculs étaient loin d'être faciles et il ne

pouvait les effectuer seul. En sport, il devait être surveillé par un de ses parents ou par un personnel qualifié pour gérer son taux d'insuline. Lors de sa journée sportive du mois de mai 2025, une infirmière devrait passer la journée avec lui pour le surveiller. Lors de sa future course d'école, une infirmière devrait également l'accompagner toute la journée, pour permettre la gestion du diabète. Le sport provoquait généralement des crises d'hypoglycémie, qui devaient être gérées le plus rapidement possible, pour ne pas endommager sa santé davantage.

Il devait, par ailleurs, pouvoir bénéficier d'une disponibilité constante de la part de ses parents ou d'un adulte formé pour procéder aux contrôles glycémiques quotidiens et intervenir en cas d'urgence. À n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, il pouvait présenter une hypoglycémie ou une hyperglycémie. Pour cette raison, un adulte devait constamment être auprès de lui, 24h/24h et 7j/7j. Les contrôles de glycémie étaient irréguliers et dépendaient de nombreuses circonstances (consommation d'aliments, activité physique, humeur, maladie, ...). Ces contrôles devaient être effectués tous les jours et plusieurs fois par jour. Un adulte formé devait également le surveiller constamment, lors d'activités quotidiennes, telles que l'habillement car son matériel pouvait être arraché. Dans ce cas, celui-ci devait rapidement être changé. Changer un cathéter ou un capteur de glucoses n'était pas du tout chose évidente et l'enfant n'en avait pas les capacités. Ce geste minutieux devait être opéré par un de ses parents, ou par un adulte formé en la matière.

Ainsi, il ne pouvait pas se prendre en charge de manière autonome et fiable, le diabète étant une maladie qui requérait une capacité de calcul, de la discipline et une prévoyance irréprochable.

En outre, les soins à lui prodiguer étaient particulièrement astreignants. Il souffrait d'épisodes quotidiens d'hypoglycémie et d'épisodes réguliers d'hyperglycémie. Ces crises pouvaient intervenir à tout moment de la journée, également en plein milieu de la nuit. Effectuer des soins de plusieurs minutes à plusieurs heures en plein milieu de la nuit représentait un des critères quantitatifs d'un soin particulièrement astreignant. Le traitement d'une seule hypoglycémie pouvait parfois durer jusqu'à trois heures, entre la prise en charge initiale et le suivi pour s'assurer que le taux de glycémie se stabilise. Seuls ses parents, ou un personnel qualifié, pouvait lui donner les soins adéquats. Beaucoup d'anticipation et de prévoyance étaient indispensables pour éviter des crises d'hypoglycémie et d'hyperglycémie. L'anticipation prenait du temps. Ses parents passaient une grande partie de leur temps à envoyer des messages et appeler le personnel scolaire, parascolaire et l'infirmière, mais aussi à prendre des rendez-vous médicaux et envoyer des messages aux médecins. Ils passaient également de nombreuses heures sur l'application de leur téléphone portable, permettant de suivre en direct son état de santé. De toute évidence, l'enfant ne pouvait pas utiliser cette application, vu qu'il était âgé de 5 ans seulement.

Par ailleurs, l'enquête menée par l'infirmière à son domicile ne pouvait pas être prise en considération. L'infirmière était arrivée chez lui aux alentours de 7 heures du matin. Bien que sa mère ait prévenu devoir partir à l'école avec lui à 7h45, l'infirmière était arrivée en retard. Ce retard de l'infirmière avait engendré une situation de stress importante pour sa mère et lui. Par ailleurs, seulement quelques questions avaient été posées à sa mère sur son état de santé.

Enfin, le recourant s'est prévalu de la violation du principe d'égalité de traitement, en soutenant que la plupart des cantons romands, dont Vaud, Neuchâtel et Fribourg, avaient octroyé un droit à une allocation d'impotence de degré faible aux jeunes enfants souffrant de diabète de type I et nécessitant des soins et une surveillance similaires.

Le recourant a produit en particulier :

- un article intitulé « diabète de type I » établi par l'unité d'endocrinologie, diabétologie et obésité pédiatrique du site de l'hôpital de l'enfance de Lausanne, mis à jour le 24 janvier 2025 ;
- un rapport du 25 novembre 2024 du service de santé de l'enfance et de la jeunesse intitulé « projet d'accueil individualisé (PAI) ».

b. Par réponse du 5 mai 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Aucun élément au dossier ne permettait de retenir que la situation du recourant présenterait un degré de gravité tel qu'elle justifierait un besoin de surveillance personnelle intense. L'enquêtrice avait indiqué que le recourant « comme pour un enfant de son âge et en bonne santé » « [n'était] jamais laissé seul ». Pour ce qui concernait les soins, selon le rapport d'enquête, le surcroît de temps moyen était de deux heures et demie par jour (2h34) et il y avait un seul critère qualitatif aggravant (le fait de prodiguer des soins durant la nuit). L'enquêtrice avait précisément décrit l'étendue des soins apportés et le temps qui y était consacré. Elle avait pris en compte le temps dédié aux mesures de glycémie (30 minutes par jour), à la vérification de la glycémie sur l'appareil (six minutes par jour), au changement de capteur (deux minutes par jour), au calibrage du système (dix minutes par jour), au changement du cathéter (45 minutes par jour), au traitement de l'hypoglycémie hors alarme (dix minutes par jour), à la réaction aux alarmes de jour comme de nuit (dix minutes par jour), à la vérification de la glycémie et pesée des aliments hors repas, à la fixation de l'appareil et positionnement (cinq minutes par jour). L'appréciation de l'enquêtrice n'apparaissait pas critiquable.

c. Par réplique du 26 mai 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a exposé que, contrairement aux enfants de son âge, il devait sans cesse être aidé et surveillé, par des adultes ayant suivi des formations appropriées. Cette surveillance constante lui permettait d'être en bonne santé. Sans cette surveillance, il mettrait sa vie en danger puisqu'il lui était impossible, à son âge, de se gérer seul. Il était incapable de ressentir les symptômes d'une hypoglycémie et de

demander du sucre rapide. Il ne pouvait pas manger seul et devait, lors des repas (petit-déjeuner, repas du midi, goûter, repas du soir et diverses collations), constamment être surveillé par un de ses parents ou par un adulte formé. Cette surveillance omniprésente lors des repas était loin d'être une surveillance ordinaire pour un enfant de 5 ans qui ne souffrait pas de diabète de type I.

Il participait, en outre, à des cours de sport hebdomadaires (natation, judo). Contrairement aux enfants de son âge, durant toute la durée des cours, il devait rester sous la surveillance d'un de ses parents qui devait souvent le resucrer lors de ces activités sportives et veiller à ce que le cathéter et le capteur de glucoses soient protégés à l'aide d'un pansement *waterproof*. Cette surveillance constante pendant ces activités était loin d'être la norme pour un enfant du même âge. Aucun autre parent n'était obligé de rester pour surveiller son enfant lors d'une activité sportive qui était, d'ores et déjà, sous la supervision d'un professeur de sport. Ses parents étaient également obligés de rester, lorsqu'il était invité à un anniversaire ou à un goûter chez un autre enfant, pour veiller aux hypoglycémies et administrer l'insuline s'il souhaitait manger quelque chose. Les autres enfants du même âge ne se retrouvaient pas avec leur parent dans un coin de la pièce pour cette surveillance lors d'un anniversaire. À l'école encore, il nécessitait d'avantage d'aide et de surveillance par rapport à un petit garçon de son âge. Des infirmières s'occupaient de lui, en particulier lors des repas, ses parents vérifiaient plusieurs fois par heure leur téléphone portable pour contrôler ses données glycémiques. Ceux-ci avaient également des contacts très réguliers avec l'école et un projet d'accueil individualisé avait été mis en place pour aider le personnel scolaire dans la gestion de son diabète. Lors de sa première course d'école le 20 mai 2025, l'infirmière scolaire devait le suivre sur toute la journée. Ce suivi était prévu pour les courses d'école et les camps, étant donné qu'une infirmière devait être présente auprès de lui. Malgré ce suivi par une professionnelle de la santé, ses parents avaient eu en ligne (téléphone, sms) cette infirmière à plusieurs reprises dans la journée. Tous ces éléments, non exhaustifs, reflétaient que son besoin d'aide et de surveillance étaient bien plus importants que pour un enfant de son âge ne souffrant pas de diabète de type I.

Le recourant a ajouté que, selon la jurisprudence fédérale, en fonction de la situation et du degré de gravité, un besoin de surveillance pouvait être reconnu dès l'âge de 4 ans. Or, il était aujourd'hui âgé de 5 ans. La surveillance constante était en l'occurrence strictement nécessaire pour lui éviter des problèmes de santé plus tard. En aucun cas, il ne pouvait être laissé seul, pour un repas, une activité sportive ou encore ses soins corporels quotidiens. Il convenait de veiller à la quantité de glucide ingérée, à son taux de glycémie pendant les efforts physiques, à la bonne tenue du matériel porté (capteur de glucose, cathéter permettant d'administrer l'insuline). En tout temps, des contrôles de son taux de glycémie devaient pouvoir être opérés et des situations d'urgence gérées. À titre d'exemple, lors des vacances scolaires du mois d'octobre 2024, son expérience dans un centre

aéré, à moins de cinq minutes à pied du travail de sa mère, s'était révélée être négative. Ses parents avaient dû intervenir à plusieurs reprises sur place. Le personnel du centre aéré était sorti dans un parc sans sucre rapide, et l'infirmière se rendant sur place au repas du midi avait dû leur rappeler qu'il était primordial de toujours avoir ce sucre avec eux. Cet oubli aurait pu mettre sa vie en danger car le personnel du centre aéré n'avait pas non plus pris le Baqsimi (spray nasal d'urgence à utiliser en cas d'hypoglycémie sévère). Sans la surveillance permanente d'un adulte, il mettrait inévitablement sa vie en danger. Si certaines crises d'hypoglycémie et d'hyperglycémie pouvaient être évitées, grâce à une surveillance constante et une diligence remarquable de ses parents, il restait en proie à une centaine d'hypoglycémie par mois. Le nombre, la durée et la prise en charge des crises d'hypoglycémie et d'hyperglycémie différaient pour chacune d'elles.

Les risques à court terme des crises d'hypoglycémie et d'hyperglycémie sur sa santé étaient nombreux : faiblesse, confusion, tremblements, sueurs, palpitations, perte de conscience, convulsions, nausées, vomissements, douleurs abdominales, déshydratation aiguë, voire coma hypoglycémique en cas d'une hypoglycémie sévère. Les effets à long terme des hypoglycémies à répétition pouvaient affecter son développement cérébral (mémoire, attention). Le plus gros risque était celui d'une hypoglycémie dite « asymptotique ». Le corps pouvait perdre la capacité à détecter les signes avant-coureurs d'une hypoglycémie. Quant à l'hyperglycémie, le risque principal immédiat serait une acidocétose diabétique, considérée comme une urgence vitale, l'organisme ne pouvant plus utiliser le glucose, brûle les graisses produisant des corps cétoniques acides. Ce risque pouvait survenir en quelques heures seulement si l'insuline était insuffisante ou absente. Le contrôle des corps cétoniques était d'autant plus important en cas de maladie (rhume, gastro, angine), car dans ces situations, les hyperglycémies étaient fréquentes et il était très difficile de ramener l'enfant sur un taux de glycémie stable. La surveillance était d'autant plus accrue et des ajouts d'insuline se faisaient toutes les deux heures (nuit et jour). Les risques à long terme d'hyperglycémies à répétition étaient les suivants : rétinopathie diabétique (atteinte des vaisseaux sanguins de la rétine, risque de perte de vision à l'adolescence ou à l'âge adulte), néphropathie diabétique (atteinte des reins pouvant évoluer vers l'insuffisance rénale), neuropathie périphérique (atteinte des nerfs, douleurs et troubles de la sensibilité), risque de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte en cas de mauvais équilibre glycémique durant l'enfance, ralentissement de la croissance, perturbation de la puberté, risque d'empreinte glycémique durable ; une mauvaise gestion du diabète dans l'enfance pouvait influencer négativement la santé métabolique future.

Sans oublier l'impact psychologique chez l'enfant atteint d'un diabète de type I (pourquoi cette maladie, sentiment d'injustice, image de soi négative, frustration et colère en raison de nombreuses restrictions, telles que piqûres, surveillance). L'impact social était également important (besoin d'aménagements spécifiques

pour l'enfant, risque de mise à l'écart). Par exemple, il avait expliqué à ses parents que les autres enfants étaient jaloux de lui parce qu'il mangeait parfois des bonbons. Il existait un risque d'absentéisme, lorsque les nuits étaient compliquées en cas de réveils à plusieurs reprises pour un resucrage nocturne. Il y avait également le regard des autres lorsqu'il devait subir des soins en tout temps, sans tenir compte du lieu (avion, bus, centre commercial) ou la difficulté pour lui de participer spontanément à des fêtes et des goûters. Certaines activités extrascolaires ne lui étaient même pas autorisées en raison de la crainte des encadrants de devoir faire face à des hypoglycémies.

Le diabète était une maladie chronique, ses effets persistaient dans le temps, ce qui signifiait que la surveillance dont il avait besoin n'était absolument pas passagère.

Il en a conclu qu'il avait un besoin de surveillance personnelle permanente.

Ensuite, le recourant a nié toute valeur probante au rapport d'enquête à domicile. Ce dernier était entaché de nombreuses lacunes et inexactitudes.

Au point 1.1.1 « se vêtir / se dévêtir », il devrait être ajouté que ses parents supervisaient ces étapes afin de veiller qu'il n'arrache pas son cathéter de la pompe à insuline ou son capteur de glucose. Au point 1.1.2 « se laver », il devrait être ajouté qu'avant chaque douche ou bain, ses parents devaient protéger cathéter et capteur avec des pansements waterproofs, car sans cette protection, le matériel pourrait se décoller et ne tiendrait pas pendant les trois à dix jours recommandés. La fréquence des alarmes nocturnes était en outre très variable, de zéro à cinq. Entre chaque resucrage, le parent devait attendre 20 minutes pour s'assurer que le taux de glycémie remontait. Plusieurs resucrages de suite étaient parfois nécessaires, et dans ce cas, le parent restait éveillé plusieurs heures. Au point 1.1.3 « manger », il convenait d'ajouter que la pesée des aliments, les calculs et l'administration prenait une dizaine ou quinzaine de minutes par repas. Au point 1.1.4 « faire sa toilette », il était important de rectifier que le pansement waterproof était pré-coupé par ses parents. Ces derniers achetaient des rouleaux à la pharmacie et les découpaient par la suite. Au point 1.1.5 « aller aux toilettes », il convenait de préciser que, lorsqu'il arrachait son cathéter à l'école, Pédiadom ou un de ses parents était obligé d'intervenir, car il ne pouvait pas rester sans l'administration d'insuline.

Au point 1.2 « traitements », contrairement à ce qui était mentionné, il avait besoin d'une aide régulière dans le cadre des traitements. Ses soins étaient assurés par ses parents et, à l'école, par une infirmière qui passait lors du goûter et du repas de midi. Le resucrage était de la responsabilité des maîtresses. Par ailleurs, le tableau des traitements était lacunaire. Aucun temps n'était indiqué pour le contrôle de la glycémie, qui prenait, au minimum, une heure par jour. Aucune « autre mesure » n'était mentionnée, alors qu'un changement de cathéter devait avoir lieu tous les trois jours au minimum et qu'un changement du capteur de

glucose devait intervenir tous les dix jours au minimum. Au point 1.3 « accompagnement à des visites médicales chez les thérapeutes », il était fait mention d'un certain Dr E_____. Or, sa mère ignorait qui était ce praticien. Il convenait de préciser qu'il se rendait une fois par trimestre aux HUG pour le contrôle avec le diabétologue, une fois par mois chez la pédopsychiatre pour la gestion des émotions en lien avec le diabète, deux fois par année chez le dentiste en prévention en raison de nombreux resucrages, la nuit, après s'être brossé les dents et chez le pédiatre pour des visites ordinaires.

Au point 1.4.2 « soins astreignants », il était nécessaire de souligner que sa mère vérifiait deux ou trois fois par heure, au moins, le smartphone pour aider les maîtresses à anticiper les hypoglycémies. Une hypoglycémie provoquait maux de ventre, de tête, un état de fatigue, une somnolence. Par exemple, la semaine du 12 mai 2025, ses maîtresses n'avaient pas entendu les alarmes du téléphone, ni le message de ses parents de le resucrer. En résultat, l'infirmière qui était arrivée sur place à 9h30 pour son goûter l'avait retrouvé dans un coin de la classe peu en forme et très pâle. Pour le point « administrer insuline en dehors des repas », il était important de préciser que les corrections se faisaient via le smartphone également. Que cela soit avec un stylo à insuline ou via le smartphone par la pompe, ces manipulations restaient identiques, puisque dans tous les cas, il fallait faire des calculs et des prises de mesures.

Au point 1.4.3, la remarque de l'infirmière « comme un enfant de son âge, [il] n'[était] jamais seul » ne pouvait pas être suivie. Il n'était pas normal qu'à son âge, ses parents restent à le surveiller pendant le cours de sport, que des infirmières soient présentes pendant son repas, que les parents reçoivent d'innombrables messages, chaque semaine, de son école.

Au point 2 « surcroît de temps pour les soins intenses », les visites médicales pouvaient facilement durer plus d'une heure. Le dernier rendez-vous aux HUG avait duré 1h30. Il convenait également d'ajouter une durée pour certains actes ordinaires de la vie, pour les soins astreignants et pour la surveillance personnelle.

Au point 3 « remarques / proposition », il devait être spécifié que la pesée des aliments devait comprendre celle du petit-déjeuner, du repas de midi, du souper mais aussi des goûters et des diverses collations.

Par ailleurs, l'enquête menée au domicile n'avait pas duré 40 minutes mais seulement 25 minutes. L'infirmière n'était pas arrivée à 7h du matin mais à 7h15.

En ce qui concernait le besoin de soins particulièrement astreignants, le temps retenu par l'infirmière (2h34 par jour) paraissait tout à fait insuffisant au regard des soins qui lui étaient prodigués par ses parents et par le personnel qualifié. S'agissant du critère qualitatif aggravant, non seulement des soins de quelques minutes à plusieurs heures devaient lui être donnés pendant la nuit, mais ces soins pouvaient s'avérer aussi très douloureux, en particulier ceux nécessitant le changement de son cathéter. Le changement d'un cathéter était une manipulation

compliquée (requérant une formation) et douloureuse, car une aiguille était insérée dans la peau. Au minimum, tous les trois jours, le cathéter devait être changé. Ce délai était, bien souvent, réduit car de la fibrine se créait parfois sur le lieu d'insertion du cathéter, empêchant l'insuline de passer.

Les temps retenus dans le rapport d'enquête étaient également incorrects. Le temps dédié à la réaction aux alarmes de jour comme de nuit pouvait aller jusqu'à plusieurs heures par jour, le temps dédié à la vérification de la glycémie était de une heure par jour en l'absence de problématique particulière, le temps dédié à la pesée des aliments et des calculs de conversion prenait environ quinze minutes par repas, collations et goûters compris, soit environ une heure par jour, le temps dédié au positionnement de l'appareil était d'environ cinq minutes par jour, car l'appareil devait être protégé avec pansement waterproof, lorsque le recourant était en contact avec de l'eau (sous la douche, le bain, la natation). Celui-ci en a déduit que la durée des soins nécessaires était supérieure à deux heures par jour (critère quantitatif) à quoi s'ajoutaient des critères qualitatifs, tels que les heures inhabituelles (soins pendant la nuit) et la complexité de ces soins (en particulier le changement du cathéter et du capteur de glucose).

Ainsi, les soins qui lui étaient prodigués devaient être qualifiés de particulièrement astreignants.

d. Par duplique du 30 juin 2025, l'intimé a maintenu sa position.

Pour les mineurs atteints de diabète de type I, aucun besoin d'aide n'était reconnu pour les actes ordinaires de la vie selon la lettre-circulaire AI n° 443.

Pour l'acte « se vêtir / se dévêtir », l'enquêtrice avait indiqué que « comme pour un enfant du même âge et en bonne santé », une aide était requise et précisé que le recourant devait faire attention, lorsqu'il remontait son pantalon, afin de pas arracher le cathéter de la pompe d'insuline. Elle avait également ajouté un commentaire à ce propos, soit « si le cathéter ou le dexcom venait à s'arracher accidentellement, les parents ou Pédiadom peuvent le remettre en place, ce qui est retenu sous les soins astreignants et non pas sous l'acte ». L'enquêtrice avait retenu un temps de cinq minutes par jour pour la fixation de l'appareil et le repositionnement. Cet élément avait donc été pris en compte.

En ce qui concernait l'acte « faire sa toilette », l'enquêtrice avait indiqué que « comme un enfant de son âge et en bonne santé [le recourant] est encore lavé par sa mère. Le capteur Dexcom dans le bras est protégé pendant la douche ou le bain avec un pansement waterproof pré coupé à l'avance ainsi que le cathéter dans le haut de la fesse ou la cuisse. Le fait de devoir prendre un peu plus de temps pour protéger les points de ponction n'est pas suffisant pour retenir l'acte ». L'acte « faire sa toilette » ne pouvait donc pas être admis.

Concernant l'acte « manger », l'enquêtrice avait mentionné que « la pesée des aliments, le calcul et l'ajustement de la dose d'insuline est comptabilisé sous les soins particulièrement astreignants ». Par erreur, aucun temps n'avait été retenu

pour ces interventions. Il y avait donc lieu de rectifier ce point et d'ajouter un temps de dix minutes, cinq fois par jour, soit 50 minutes par jour pour ces tâches.

Le contrôle de la glycémie et le changement de cathéter et du capteur de glucose étaient répertoriés sous la partie consacrée aux soins astreignants dans le rapport d'enquête. L'enquêtrice avait retenu un surcroît de temps de six minutes par jour pour la vérification de la glycémie et avait précisé à ce propos que le temps passé par la mère du recourant à surveiller son portable (deux ou trois fois par heure) ne pouvait pas être pris en compte car les hypoglycémies et hyperglycémies généraient une alarme. Pour le changement du cathéter, l'enquêtrice avait retenu un temps de quinze minutes, trois fois par semaine et pour le changement du capteur un temps de quinze minutes, une fois par semaine. L'intimé constatait qu'une erreur s'était glissée dans le temps retenu pour le changement de cathéter. Ce n'étaient pas 45 minutes par jour qui devaient être retenues pour cet acte mais 45 minutes par semaine. Ainsi, le temps retenu pour le changement de cathéter était de sept minutes par jour.

En prenant en compte ces nouveaux paramètres de calcul, le temps total pour les soins était de 2h32 minutes (soit 152 minutes par jour), insuffisant pour l'octroi d'une allocation pour impotent, malgré le poids psychologique que faisait peser la gestion de la maladie sur les parents.

Pour ce qui concernait l'accompagnement chez le pédiatre, le diabétologue et l'ophtalmologue, cette tâche devait être prise en compte en fonction du temps effectif, selon la lettre-circulaire précitée. Sous le point 1.3 consacré à l'accompagnement à des visites médicales et chez les thérapeutes, l'enquêtrice avait pris en compte les visites chez le médecin (quatre visites par année chez la diabétologue d'une durée de 60 minutes, ainsi qu'une visite chez l'ophtalmologue à raison d'une durée de 60 minutes également) ; elle avait de ce fait retenu un surcroît de temps de deux minutes par jour pour cette tâche. S'agissant de l'ophtalmologue, l'intimé avait interrogé l'enquêtrice et il s'agissait du docteur F_____ (dont le nom avait été mal orthographié dans le rapport d'enquête). L'enquêtrice avait précisé avoir reçu cette information lors de l'enquête au domicile.

e. Copie de cette écriture a été transmise au recourant pour information, sur quoi l'affaire a été gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de 30 jours (art. 56 et 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotence pour mineurs de degré faible.

3.

3.1 Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Ces modifications sont applicables en l'espèce, étant précisé que la solution du présent litige ressort de dispositions dont la teneur n'a pas été modifiée.

3.2 Selon l'art. 42 al. 1 1^{re} phrase LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42^{bis} LAI (relatif aux conditions spéciales applicables aux mineurs) est réservé.

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 LPGA).

3.2.1 La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

L'art. 37 al. 1 RAI prescrit 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.

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

L'art. 37 al. 3 RAI dispose que l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI 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 prodigués à des heures inhabituelles (par ex. vers minuit ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.2 et les références).

On peut citer comme exemples de critères qualitatifs rendant les soins astreignants une forte spasticité, des soins sur une peau hypersensible (par ex. en cas d'épidermolyse bulleuse) ou encore des soins infirmiers prodigués de nuit (entre 22h et 6h). Par contre, le fait qu'un parent doive mettre fin à son activité lucrative ou que l'insuline soit administrée sur ordonnance ne constituent pas un critère qualitatif (arrêt du Tribunal fédéral 8C_195/2023 du 5 mars 2024 ; Circulaire sur l'impotence, établie par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS ; CSI], valable à partir du 1^{er} janvier 2022, dans son état au 1^{er} janvier 2025 ici applicable, ch. 2065).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2013 du 10 octobre 2013 consid. 4.1.1). Si le besoin de soins est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par ex. soins

pendant la nuit) s'y ajoute (CSI ch. 2066). Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est qualifié d'astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire (CSI ch. 2067).

3.2.2 Selon la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne se répartissent en six domaines : 1. se vêtir et se dévêtir ; 2. se lever, s'asseoir et se coucher ; 3. manger ; 4. faire sa toilette (soins du corps) ; 5. aller aux toilettes ; 6. se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références).

3.2.3 Selon la jurisprudence, la notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI, qui est traduite en temps destiné à apporter de l'aide supplémentaire (cf. art. 39 al. 3 RAI), ne se confond pas avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré aux traitements et aux soins de base, si bien que des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

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. 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 3.1 et les références).

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. En évaluant l'impotence, 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 (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 3.1 et les références).

La condition de permanence n'exige pas que la personne qui surveille ait mission de s'occuper exclusivement de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1 et la référence).

3.2.4 Pour évaluer l'impotence des assurés mineurs, on applique par analogie les règles valables pour l'impotence des adultes selon les art. 9 LPGA et 37 RAI. Toutefois, l'application par analogie de ces dispositions n'exclut pas la prise en considération de circonstances spéciales, telles qu'elles peuvent apparaître chez les enfants et les jeunes gens. Ce qui est déterminant, c'est le supplément d'aide et de surveillance par rapport à ce qui est nécessaire dans le cas d'un mineur non invalide du même âge que l'intéressé (ATF 113 V 17 consid. 1a).

Ainsi, en vertu de l'art. 37 al. 4 RAI, seul est pris en considération dans le cas des mineurs le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. Cette disposition spéciale s'explique par le fait que plus l'âge d'un enfant est bas, plus il a besoin d'une aide conséquente et d'une certaine surveillance, même s'il est en parfaite santé (ATF 137 V 424 consid. 3.3.3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_61/2025 du 17 juin 2025 consid. 5 et la référence).

Afin de faciliter l'évaluation de l'impotence déterminante des mineurs, des lignes directrices figurent dans l'annexe III de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité (CIIAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_138/2022 du 3 août 2022 consid. 4.1 ; sur la portée des directives de l'administration, cf. ATF 133 V 257 consid. 3.2 ; 131 V 42 consid. 2.3), respectivement dans l'annexe 2 de la CSI depuis le 1^{er} janvier 2022. Ces lignes directrices détaillent l'âge à partir duquel, en moyenne, un enfant en bonne santé n'a plus besoin d'une aide régulière et importante pour chacun des actes ordinaires de la vie. Cet âge détermine le début du délai d'attente d'un an (cf. ATAS/48/2020 du 28 janvier 2020 consid. 6).

Sous l'intitulé « Recommandations relatives à l'évaluation de l'impotence déterminante pour les mineurs », l'annexe 2 de la CSI, dans sa teneur valable à partir du 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2025 (compte tenu de la date de la décision administrative litigieuse [du 6 mars 2025]), prévoit qu'avant l'âge de 6 ans, une surveillance personnelle ne peut en général pas être prise en considération. Mais en fonction de la situation et du degré de gravité, un besoin de surveillance peut être reconnu pour les enfants dès 4 ans lorsqu'ils sont sujets à des crises d'épilepsie impossibles à prévenir par médication ou qu'ils présentent une forme sévère d'autisme. En cas de risque d'étouffement suite à de fréquents vomissements, il faut prendre en compte une surveillance dès le début. En cas de problèmes respiratoires, la surveillance n'est pas forcément nécessaire (elle

dépend du degré de gravité et de l'applicabilité de mesures non personnelles, comme la surveillance par moniteur, etc.).

3.2.5 Le 31 juillet 2024, l'OFAS a publié une lettre-circulaire AI n° 443 relative à l'allocation pour impotent pour mineurs atteints de diabète, pour garantir l'égalité de traitement des mineurs diabétiques en Suisse.

Selon le ch. 3 de cette circulaire, pour les mineurs atteints de diabète de type I, aucun besoin d'aide n'est reconnu pour les actes ordinaires de la vie. En effet, les mineurs concernés ont un développement similaire à celui d'autres mineurs et n'ont besoin d'aide ni directe ni indirecte pour effectuer les actes.

Selon le ch. 4 de cette circulaire, portant le titre marginal « Surveillance », « [a]vant 6 ans, l'enfant doit de toute façon être surveillé, même s'il est en bonne santé. Le contrôle régulier de la glycémie relève des mesures de soins et non de la surveillance. Les enfants diabétiques se comportent comme les autres enfants de leur âge, et ont la même perception du danger. Ils comprennent et peuvent suivre les instructions et les ordres. Bien que les parents doivent constamment garder un œil sur la glycémie de leur enfant pour pouvoir réagir si nécessaire (par ex. 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 ex. 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. Le Tribunal fédéral (arrêt 8C_719/2022) n'a pas reconnu de besoin de surveillance permanente dans une situation où des contrôles et des interventions étaient nécessaires plusieurs nuits par semaine. 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 ex. 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 ».

3.2.6 Bien que les directives administratives ne lient en principe pas le juge, celui-ci est néanmoins tenu de les considérer dans son jugement, pour autant qu'elles permettent une interprétation des normes juridiques qui soit adaptée au cas d'espèce et équitable. Ainsi, si les directives administratives constituent une concrétisation convaincante des dispositions légales, le tribunal ne s'en départit

pas sans motif pertinent. Dans cette mesure, il prend en considération le but de l'administration tendant à garantir une application égale du droit (ATF 148 V 102 consid. 4.2 ; 146 V 224 consid. 4.4. et l'arrêt cité).

3.2.7 En règle générale, le degré d'impotence d'un assuré est déterminé par une enquête. Cette enquête doit être élaborée 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 chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références). 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. 6.1.2).

3.3 Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4.

4.1 En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant, mineur, souffre d'un diabète de type I, diagnostiqué le 16 juin 2023.

L'intimé lui nie le droit à une allocation pour impotent de degré faible, en se fondant sur le rapport d'enquête à domicile du 20 novembre 2024.

Contrairement à ce que prétend le recourant, il n'y a pas lieu de retenir un supplément de temps en lien avec les différents actes ordinaires de la vie, puisqu'il ressort dudit rapport qu'il n'a pas besoin d'aide pour ces actes.

En particulier, le fait que ses parents veillent à ce qu'il n'arrache pas son cathéter de la pompe à insuline ou son capteur de glucose lors de l'habillage / déshabillage, ne constitue pas un besoin d'aide important. En effet, selon la lettre-circulaire AI n° 443 (déjà citée), il suffit de se vêtir et se dévêtir avec un peu plus de prudence

que d'habitude pour éviter que le lecteur de glycémie, le capteur, le cathéter ou la pompe à insuline ne glissent lorsque les vêtements passent par-dessus. Il existe certes un besoin d'aide inhabituel, qui survient aussi régulièrement, mais ce besoin ne saurait être qualifié d'important, car il ne demande pas d'effort notable. Si le lecteur de glycémie glisse, il émet un signal d'alerte ; il faut alors parfois le repositionner. Il faut souligner que même un enfant en bonne santé a encore besoin de contrôle pour cet acte (se vêtir / se dévêtir) jusqu'à 10 ans.

Il en va de même lorsque ses parents protègent cathéter et capteur avec des pansements waterproofs lors de la douche, qu'ils pré-couper. En effet, selon cette lettre-circulaire, la nécessité de protéger le site d'injection (cathéter) ou la pompe à insuline lors de la douche engendre, certes, un besoin d'aide inhabituel, mais celui-ci ne saurait être qualifié d'important.

Ensuite, l'intervention des parents la nuit, la pesée des aliments, les calculs, l'administration de l'insuline, les arrachages accidentels du capteur ou le besoin d'aide dans le cadre des traitements ont été pris en compte dans la catégorie des soins conformément à la lettre-circulaire précitée.

Par ailleurs, les messages et appels téléphoniques des parents aux personnels scolaires, parascolaires et à l'infirmière ne sont pas pris en compte dans le cadre de l'allocation pour impotent conformément à cette lettre-circulaire (*cf.* le ch. 6 « Autres tâches invoquées : communiquer avec l'école et l'entourage »).

Ceci étant dit, la chambre de céans constate que le rapport d'enquête est lacunaire.

En effet, si l'enquêtrice a pris en considération le traitement de l'hypoglycémie hors signaux d'alarme (ch. 7 dans la catégorie des soins astreignants), en revanche, le rapport est muet quant au traitement (prévu par la lettre-circulaire précitée) de l'hyperglycémie, à laquelle le recourant est également confronté. À cet égard, le document « détail d'une semaine de la gestion du diabète » communiqué à l'intimé le 10 avril 2024 (dossier AI p. 64) déjà, avant l'enquête, décrivait la gestion des hyperglycémies. À tout le moins, l'enquêtrice aurait dû expliquer les motifs pour lesquels ce traitement-ci ne doit, le cas échéant, pas être comptabilisé.

Ensuite, si l'accompagnement aux rendez-vous pédiatriques habituels, qui sont également nécessaires pour un enfant sain (contrôles, vaccins, etc.), ne doit effectivement pas être pris en compte (CSI ch. 5020), l'enquêtrice n'explique pas pourquoi les visites, une fois par mois, chez la pédopsychiatre (pour la gestion des émotions en lien avec le diabète) et deux fois par année chez le dentiste (en prévention en raison des resucrages la nuit) ne doivent pas être prises en compte.

À cela s'ajoutent les erreurs de valeur (temps) commises par l'enquêtrice, mises en évidence par l'intimé, portant sur le changement du cathéter de la pompe ainsi que sur la vérification de la glycémie et la pesée des aliments. En outre, la chambre de céans constate que, en ce qui concerne le calibrage du système CGM, l'enquêtrice mentionne que le temps maximal pouvant être pris en compte est de 20 minutes

par jour. Elle se contente cependant de relever, à cet égard, les problèmes de captages nécessitant un recalibrage, sans expliquer les raisons pour lesquelles elle ne retient que dix minutes par jour pour cette tâche.

4.2 Ces éléments justifient le renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle enquête à domicile.

Pour ce qui est de la surveillance personnelle permanente, il est vrai que, conformément à l'annexe 2 de la CSI, en règle générale, elle ne doit pas être prise en considération avant l'âge de six ans, étant rappelé que, au moment de la décision litigieuse du 6 mars 2025, le recourant, né en janvier 2020, était âgé de 5 ans.

Cela étant, dans un arrêt 9C_526/2024 du 3 juillet 2025, concernant un enfant atteint d'un diabète de type I et âgé de moins de 6 ans au moment du prononcé litigieux, comme en l'occurrence, le Tribunal fédéral a, certes, nié la nécessité d'une surveillance personnelle permanente ; toutefois, pour parvenir à cette conclusion, le Tribunal fédéral a examiné notamment si les contrôles réguliers de la glycémie dépassaient de manière significative le niveau habituel de surveillance d'un enfant de moins de 6 ans, et si l'assuré souffrait d'autres troubles susceptibles de nécessiter un besoin de surveillance personnelle plus élevé par rapport à un enfant en bonne santé du même âge (déficience intellectuelle ou cognitive par exemple ; consid. 6.2)

Vu le renvoi de la cause à l'intimé, il lui appartiendra de procéder à une instruction complémentaire en lien avec le besoin éventuel d'une surveillance personnelle permanente du recourant, en s'enquérant auprès des éducateurs pour savoir s'il peut être laissé seul par moments (pour jouer par ex.) ou au contraire si une personne se trouve en permanence à proximité immédiate. L'intimé devra également s'adresser aux médecins traitants afin qu'ils répondent aux deux questions susmentionnées (contrôles réguliers de la glycémie et autres troubles de la santé, étant rappelé à ce propos que le recourant est suivi par une pédopsychiatre).

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.

5.2 Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est assisté d'un avocat, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

5.3 Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 6 mars 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le