RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/329/2022 **ATAS/50/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 janvier 2023

8ème Chambre

En la cause

L'enfant A_____, agissant par sa mère, Madame B_____, domiciliée à JUSSY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL	recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** L'enfant A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 2009, qui souffre d'un diabète de type 1, diagnostiqué le 24 octobre 2013, a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 25 juin 2018.

b. Dans une note interne du 27 février 2019, l'OAI a considéré, « après étude du dossier », que les conditions d'octroi de cette prestation n'étaient pas réunies, l'assuré étant intégré à l'école primaire de son village, sans assistance personnelle, et les soins nécessités par sa maladie (injections d'insuline) ne devant pas représenter plus d'une heure trente par jour.

c. Par décision du 7 octobre 2019 – non contestée –, l'OAI a rejeté la demande.

B. **a.** Le 11 mars 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, en alléguant avoir besoin d'une aide tant pour manger que pour les soins médicaux ou infirmiers, ainsi que d'une surveillance personnelle.

b. À l'appui de sa demande, il a transmis à l'OAI un rapport du 25 mai 2021 de la doctoresse C_____, médecin adjointe au service de développement et de croissance, unité d'endocrinologie et de diabétologie pédiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), auquel étaient joints des documents intitulés « Schéma de traitement par injections », « 6 étapes sont nécessaires pour l'administration de l'insuline rapide », et « Suivi de l'enfant diabétique ».

c. Se fondant sur les conclusions du rapport d'enquête du 29 juin 2021 – établi à la suite d'un entretien téléphonique avec la mère de l'assuré, et qui évaluait le surcroît de temps que requérait celui-ci pour les traitements et pour l'accompagnement à des visites médicales et chez les thérapeutes à quarante-huit minutes par jour –, dans un projet de décision du 1er juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier tout droit à une allocation pour impotent.

d. Par pli du 3 septembre 2021, l'assuré, sous la plume de son avocate, a contesté ce projet, en invoquant notamment une violation du devoir d'instruction.

e. Sur ce, l'OAI a diligenté une enquête à domicile, réalisée le 3 novembre 2021, en présence de l'assuré, de sa mère et de la nounou. Dans un rapport du 22 novembre 2021, auquel était annexée une « note de travail » du 16 novembre 2021, l'infirmière évaluatrice a retenu un surcroît de temps pour les traitements et pour l'accompagnement à des visites médicales et chez les thérapeutes avec un facteur aggravant en raison des soins apportés la nuit de quatre-vingts minutes par jour, insuffisant pour ouvrir le droit à une allocation pour impotent.

f. Par décision du 13 décembre 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision.

C. **a.** Par acte du 28 janvier 2022, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la comparution personnelle des parties et à l'audition de la Dresse C_____, et principalement, à l'annulation de cette décision, et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1er juin 2017.

b. Dans sa réponse du 28 février 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 5 avril 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a joint diverses pièces.

d. Dans sa duplique du 26 avril 2022, l'intimé a maintenu sa position.

EN DROIT

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.

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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 28 janvier 2022) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI; RO 2021 705).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

4.2 En l'occurrence, la décision querellée (du 13 décembre 2021) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées ci-après dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

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

7. Selon l'art. 42 al. 1 1ère 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.

7.1 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). Ces actes sont ceux que la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA désignait par « actes ordinaires de la vie » (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 10 ad art. 42 LAI).

7.2 Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 1ère phrase LAI).

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

8.1 Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.2 et la référence).

8.2 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.

Pour être permanents, il n'est pas nécessaire que les soins soient fournis 24 heures sur 24 : ils ne doivent simplement pas être occasionnés par un état temporaire (par exemple par une maladie intercurrente), mais être entraînés par une atteinte qui puisse être présumée permanente ou de longue durée. L'exigence de soins ou de surveillance ne s'applique pas aux actes ordinaires de la vie, mais concerne plutôt des prestations d'aide médicale ou infirmière requises en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré (ATF 106 V 153 consid. 2a).

Par « soins permanents », il faut entendre, par exemple, la nécessité de donner des médicaments ou de mettre un pansement chaque jour (ATF 107 V 136 consid. 1b).

8.3 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).

8.4 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).

9. 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).

9.1 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_798/2013 du 21 janvier 2014 consid. 5.1.1; ATF 137 V 424 consid. 3.3.3.2; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS ; CIIAI], dans son état au 1er janvier 2021, ch. 8088).

9.2 Afin de faciliter l'évaluation de l'impotence déterminante des mineurs, des lignes directrices figurent dans l'annexe III de la CIIAI (arrêt 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.2 et les références).

Elles 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).

9.3 Les mineurs n'ont pas droit à l'allocation pour impotent s'ils ont uniquement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 42bis al. 5 LAI).

10. 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).

11. 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).

11.1 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).

11.2 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).

11.3 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).

Un besoin de surveillance pourra être reconnu lorsque, en raison d'une affection donnée, une clinique spécialisée doit utiliser de manière individuelle et ciblée une technique particulière pour assurer la surveillance de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.1.1 et les références).

11.4 La surveillance personnelle permanente a été admise en cas de risque d'évanouissement, susceptible de se produire à tout moment, dû à une pression anormalement basse en raison d'une malformation cardiaque, les pertes de connaissance pouvant vraisemblablement aller jusqu'à engager le pronostic vital d'une personne qui souffre des séquelles d'une malformation cardiaque, ainsi que de problèmes pulmonaires et qui nécessite notamment un apport en oxygène constant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_247/2009 du 17 août 2009 consid. 2.2. et 3).

11.5 On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que, par définition, l'impotence grave présuppose que l'assuré dépende régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'une impotence de degré moyen ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37 al. 2 let. b RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37 al. 3 let. b RAI ; ATF 107 V 145 consid. 1d et les références).

12. 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).

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. Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est qualifié d'astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire (CIIAI, ch. 8058).

13. Les circulaires s'adressent aux organes d'exécution et n'ont pas d'effets contraignants pour le juge. Toutefois, dès lors qu'elles tendent à une application uniforme et égale du droit, il convient d'en tenir compte et en particulier de ne pas s'en écarter sans motifs valables lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce et traduisent une concrétisation convaincante de celles-ci. En revanche, une circulaire ne saurait sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elle est censée concrétiser. En d'autres termes, à défaut de lacune, un tel acte ne peut prévoir autre chose que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_85/2014 du 31 juillet 2014 consid. 5.2 et les références).

14. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

15. En règle générale, le degré d'impotence d'un assuré est déterminé par une enquête à son domicile. 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).

16. 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 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

17.

17.1 En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'enquête à domicile du 22 novembre 2021, au motif que l'enquêtrice ne disposait d'aucune connaissance spécifique du diabète de type 1, et qu'elle a ignoré plusieurs faits (pesée de chaque aliment, adaptation des plats, calcul de la dose d'insuline à administrer, temps d'appel téléphonique du recourant à la mère pour qu'elle vérifie les calculs, temps de préparation du sac chaque matin contenant le set d'injection et les aliments sucrés, fait que la mère reste joignable 24h sur 24, intervention de celle-ci entre quinze à soixante minutes par nuit).

17.2 La chambre de céans observe que ce rapport d'enquête a été établi par une infirmière évaluatrice, soit une personne qualifiée, à la suite d'une visite au domicile du recourant, en présence de ce dernier et de sa maman (et de la nounou). L'enquêtrice avait parfaitement connaissance de l'atteinte à la santé dont le recourant souffre puisqu'elle a rappelé qu'il présente un diabète de type 1. Elle a par ailleurs consigné le type et l'étendue de l'aide dont celui-ci a besoin en se référant aux indications fournies sur place par le recourant et sa mère. Aussi le simple fait que l'infirmière ne soit pas une spécialiste en diabète (infantile) ne suffit pas pour discréditer ses conclusions (dans ce sens : arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Bâle-Campagne du 13 février 2020 [720 19 289 / 32] consid. 5.2).

Contrairement aux dires du recourant, l'infirmière évaluatrice a mentionné que, pour chaque repas, il faut peser les aliments afin de connaître le taux d'hydrate de carbone et ajuster les unités d'insuline à administrer après le repas, que le jour de la visite, le temps de calcul (avec les aliments préalablement pesés) pour administrer la dose d'insuline est de cinq minutes et que le temps des injections d'insuline est de vingt-cinq minutes par jour (5 × 5 minutes), que le recourant mange quatre fois par semaine à la cantine où il pèse la nourriture avec une balance portable (qui se trouve toujours dans son sac) et appelle sa mère pour un contrôle (pour qu'elle confirme les unités d'insuline à injecter), que la maman, avant le départ pour l'école, vérifie le sac du recourant qui contient le stylo d'insuline, les compotes et les barres de céréales, ainsi que le matériel d'urgence (injection de glucagon, directives écrites pour les personnes non initiées, numéro de secours), vérification qui dure cinq minutes, et que pendant la nuit, la maman se lève à 2h du matin pour contrôler la glycémie sur le capteur et procède à un resucrage lorsque celle-ci est trop basse, puis recontrôle la glycémie quinze minutes après. L'enquêtrice a visualisé le carnet des glycémies et a retenu, avec

confirmation de la mère, un resucrage environ une nuit sur deux, représentant un temps d'intervention de trente minutes par nuit (rapport d'enquête du 22 novembre 2021, dossier intimé p. 190, 194-195; note de travail du 16 novembre 2021, dossier intimé p. 198-199). Comme on le verra plus loin, le fait que l'infirmière n'ait pas indiqué que la mère reste joignable 24h sur 24 n'a aucune incidence sur l'issue du litige.

En ce qui concerne le choix des aliments et la préparation des repas, c'est le lieu de rappeler qu'ils ne font pas partie des six actes élémentaires de la vie quotidienne, et en particulier qu'ils ne sont pas inclus dans les fonctions partielles de l'acte « manger » que sont le broyage des aliments, l'apport de la nourriture à la bouche, la mastication et la déglutition (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances H.299/03 du 7 juin 2004 consid. 3.4). Par ailleurs, un régime alimentaire pour les personnes atteintes de diabète ne fonde pas l'impotence (ATAS/1124/2022 du 19 décembre 2022 consid. 9.1.3). Dans la mesure où le recourant peut se nourrir seul (dossier intimé p. 192), l'enquêtrice était fondée à ne pas retenir, pour l'acte « manger », le surplus d'aide généré pour la pesée systématique des aliments et le calcul des glucides (dans ce sens : arrêt précité du Tribunal cantonal du canton de Bâle-Campagne consid. 6.2; arrêt du Tribunal administratif du canton de Berne du 4 septembre 2022 [200.2021.842.AI] consid. 5.3.1). Contrairement à ce que pense le recourant, le fait qu'il contacte sa mère par téléphone pour s'assurer de la quantité suffisante d'apport de sucre et des unités d'insuline à injecter n'est pas déterminant. Celui-ci peut en soi porter les aliments à sa bouche, les broyer, les mâcher et les avaler, et est du reste lui-même capable de peser les aliments et de faire les injections d'insuline (note de travail du 16 novembre 2021, dossier intimé p. 198), étant relevé que le temps nécessaire pour les injections d'insuline et le contrôle de la glycémie a été pris en compte au titre des soins astreignants (dossier intimé p. 194-195, 198-199; voir ci-dessous).

C'est également à juste titre que l'infirmière a nié une impotence en lien avec l'acte « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux », puisque le recourant, membre d'une équipe de foot d'élite (dossier intimé p. 193), peut en soi se déplacer lui-même dans le logement ou à l'extérieur (y compris seul à vélo; p. 196), et entretenir des contacts sociaux, ce même s'il ne participe qu'à des camps de vacances spécifiquement pour les enfants diabétiques. Bien que sa mère prépare son sac et l'assiste si nécessaire à distance lors des sorties extrascolaires (acte de recours p. 13) – appui qui n'apparaît ni excessif ni disproportionné –, le recourant n'a pas besoin d'une aide pour ses déplacements et pour entretenir des contacts.

17.3 Le recourant, ne présentant aucun empêchement pour l'accomplissement des six actes élémentaires de la vie, il ne peut prétendre à l'allocation pour impotent de degré faible que s'il a besoin d'une surveillance personnelle permanente ou de soins particulièrement astreignants (art. 37 al. 3 RAI), étant rappelé que les mineurs n'ont pas droit à l'allocation pour impotent s'ils ont uniquement besoin

d’un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 42bis al. 5 LAI).

17.3.1 Contrairement à ce que fait valoir le recourant, il ne nécessite pas une surveillance personnelle permanente. Quand bien même le taux de glycémie doit être contrôlé plusieurs fois par jour afin de détecter à temps une hypo- ou hyperglycémie et d'éviter les situations de mise en danger de la vie, il n'empêche que celui-ci, qui peut être laissé seul à la maison durant la journée (acte de recours p. 12), comprend sa maladie (il a été formé au quotidien grâce à sa mère – infirmière – et son père – médecin –) et il peut réagir en cas de besoin sans l'intervention d'un tiers : il contrôle lui-même sa glycémie à l'aide de son capteur et sait qu'il doit prendre une compote de pomme ou une barre de céréales lorsque celle-ci est trop basse (dossier intimé p. 198). Le fait que sa mère soit joignable 24h sur 24 par téléphone ne saurait être assimilé à la surveillance personnelle permanente, dès lors que, comme on vient de le dire, le recourant lui-même contrôle son taux de glycémie et réagit en conséquence à la maison ou à l'extérieur, sans la présence de ses parents. Il n'y a pas non plus lieu de reconnaître une telle surveillance, au motif que le recourant n'est pas encore capable de prendre les bonnes décisions, seul, en cas de mesures sortant de l'ordinaire, puisqu'il gère lui-même bien sa maladie au quotidien et que le matériel d'urgence, toujours à portée de main, n'a jamais été utilisé (dossier intimé p. 198-199; voir également arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich du 26 mai 2005 [IV.2005.00227] consid. 4.4 dans lequel la surveillance personnelle permanente a été niée pour un mineur qui se rendait seul au jardin d'enfants où il n'était soumis qu'à une surveillance collective et dont les contrôles réguliers de la glycémie plusieurs fois par jour n'ont pas été qualifiés de permanents au sens de l'art. 37 al. 3 let. b RAI). Quant au contrôle de la glycémie du recourant pendant la nuit, il a été pris en compte au titre des soins astreignants (voir ci-dessous).

17.3.2 L'enquêtrice a retenu quatre-vingts minutes de soins astreignants par jour, avec un aspect qualitatif aggravant (soins de nuit). Ces soins comprennent les injections d'insuline (vingt-cinq minutes par jour), le changement de capteur (trois minutes par jour), le contrôle de la glycémie avec le capteur (dix minutes par jour), le contrôle – si nécessaire – glycémique par prélèvement au bout du doigt (cinq minutes par jour), les soins pendant la nuit (trente minutes par jour), la vérification du sac contenant notamment le stylo d'insuline (cinq minutes par jour), et l'accompagnement aux visites médicales et chez les thérapeutes (deux minutes par jour; dossier intimé p. 195-196, 198-199). Comme les besoins de soins ne dépassent pas les deux heures (cent vingt minutes) par jour, ils ne peuvent pas être qualifiés de particulièrement astreignants au sens de la jurisprudence (consid. 12 ci-dessus).

À cet égard, c'est à juste titre que l'enquêtrice n'a pas tenu compte du fait que la maman est joignable 24h sur 24, ou qu'elle ne travaille pas et consacre ainsi beaucoup de temps à la prise en charge du diabète de son fils, dès lors que cette

disponibilité en soi ne peut pas être qualifiée de « soins » au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI (cf. consid. 8.2 ci-dessus) – étant rappelé que les prestations d'aide médicale ont été comptabilisées, comme relevé supra.

On ne peut pas retenir, comme le voudrait le recourant, un surcroît de temps de trois heures et quarante-cinq minutes pour les soins astreignants, qui ressort du document intitulé « Suivi de l'enfant diabétique » annexé au rapport des HUG du 25 mai 2021, puisqu'il inclut le temps nécessité par la préparation des repas (dîner et souper) et les repas eux-mêmes. Or, comme expliqué plus haut, ces activités n'entrent pas en ligne de compte.

Enfin, même si le Tribunal fédéral n'a pas indiqué à partir de quels montants il faut reconnaître l'existence de soins particulièrement coûteux (arrêt précité du Tribunal administratif du canton de Berne consid. 5.3.4), en l'occurrence, il n'est pas établi que les soins du recourant sont particulièrement coûteux. Les frais de la nounou ne sont pas décisifs, dès lors qu'ils ne se rapportent pas à des « soins » au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI. Les frais de personnel soignant externe, qui serait engagé lors de camps scolaires ou de sorties à la journée dans l'éventualité où la maman travaillerait, ne peuvent en tous cas pas être pris en compte, faute d'être une dépense effective. Quant aux frais médicaux (quote-part, et coûts non couverts par l'assurance-maladie de base), le recourant, représenté par une avocate, n'a ni chiffré ces frais ni produit de justificatifs. L'avis de taxation pour l'année 2018 – non pertinent pour la période ici déterminante, qui est postérieure à la première décision de refus de prestation du 7 octobre 2019 entrée en force – fait état d'une déduction pour frais médicaux (enfant) de CHF 3'312.-. Même si la part fiscalement déductible des frais médicaux ne correspond pas à la totalité de ceux-ci (ATAS/249/2017 du 28 mars 2017 consid. 16d), ce montant (qui équivaut à CHF 276.- par mois), bien qu'élevé, ne saurait être qualifié de « particulièrement élevé ».

18. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté, sans qu'il ne soit nécessaire d'entendre les parties ou de procéder à l'audition de la Dresse C_____, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

19. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

20. Au vu du sort du recours, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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	La présidente
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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