

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Gabellon et M. Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.B. _____, à [...], recourante, agissant par ses parents, **B.B.** _____ et **C.B.** _____, audit lieu, représentés par Me Isabelle Jaques, avocate, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 9 LPGA ; art. 42 et 42^{ter} LAI ; art. 37 et 39 RAI.

E n f a i t :

A. A.B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...]2013, est atteinte d'un diabète de type 1 diagnostiqué en novembre 2016. Elle est suivie depuis lors au sein de l'Unité d'endocrino-diabétologie pédiatrique du Centre hospitalier C._____.

Agissant par ses parents, B.B._____ et C.B._____, elle a sollicité la prise en charge de mesures médicales de l'assurance-invalidité par demande formelle parvenue le 8 décembre 2016 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par rapport adressé à l'OAI le 16 novembre 2016, le Dr D._____, responsable de l'Unité d'endocrino-diabétologie pédiatrique du Centre hospitalier C._____, a indiqué que l'assurée bénéficiait d'une insulinothérapie substitutive par pompe à insuline et glucomètre.

L'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures médicales de l'assurance-invalidité aux termes d'une décision du 30 août 2017, motif pris que le diabète de type 1 ne constituait pas une infirmité congénitale. La prise en charge des mesures médicales incombait par conséquent à l'assurance-maladie obligatoire.

B. A.B._____, représentée par ses parents, a déposé une seconde demande de prise en charge de mesures médicales de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI le 14 mars 2018, en raison d'une cœliaquie diagnostiquée au Centre hospitalier C._____ en janvier 2018.

Par communication du 7 septembre 2018, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts de séances de conseils diététiques et d'un régime sans gluten.

C. A.B._____, soit pour elle ses parents, a requis une allocation pour mineur impotent de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI le 5 janvier 2021, alléguant avoir besoin de l'aide quotidienne d'un adulte pour la

gestion du diabète de type 1. En particulier, elle exposait avoir besoin d'assistance pour l'accomplissement de trois actes ordinaires de la vie (« se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette »), ainsi que pour des soins médicaux (changement de cathéters deux à trois fois par semaine pour la pompe à insuline et changement des capteurs de glycémie trois fois par mois au minimum). Elle nécessitait également une surveillance personnelle permanente, jour et nuit, du fait du contrôle constant de la glycémie.

Dans un rapport à l'OAI du 4 mars 2021, la Dre O._____, cheffe de clinique au sein de l'Unité d'endocrino-diabétologie pédiatrique du Centre hospitalier C._____, a souligné que l'état de santé de l'assurée impliquait des contrôles médicaux fréquents, ainsi que des absences scolaires en cas de troubles glycémiques. L'équilibre diabétologique de l'assurée était bon grâce à l'investissement de toute la famille, ainsi que de l'institutrice. L'assurée avait besoin d'une aide quotidienne pour la gestion de son diabète, à savoir pour les contrôles de la glycémie, la préparation des bolus, les urgences glycémiques, l'adaptation des doses d'insuline et la gestion de la pompe à insuline.

L'OAI a diligenté une enquête concernant l'impotence au domicile de l'assurée le 14 juillet 2021. Le rapport corrélatif, établi le 22 juillet 2021, n'a retenu aucun besoin d'aide pour la réalisation des actes ordinaires de la vie. L'enquêtrice de l'OAI a consigné ce qui suit à cet égard :

« Se vêtir/se dévêtir

[...] Acte mentionné dans le questionnaire de demande.

A.B._____ est autonome pour se vêtir/se dévêtir, la maman l'aide pour passer le cathéter et ne pas l'arracher.

Se lever/s'asseoir/se coucher

[...] Acte pas mentionné dans le questionnaire de demande.

A.B._____ est autonome pour se lever, s'asseoir et se coucher.

La pompe à insuline déclenche l'alarme environ 3 fois par semaine et parfois plusieurs fois dans la même nuit. Les parents vont se lever et vérifier. Ces derniers lui font deux contrôles de glycémie durant la nuit avec le capteur, ils devront lui faire un [bolus] d'insuline si elle est en hyperglycémie ou lui donner du sucre si hypoglycémie.

Manger

[...] Acte mentionné dans le questionnaire de demande.

A.B. _____ est autonome pour manger. Sa maman doit calculer les glucides ingérés afin de déterminer la dose d'insuline avant le repas. A l'école, cela est effectué par une éducatrice.

Un régime alimentaire ne fonde pas le droit à l'allocation d'impotence.

Les repas sont pris en famille.

Faire sa toilette

[...] Acte mentionné dans le questionnaire de demande.

A.B. _____ est autonome pour se laver, se brosser les dents, se coiffer et prendre sa douche. La maman intervient juste pour déconnecter la pompe durant la douche.

Aller aux toilettes

[...] Acte pas mentionné dans le questionnaire de demande.

Se déplacer

[...] Acte pas mentionné dans le questionnaire de demande [...] »

L'enquêtrice de l'OAI a par ailleurs pris en considération un surcroît de temps journalier de 49 minutes pour les traitements (10 minutes pour l'administration de médicaments, 8 minutes pour le changement de cathéter deux fois par semaine, 3 minutes pour le changement des capteurs de glycémie tous les dix jours et 28 minutes pour les contrôles de la glycémie avec capteur quatorze fois par jour), ainsi que de 3 minutes pour l'accompagnement de l'assurée à des visites médicales et thérapeutiques. Elle a en revanche nié la nécessité d'une surveillance personnelle permanente ou particulièrement intense sur la base des observations suivantes :

« [...] A.B. _____ est scolarisée en école publique. Un protocole est mis en place avec les enseignants lors d'hypoglycémie. Lors d'hyperglycémie, la maman doit se rendre à l'école.

Lors d'une sortie avec l'école, un accompagnant est présent pour elle. A.B. _____ commence à comprendre la lecture du capteur, elle arrive à régler le dosage sous surveillance et contrôle.

Pas de notion de surveillance, ni de mise en danger au sens de nos directives. »

Par projet de décision du 3 août 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à une allocation pour mineur impotent, dans la mesure où elle ne requérait aucune assistance pour la réalisation des actes ordinaires de la vie, ni surveillance personnelle permanente.

L'assurée, assistée de H._____, a contesté le projet précité par écriture du 26 août 2021, concluant à l'octroi d'une allocation pour impotent. Elle a fait valoir que l'enquête réalisée à son domicile ne reflétait pas son besoin d'assistance quotidien effectif. Un tableau illustratif de son besoin d'aide, joint en annexe, avait été complété par sa mère et mettait en évidence une assistance de près de 130 minutes par jour, soit 15 heures par semaines, auxquelles il fallait ajouter la nécessité d'une disponibilité constante des parents, y compris de nuit, ainsi que des enseignants et professionnels l'encadrant à l'école. La gestion du diabète de type 1 requérait un suivi minutieux, des visites médicales et paramédicales, ainsi que des formations. Les hypoglycémies représentaient potentiellement un danger vital pour l'assurée, de sorte qu'elle devait être constamment surveillée et assistée pour les actes ordinaires du quotidien. L'égalité de traitement entre assurés justifiait par ailleurs qu'une assurée domiciliée dans le canton de Vaud puisse bénéficier des mêmes prestations qu'un assuré domicilié dans un autre canton suisse.

Par complément du 14 septembre 2021, l'assurée, désormais représentée par Me Isabelle Jaques, a revendiqué un besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie quotidienne, à savoir « se vêtir/se dévêtir » et « faire sa toilette ». A son avis, il convenait de considérer que l'assistance de ses parents, de jour comme de nuit, dépassait une proportion raisonnablement exigible, puisqu'il fallait prendre en compte plus de 15 heures par semaine et des interventions durant environ trois nuits par semaine. Le besoin de surveillance permanente était, de son point de vue, avéré dans son cas, vu la mise en danger de sa santé en cas d'hypoglycémie. Elle a par conséquent conclu à la reconnaissance du droit à une allocation pour impotent, au minimum de degré faible.

Dans un rapport du 13 décembre 2021 à l'OAI, reprenant la teneur d'un précédent rapport du 26 septembre 2021, le Dr D._____ a exposé les contraintes de la prise en charge d'un enfant diabétique de type 1 en ces termes :

« [...] Un enfant atteint de DT1 doit suivre un plan de traitement structuré à vie. Celui-ci comprend : la surveillance régulière de la glycémie plusieurs fois par jour (recommandé : >4/jour) l'administration d'insuline, une activité physique et une alimentation adaptée. Si l'alimentation est d'une part « libre » par rapport à sa composition, il faut une connaissance spécifique ainsi que le matériel et le temps adéquat afin de pouvoir calculer la proportion de glucides par repas, qui sera la base du calcul des doses d'insuline. Des possibles erreurs du calcul des glucides peuvent en effet induire des erreurs de calcul de la dose d'insuline avec pour conséquences des complications aiguës (hypoglycémies, hyperglycémies). Le temps estimé pour ces tâches est de 5-10 min par repas, donc entre 30 minutes et 1 heure par jour.

La prise en charge de cette pathologie est une tâche complexe exigeant un bon niveau de connaissances de la maladie qui comporte une lourde responsabilité. Le niveau de connaissances et responsabilités exigés sont une source de préoccupation continuelle pour les parents et pour les enfants.

En raison de leur âge, les enfants ne seront naturellement souvent pas capables de prendre en charge la thérapie de manière autonome et fiable. C'est la raison pour laquelle, les parents doivent suivre une éducation thérapeutique de base, souvent donnée pendant la période initiale d'hospitalisation, ainsi qu'une « éducation thérapeutique continue » régulière pour adapter les soins à l'état de l'enfant. De même, les personnes autres que les parents ou proches qui entourent les enfants en bas âge, comme les enseignants et autres intervenants (club sportif, etc.), doivent également être sensibilisées sur cette pathologie et sur le comportement à adopter en cas de complication aiguë.

Le traitement et le matériel de suivi, associés aux besoins quotidiens, ne sont souvent pas remboursés de manière complète par les assurances et constituent ainsi un fardeau supplémentaire sur le plan financier et émotionnel.

La fille de Mme et M. B. _____ est traitée selon une l'approche de l'insulinothérapie fonctionnelle (FIT). Celle-ci consiste à adapter les doses d'insuline à ce que l'enfant va manger (et non l'inverse). L'insulinothérapie fonctionnelle est le « gold standard » de la prise en charge du patient et tout particulièrement de l'enfant et de l'adolescent, avec un diabète du type 1 (DT1). Cette technique de calcul est utilisée au quotidien et de ce fait remplace les schémas insuliniques classiques pour lesquels la dose d'insuline est prédéfinie.

Cette technique implique pour chaque repas ou collation, donc 4-6x/jour, de mesurer la glycémie, de peser les aliments, de calculer les équivalents glucidiques, puis l'administration de la dose d'insuline adéquate. Ceci peut ainsi s'apparenter à un régime alimentaire et est nécessaire en vue d'assurer un bon équilibre glycémique de la patiente, en vue de préserver sa santé et d'éviter des complications médicales. Cette technique doit être réalisée par une personne formée. En aucun cas A.B. _____, âgée de 7 ans, ne peut réaliser cette tâche de façon autonome.

Lorsqu'un patient diabétique est porteur d'une pompe, il reçoit de l'insuline en continu via la pompe. Cette insuline est dite « basale » et sa dose est calculée par heure et varie en fonction du moment de la journée. Lorsque les enfants grandissent, certaines hormones ont une influence sur la glycémie, raison pour laquelle le débit de base

doit aussi être constamment ajusté. Le calcul de la dose est effectué par les parents, souvent en concertation avec un diabétologue. La pompe doit être reprogrammée à chaque fois. Un jeune enfant ne peut y parvenir seul. L'ajustement du débit de base se fait plusieurs fois par an et doit être contrôlé en permanence.

Le traitement du diabète chez l'enfant exige qu'une personne formée à la gestion médicale du diabète soit disponible 24 heures sur 24. Bien qu'un enfant de cet âge puisse être laissé seul pendant une courte période, un adulte formé doit toujours être disponible et à proximité. On peut donc considérer qu'un patient atteint de diabète de type 1 doit être sous une surveillance personnelle permanente. En effet, un enfant laissé seul et en proie à une hyper ou hypoglycémie se mettrait, selon toute probabilité, en danger.

Par exemple, la nuit, un enfant de bas âge atteint de diabète de type 1 ne peut pas être laissé seul car il peut ne pas entendre les alarmes de l'appareil et pourrait ne pas agir en conséquence, entraînant potentiellement des conséquences graves pour sa santé. De nombreux parents craignent que l'enfant fasse une hypoglycémie la nuit. Ils sont régulièrement réveillés en raison d'alarmes d'hypoglycémies et d'hyperglycémies. Ce stress est souvent sous-estimé et peut difficilement être reflété dans une procédure. Il n'est pas rare de devoir intervenir pour effectuer un geste médical 1 à 2 fois par nuit.

Par ailleurs, l'effort logistique de la thérapie ne doit pas être sous-estimé : il doit toujours y avoir suffisamment d'insuline, ainsi que du glucagon à disposition. De même, les accessoires des appareils de technologie médicale doivent être commandés, remplacés et entretenus (changement des piles, changer les sets de perfusion, changer les cathéters, changer les capteurs, etc.). Une famille avec un enfant diabétique doit planifier chaque activité en dehors de la maison et prendre en compte certains éléments à l'avance (par exemple lors des sorties, il faut emporter de l'insuline de rechange et du glucose, etc.).

Enfin, un patient atteint de diabète de type 1 doit effectuer un suivi médical adéquat (au minimum un rendez-vous de contrôle tous les trois mois, voire mensuel en cas de suivi rapproché, une fois par an pour un suivi médical approfondi, ainsi qu'une fois par an une visite chez l'ophtalmologue).

Au final, nous considérons que la prise en charge d'un diabète de type 1 exige une capacité de calcul, de la discipline et de la prévoyance. Ce sont des qualités qui font défaut à l'enfant jusqu'à la puberté. [...] »

L'assurée s'est prévalu du document précité par correspondance du 20 janvier 2022 pour réitérer les conclusions formulées le 14 septembre 2021.

L'enquêtrice de l'OAI a examiné les arguments avancés en procédure d'audition dans une communication interne du 25 janvier 2022. Elle a notamment relevé que l'assistance en lien avec la gestion médicale et le maintien du cathéter avait été prise en compte dans les soins

infirmiers et les traitements. Il n'y avait pas lieu en revanche de retenir cette assistance sous l'angle de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. S'agissant de la surveillance personnelle permanente, l'enquêtrice de l'OAI a rappelé que l'assurée n'avait pas besoin d'une personne en permanence à ses côtés, tandis qu'elle comprenait les consignes et ne se mettait, à son avis, pas en danger.

Par décision du 10 février 2022 (annulant et remplaçant une décision du 25 janvier 2022 de même teneur en raison d'une notification irrégulière), l'OAI a nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent sur la base des observations ressortant du rapport d'enquête à domicile du 22 juillet 2021 et des explications fournies par son enquêtrice le 25 janvier 2022.

Le Dr D. _____ a fourni un nouveau rapport à l'OAI le 14 mars 2022, destiné à appuyer la requête de l'assurée. Il a notamment souligné ce qui suit :

« [...] Le diabète de type 1 est une maladie chronique qui à ce jour n'a pas de guérison. Le diagnostic de diabète de type 1 signifie donc une atteinte à la santé à vie. L'hormone « insuline » est en effet la seule hormone permettant une utilisation du glucose par la majorité des cellules du corps. Le dosage de l'insuline nécessite une certaine finesse dans son ajustement. En effet, la sous-exposition ainsi que la surexposition ont des effets métaboliques potentiellement dangereux. En cas d'absence d'insuline, le développement d'une acidocétose métabolique est réel.

Et un excès d'insuline peut provoquer une hypoglycémie avec une potentielle perte de conscience voire défaillance cardio-respiratoire. En connaissance de ces complications aiguës, possiblement dangereuses, qui peuvent survenir à n'importe quel moment d'une journée, une surveillance étroite d'un enfant avec diabète est nécessaire jour et nuit. Cette surveillance n'inclut pas seulement les aspects techniques comme la mesure d'un taux de glucose ou l'administration d'une quantité d'insuline calculée minutieusement avec des connaissances spécifiques, mais également l'observation des signes cliniques pouvant annoncer une des complications décrites.

La question de l'âge intervient donc à différents niveaux :

- 1) Technique : Est-ce que l'enfant est autonome avec un geste technique en lien avec le diabète ?
- 2) Surveillance/vigilance : Est-ce que l'enfant sait utiliser les gestes techniques pour la surveillance nécessaire de sa maladie ?
- 3) Reconnaissance : L'enfant reconnaît-il les signes d'hypo-hyperglycémie ?

4) Compréhension : Est-ce que l'enfant comprend les manipulations techniques, est-ce que l'enfant comprend l'impact d'une décision thérapeutique et est-ce que l'enfant sait modifier les doses d'insuline en fonction d'une situation particulière ?

5) Interprétation : Est-ce que l'enfant sait interpréter les situations, les signes, les dangers potentiels l'exposant à un risque d'une décompensation métabolique ? Sait-il différencier les situations de tous les jours : les repas, les soins d'hygiène, le chemin à l'école, des situations inconnues tels qu'une modification d'horaire d'une activité courante, d'un stress, d'un accident, etc. et agir de manière adéquate ?

6) Réflexion : Est-ce que l'enfant peut anticiper, préparer le matériel nécessaire pour la gestion de son diabète ?

7) Conséquences à long terme : Est-ce que l'enfant est capable de comprendre l'impact de sa maladie, du traitement, à moyen et court terme ?

La particularité du diabète est que toute situation, ordinaire ou extraordinaire, peut impacter le métabolisme glucidique à tout moment de la journée ou de la nuit. Le diabète est présent 24/24 heures, sa surveillance est donc constante.

Il est difficile de déterminer un âge auquel un enfant est autonome. Pour certains gestes techniques comme la mesure du glucose un âge de 6-8 ans peut être considéré comme possible. Pour d'autres gestes comme un changement de cathéter de pompe un âge de 8-12 ans doit être considéré. Il n'est cependant possible de demander une autonomie pour la compréhension, interprétation, réflexion et connaissance des conséquences à long terme qu'au-delà de 12-14 ans environ.

Ainsi, en **diabétologie pédiatrique**, nous considérons que **les enfants de moins de 12 ans** ne sont pas en mesure d'assumer la thérapie par insuline de manière autonome et fiable. Ils peuvent donc être considérés « impotents » pour ces niveaux de surveillance de soins.

L'éducation thérapeutique vise à montrer aux parents et proches, comme aux personnes adultes entourant les enfants, les moyens de surveillance et de reconnaissance de possibles situations problématiques. Ceci pour garantir une surveillance étroite 24/24 heures.

L'évaluation de l'impact du diabète dans la vie d'un enfant avec diabète et de sa famille ou de ses proches ne peut être calculée sur une simple addition du surcoût du temps passé à faire des gestes techniques. Celui-ci ne dépasse le plus souvent pas les 4 heures par jour étant donné que l'enfant avec diabète de type 1 a le plus souvent un développement normal et approprié par rapport à son âge.

Comme expliqué, de nombreuses interventions de surveillance/vigilance ne sont pas quantifiables. Le quotidien d'un enfant nécessite la présence d'un adulte formé dans la compréhension et l'interprétation des gestes, soins, et situation entre les soins.

Ces interventions non-matérielles et certes difficilement mesurables ou quantifiables mais présentes à tout moment de la journée requièrent une reconnaissance. Cette reconnaissance correspond à un investissement qui aidera les parents et les proches à accomplir les soins et la surveillance nécessaire de tout enfant avec diabète de type 1 en bas âge. De plus, cela pourra contribuer à la diminution des complications aiguës et chroniques du diabète, avec pour

conséquence une diminution des coûts de la santé à long terme.
[...] »

D. A.B._____, agissant par ses parents, représentés par Me Jaques, a déféré la décision de l'OAI du 10 février 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 15 mars 2022. Elle a conclu, principalement, à sa réforme sous suite de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen, et subsidiairement, à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible. A titre plus subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle enquête à domicile. Après avoir rappelé les contraintes et implications du diagnostic de diabète de type 1, l'assurée a fait valoir avoir besoin d'assistance pour l'accomplissement de trois actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette », à tout le moins pour l'exécution d'au moins une fonction partielle de chacun de ces actes. S'agissant de l'alimentation, elle ne disposait pas des ressources nécessaires à son maintien en vie, au vu de la précision des calculs destinés à adapter le débit d'insuline. L'intervention d'un adulte dûment formé s'avérait donc indispensable. Il en allait de même pour l'habillement et les soins corporels ; l'assurée devait recourir à l'aide de sa mère pour enlever le cathéter et reconnecter la pompe à insuline, ainsi que pour éviter d'arracher ou d'endommager ce matériel. En outre, fondée sur les explications fournies par le Dr D._____, elle considérait avoir besoin d'une surveillance personnelle permanente, à défaut de quoi son pronostic vital pouvait être engagé. Par ailleurs, elle a estimé que le rapport d'enquête à domicile du 22 juillet 2021 ne remplissait pas les réquisits minimaux pour se voir accorder pleine valeur probante, dans la mesure où ce document était incomplet, ne prenant pas en compte les appréciations divergentes de sa situation. Enfin, l'assurée s'est prévaluée du principe d'égalité de traitement, étant donné que des assurés affectés de la même atteinte à la santé bénéficiait d'allocations pour impotent de l'assurance-invalidité servies dans d'autres cantons suisses. Etaient produits en annexe, outre les pièces principales du dossier, divers articles sur le diabète de type 1 et ses traitements, dont la pompe à insuline.

L'OAI a répondu au recours le 14 avril 2022 et conclu à son rejet, en se référant pour l'essentiel au rapport d'enquête à domicile du 22 juillet 2021 et à la teneur des directives administratives régissant l'allocation pour impotent.

Par réplique du 13 juin 2022, l'assurée a confirmé ses conclusions et réitéré que le rapport d'enquête du 22 juillet 2021 était dénué de toute valeur probante. Elle a par ailleurs souligné les différences entre les diabètes de type 1 et 2, renvoyant à un article sur la question, fourni en annexe à son écriture.

Dans sa duplique du 4 juillet 2022, l'OAI a maintenu sa position sur la base des directives administratives en vigueur, concédant que la question du diabète de type 1 chez les mineurs et ses conséquences était débattue au sein des offices de l'assurance-invalidité.

L'assurée s'est déterminée le 1^{er} décembre 2022. Elle s'est prévalu de deux jugements du Tribunal administratif du canton de Berne du 4 septembre 2022, lesquels avaient trait à deux jumeaux atteints du diabète de type 1, mis au bénéfice d'allocations pour impotent de degré faible en raison de la reconnaissance d'un besoin de surveillance personnelle permanente. Elle a également mis en évidence une décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton [...], laquelle accordait à un enfant diabétique de type 1 une allocation pour impotent de degré faible, au motif que celui-ci requérait des soins particulièrement astreignants.

Le 21 décembre 2022, l'OAI a réitéré ses conclusions.

E n d r o i t :

- 1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige a pour objet le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

b) De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou l'état de fait postérieur à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

c) En l'espèce, les faits déterminants se sont déroulés essentiellement sous l'ancien droit en dépit de la date de la décision litigieuse. Cela étant, les dispositions de la LAI applicables en matière d'allocation pour impotent n'ont pas subi de modifications dès le 1^{er} janvier 2022. Le nouveau droit entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022

demeure par conséquent sans incidence sur l'issue de la présente procédure.

4. a) Selon la jurisprudence, une décision viole le principe de l'égalité de traitement consacré à l'art. 8 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), lorsqu'elle établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler ou qu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente. Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante. L'inégalité de traitement apparaît ainsi comme une forme particulière d'arbitraire, consistant à traiter de manière inégale ce qui devrait l'être de manière semblable ou inversement (ATF 141 I 153 consid. 5.1 ; 140 I 77 consid. 5.1 ; 137 V 334 consid. 6.2.1 ; 134 I 23 consid. 9.1).

b) Il apparaît superflu de se prononcer sur les arguments de la recourante en lien avec une éventuelle discrimination au sens de l'art. 8 Cst. dans la mesure où on ne voit pas que sa situation aurait fait l'objet d'un traitement différent de celle de tout autre assuré. En particulier, on ne saurait considérer que le diagnostic de diabète de type 1, posé auprès d'un assuré mineur, impliquerait d'emblée l'octroi d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. Il convient, en revanche, de se prononcer spécifiquement sur les répercussions d'une telle atteinte à la santé dans chaque cas particulier à l'aune des normes applicables en matière d'impotence.

5. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

b) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont

droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42^{bis} (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

6. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et 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).

c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, 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).

d) Aux termes de l'al. 4 de cette disposition, dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge en bonne santé.

7. a) Les mineurs ayant droit à une allocation pour impotent, qui ne séjournent pas dans un home, mais qui ont besoin de soins intenses, ont droit à un supplément pour soins intenses (art. 42^{ter} al. 3, 1^{ère} phrase, LAI ; art. 36 al. 2 et 39 RAI) Ce supplément n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.1).

b) Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a, en outre, besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de quatre heures (art. 39 al. 1 RAI). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose ainsi sur une appréciation temporelle de la situation (TF 9C_350/2014 précité consid. 4.2.3).

c) N'est pris en considération, dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical, ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (art. 39 al. 2 RAI).

8. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier

2022, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c).

b) De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

c) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI).

d) Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle

d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI).

e) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; ch. 2015 et 2017 CSI). L'aide indirecte doit être d'une certaine intensité ; une simple injonction ne suffit pas à la caractériser. Ainsi, il n'est pas suffisant de devoir dire plusieurs fois à un assuré de réaliser un acte. L'injonction doit toujours être répétée ; il faut au moins devoir contrôler l'exécution de l'acte et, en cas de besoin, intervenir (cf. ch. 2017 CSI). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin (ch. 2018 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

9. a) Les soins permanents au sens de l'art. 37 al. 1 RAI ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 V 136). Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une

période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente. Le besoin d'aide ne doit être reconnu que lorsque l'assuré a besoin d'une aide directe ou indirecte pour la prise de médicaments (surveiller ou donner des indications à chaque prise ; cf. ch. 2058 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°42 ad. art. 42 LAI, p. 611).

b) Il convient de distinguer des soins permanents susmentionnés la notion de soins particulièrement astreignants ressortant à l'art. 37 al. 3 RAI. Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, ce qui signifie qu'ils nécessitent beaucoup de temps ou sont particulièrement coûteux. Il peut être aussi qualitatif, ce qui signifie que leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être donnés à des heures inhabituelles (TF 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.2). Un besoin de soins de plus de deux heures par jour sera qualifié de particulièrement astreignant si des aspects qualitatifs aggravants doivent aussi être pris en compte. Si ce besoin est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par exemple soins pendant la nuit) s'y ajoute. Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est qualifié de particulièrement astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire (TF 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.3 ; cf. ch. 2063 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°47 ad art. 42 LAI, p. 613).

10. a) Lorsqu'un mineur, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de deux heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures (art. 39 al. 3 RAI).

b) Cette surveillance permanente ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base (TF 8C_533/2019 du

11 décembre 2019 consid. 3.2.5 et les références citées). Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. 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. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers. Le besoin de surveillance peut être admis, déjà en cas de faible probabilité de mise en danger, lorsque l'absence de surveillance pourrait avoir des conséquences néfastes pour la santé (TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; 9C_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.4 ; cf. ch. 5022 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°33 à 35 ad. art. 42 LAI, p. 611, et n°10 ad art. 42^{ter} LAI, p. 638).

c) On admet un besoin de surveillance nettement accrue, auprès d'un mineur, par comparaison avec un enfant d'âge identique, en particulier lorsque :

- l'enfant pourrait se mettre en danger ou constituer un danger pour des tiers ; la situation de danger et le besoin de surveillance doivent subsister malgré les mesures prises pour réduire le dommage ;
- la surveillance personnelle se caractérise par une certaine intensité, qui dépasse le besoin de surveillance d'un enfant du même âge ne souffrant d'aucun handicap (TF 9C_431/2008 du 26 février 2009 consid. 4.4 ; cf. ch. 5024 CSI).

d) En principe, un besoin de surveillance personnelle n'est pas reconnu avant l'âge de six ans, puisqu'un enfant en bonne santé a également besoin de surveillance jusqu'à cet âge. Une surveillance personnelle peut entrer en ligne de compte exceptionnellement dès l'âge de quatre ans (enfants autistes ou épileptiques ; TF 8C_393/2021 du 13 octobre 2021 consid. 3.2 ; cf. également : Annexe 2 CSI).

e) La surveillance permanente est considérée comme particulièrement intense lorsqu'on exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante. Cela signifie que cette personne doit se trouver en permanence auprès de l'assuré, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce dernier ou provoquer des dommages considérables à des tiers ou des objets. En raison de la nécessité d'assurer cette surveillance en permanence, la personne qui en est chargée ne peut guère se consacrer à d'autres activités (TF 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2 ; cf. ch. 5025 CSI).

11. a) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel

rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

b) En outre, de jurisprudence constante, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et 121 V 45 consid. 2a).

9. a) La CSI contient à son Annexe 2 des recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs, précisant qu'il s'agit de normes de référence qui ne s'appliquent pas impérativement à tous les cas et qui doivent être appliquées avec souplesse (cf. également : TF 8C_461/2015 du 2 novembre 2015 consid. 4.3).

Son Annexe 3 est intitulée « Valeurs maximales et aide en fonction de l'âge » et vient mesurer le temps nécessaire à l'aide apportée en fonction de l'âge aux fins de l'accomplissement des différents actes ordinaires de la vie. Les valeurs, qui reposent sur l'expérience des divers offices de l'assurance-invalidité, sont qualifiées de « valeurs moyennes » et ont été soumises pour avis à la Société suisse de pédiatrie. L'Annexe 3 retient ainsi l'âge de 10 ans à partir duquel le besoin d'aide en temps serait analogue pour un assuré mineur à celui qui peut être pris en considération pour un adulte.

b) Les directives et circulaires administratives 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 (ATF 140 V 543 consid. 3.2.2.1 ; 138 V 346 consid. 6.2, 137 V 1 consid. 5.2.3 et 133 V 257 consid. 2 et les références citées).

10. a) Dans le cas particulier, l'intimé s'est fondé essentiellement sur les observations consignées dans le rapport d'enquête sur l'impotence du 22 juillet 2021 pour rendre la décision querellée. L'intimé a considéré que l'assistance revendiquée par la recourante pour l'accomplissement de trois actes ordinaires de la vie - « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette » - ne pouvait être prise en compte au titre de l'impotence, faute de régularité et d'importance. La recourante, de son côté, estime que l'enquêtrice de l'intimé a systématiquement minimisé les conséquences de son atteinte à la santé dans le but précisément de nier le droit à une allocation pour impotent au regard d'impératifs budgétaires.

b) Quoiqu'en dise la recourante, on ne voit pas que ses griefs à l'encontre du rapport d'enquête incriminé puissent être sérieusement retenus. Ce document rapporte les propos de la mère de la recourante, lesquels ne sont pas contredits par ses déterminations ultérieures. Il n'y a pas lieu de considérer que la recourante aurait fait mention de difficultés supplémentaires que l'enquêtrice de l'intimé auraient eues, ce qu'elle ne prétend d'ailleurs pas. La recourante ne manifeste en réalité son désaccord qu'avec l'appréciation des faits retranscrits, telle qu'opérée par l'intimé. Il s'ensuit qu'on peut retenir a priori les observations énoncées

dans le rapport d'enquête du 22 juillet 2021 pour examiner le cas de la recourante.

11. a) En l'espèce, concernant l'accomplissement de l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'intimé a relevé que la recourante était autonome pour son accomplissement. L'assistance de sa mère était toutefois nécessaire pour éviter d'endommager ou d'arracher le cathéter. La recourante estime que sans cette aide, elle se trouverait « dans l'incapacité totale » de réaliser l'acte en cause.

b) On ne saurait toutefois suivre le raisonnement de la recourante, dans la mesure où l'aide invoquée en lien avec le cathéter ne peut être qualifiée d'« importante » au regard de la jurisprudence citée sous consid. 8d supra. Même si une certaine régularité peut être prise en considération, il n'y a pas lieu de conclure qu'à défaut de l'aide alléguée, la recourante serait incapable d'accomplir seule l'acte en question. Au demeurant, il n'apparaît pas incongru de prodiguer une assistance ponctuelle à une enfant de moins de 10 ans pour la réalisation de l'acte concerné (cf. également : Annexe 3 CSI). Enfin, on peut relever que le soutien prodigué par la mère de la recourante relève davantage de la surveillance personnelle que de l'accomplissement de l'acte ordinaire en question (cf. infra, consid. 16).

12. S'agissant de l'accomplissement de l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », la recourante ne revendique pas la prise en compte cet acte au stade de la présente procédure. Il n'est pas contesté que ses parents doivent lui prodiguer une assistance de nuit pour des contrôles glycémiques ou des interventions en cas d'urgence, lesquels ont toutefois davantage trait à la question de la surveillance de la recourante (cf. infra, consid. 16).

13. a) Eu égard à la réalisation de l'acte « manger », l'intimé a rapporté que la recourante était autonome pour réaliser cet acte, sa mère ou un enseignant devant toutefois calculer les glucides pour déterminer la dose adéquate d'insuline. Il a rappelé qu'un régime alimentaire ne devait

pas être retenu au titre de l'impotence. La recourante conteste, de son côté, que les mesures prises par l'adulte à chaque repas soient assimilables à un régime alimentaire. Elle a relevé que l'insulinothérapie fonctionnelle dont elle bénéficie requérait des calculs inaccessibles à une enfant de son âge et tendait à son maintien en vie. Aucun objectif de perte de poids ne devait par ailleurs être atteinte.

b) L'acte « manger » comprend essentiellement la capacité à couper les aliments et à se nourrir (porter les aliments à la bouche, mâcher et avaler la nourriture). Le choix des aliments et la préparation du repas ne constituent pas des fonctions partielles de l'acte en question (cf. TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 5.1 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°19 ad art. 42 LAI, p. 602). Quoi que soutienne la recourante, elle ne présente aucune difficulté à réaliser l'ensemble des fonctions partielles de l'acte « manger ». Elle ne remet du reste pas en question sa capacité à se nourrir seule et à participer aux repas avec sa famille. En outre, on ne saurait à l'évidence envisager qu'un enfant de son âge, même en bonne santé, soit autonome pour la préparation des repas. Il est donc superflu de déterminer si la mesure des glucides au profit de la recourante doit être ou non assimilée à un régime alimentaire, puisqu'il s'agit de nier, à l'instar de l'intimé, un besoin d'assistance pour l'accomplissement de l'acte en cause selon les critères pertinents en matière d'impotence.

14. a) Relativement à l'acte « faire sa toilette », l'intimé a observé que la recourante était autonome pour accomplir l'ensemble des fonctions partielles de l'acte en cause. L'assistance de sa mère s'avérait toutefois nécessaire pour déconnecter la pompe à insuline durant la toilette et la reconnecter après la douche. La recourante a souligné être dans l'impossibilité de se charger de la gestion de la pompe à insuline, ce que le Dr D. _____ avait d'ailleurs dûment exposé dans ses rapports des 26 septembre et 13 décembre 2021.

b) En l'occurrence, on peut se rallier à l'appréciation de l'intimé eu égard à la réalisation de l'acte concerné. L'aide prodiguée pour

la pompe à insuline n'a pas lieu d'être considérée comme « importante » au sens de la jurisprudence citée sous consid. 8d supra. La recourante demeure capable de réaliser seule l'essentiel de sa toilette, sous réserve de l'assistance dispensée pour sa pompe à insuline. Cela étant, cet assistance relève bien davantage de l'examen du besoin de surveillance personnelle de la recourante (cf. infra, consid. 16).

15. a) Sous la rubrique des traitements, l'enquêtrice de l'intimé a tenu compte des injections d'insuline, ainsi que des changements de cathéter et de capteurs de glycémie. Elle a également fait état de 14 contrôles glycémiques quotidiens pour comptabiliser un surcroît de temps consacré aux soins de 49 minutes. En outre, l'accompagnement à des visites médicales et thérapeutiques a été comptabilisé à hauteur de 3 minutes.

b) L'appréciation de l'intimé n'apparaît pas critiquable en lien avec les injections d'insuline et l'adaptation du matériel (cathéter et capteurs), puisqu'on peut effectivement considérer que ces opérations correspondent à la notion de soins au sens de la jurisprudence mentionnée plus haut sous consid. 9a. La mesure de l'accompagnement aux thérapies peut également être confirmée, sans plus ample examen, la recourante ne remettant pas en question les constats ressortant du rapport d'enquête du 21 juillet 2021.

c) Relativement aux contrôles glycémiques, réalisés quotidiennement environ 14 fois et effectués éventuellement de nuit en cas d'urgence, on peut en revanche douter que ces contrôles correspondent à la notion de soins. Ils apparaissent bien plutôt ressortir à la surveillance personnelle de la recourante dans le but de maintenir son équilibre glycémique. Il convient par conséquent de retrancher ces contrôles de la durée des traitements comptabilisée par l'intimé à hauteur de 28 minutes et de les prendre en considération au titre de la surveillance personnelle permanente (cf. infra, consid. 16).

d) On ajoutera que les traitements administrés à la recourante et l'adaptation de son matériel de soin ne remplissent pas les critères pour être qualifiés de particulièrement astreignants, en vertu de l'art. 37 al. 3 RAI, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. On observe que l'exécution de ces traitements ne justifie pas en soi un temps ou des coûts importants, ni que ceux-ci seraient réalisés dans des conditions particulièrement difficiles (cf. consid. 9b ci-avant). Le temps par injection a été chiffré à 2 minutes quotidiennes et l'adaptation du matériel à 11 minutes journalières, ce qui n'apparaît pas excessivement exigeant et n'atteint de toute façon pas plus de 2 heures par jour. Il est donc exclu de retenir des soins particulièrement astreignants in casu.

16. a) Eu égard à la question de la surveillance personnelle permanente, l'enquêtrice de l'intimé a écarté un tel besoin dans son rapport d'enquête du 21 juillet 2021, relevant que la recourante était scolarisée en école publique, où des protocoles avaient été mis en place. Elle commençait en outre à être capable de gérer sa glycémie. Ses parents devaient toutefois se rendre à l'école en cas d'urgence (hyperglycémies). Un adulte devait être présent lors des sorties scolaires et extrascolaires. Selon l'enquêtrice de l'intimé, il n'y avait toutefois ni besoin de surveillance, ni mise en danger de la recourante. Pour sa part, la recourante a souligné l'important investissement de ses parents, notamment pour les contrôles quotidiens de la glycémie et la gestion d'éventuelles urgences pouvant survenir de jour comme de nuit. Dans ce contexte, la recourante s'est prévalu des rapports établis les 26 septembre et 13 décembre 2021 par le Dr D._____, lequel a notamment rappelé la formation nécessaire tant pour les parents que pour le personnel enseignant encadrant un enfant affecté du diabète de type 1. La présence constante d'un adulte formé, disponible pour l'enfant, était indispensable pour assurer un équilibre glycémique et/ou intervenir adéquatement en cas d'urgence. En outre, ce spécialiste a exposé les contraintes liées aux mesures quotidiennes de la glycémie et à « l'effort logistique » impliqué par les appareils de technologie médicale. Un suivi médical régulier s'imposait pour vérifier l'adéquation des traitements et l'absence d'effets secondaires de l'atteinte à la santé. Il considérait qu'un

enfant diabétique ne pouvait être autonome avant l'âge de 12 ans environ, étant donné la technicité des appareils médicaux et la précision des calculs des taux de glucides et d'insuline. On ajoutera que la recourante a produit, au stade de la procédure administrative, un tableau récapitulatif des différents contrôles réalisés chaque jour par ses parents ou ses enseignants (totalisant environ 15 heures par semaine), lequel illustre concrètement les propos du Dr D._____.

b) Compte tenu des explications détaillées fournies par le Dr D._____, lesquelles rejoignent les déclarations des parents de la recourante, il convient d'écarter l'appréciation de l'intimé en lien avec la question de la surveillance personnelle permanente. Contrairement à ce que soutient son enquêtrice dans le rapport du 21 juillet 2021, l'absence de surveillance personnelle de la recourante est bel et bien susceptible d'entraîner des conséquences graves sur sa santé, voire de mettre en péril sa vie. On peut en effet considérer comme établi que la recourante doit pouvoir bénéficier d'une disponibilité constante de la part d'un adulte formé (un parent ou un enseignant) pour procéder aux contrôles glycémiques quotidiens (14 fois par jour en moyenne à raison de 2 minutes pour chaque contrôle dans le cas d'espèce) et d'intervenir en cas d'urgence. A défaut, elle court manifestement le risque de se mettre en danger ou de compromettre durablement sa santé, tandis qu'elle peut à n'importe quel moment (quotidiennement, voire plusieurs fois par jour ou par nuit) présenter une hypoglycémie ou une hyperglycémie. Cette exigence d'une disponibilité constante de l'adulte, de jour comme de nuit, correspond manifestement à la notion de surveillance personnelle permanente développée par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 10 supra). On ajoutera que la recourante a quotidiennement besoin d'une surveillance pour assurer le maintien en place du cathéter lorsqu'elle réalise certaines activités de la vie quotidienne (habillement et douche, mentionnés dans le rapport d'enquête à domicile du 21 juillet 2021). Enfin, étant donné la technicité du matériel médical, mise en exergue par le Dr D._____, on peut effectivement retenir que la recourante, vu son âge à la date de la décision querellée, n'est pas encore capable de réaliser les gestes thérapeutiques adaptés à son état de santé.

c) Par conséquent, il convient d'admettre que la recourante requiert, au plus tard depuis l'âge de six ans révolus (cf. consid. 10d supra ; Annexe 2 CSI), une surveillance personnelle permanente, correspondant à un surcroît d'aide de deux heures par jour. Il n'a toutefois pas lieu de prendre en compte un besoin de surveillance particulièrement intense qui équivaldrait à quatre heures par jour, dans la mesure où la recourante reste dotée d'une certaine autonomie et ne requiert pas une présence permanente de l'adulte à son chevet, ce qui laisse la possibilité aux surveillants de se consacrer à d'autres activités.

17. a) S'agissant des assurés mineurs, l'art. 42^{bis} al. 3 LAI prévoit que pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois. Selon l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI.

b) Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que contrairement au renvoi de l'art. 42 al. 4 *in fine* LAI, le début du droit à l'allocation pour impotent ne se détermine pas en fonction de l'art. 29 al. 1 LAI, mais de l'art. 28 al. 1 LAI (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5). Partant, le droit à une allocation pour impotent suppose dans tous les cas l'expiration de la période d'attente d'une année en application analogique de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (ATF 144 V 361 consid. 6.2)

c) Par ailleurs, si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 1 LAI).

18. a) Dès lors que la recourante peut se prévaloir d'un besoin de surveillance personnelle permanente, elle a droit à une allocation pour impotent de degré faible, puisque sa situation correspond à l'alternative

prévue à l'art. 37 al. 3 let. b RAI. Elle ne saurait prétendre à une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, en l'absence d'un besoin d'assistance reconnue pour l'accomplissement d'au moins deux actes ordinaires de la vie.

b) Etant donné que le besoin de surveillance peut être reconnu à partir de l'âge de six ans révolus (atteints par la recourante [...] 2019), le délai de carence d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI (applicable par analogie) est arrivé à échéance le [...] 2020. La recourante a ainsi droit au versement d'une allocation pour mineur impotent de degré faible dès le 1^{er} novembre 2020.

19. La recourante ne peut en revanche pas prétendre à l'octroi d'un supplément pour soins intenses, puisque le seuil minimal de quatre heures par jour de surcroît de temps n'est de loin pas atteint dans son cas (cf. art. 39 al. 1 RAI et consid. 7b supra). Le surcroît de temps journalier pour les traitements se monte en effet à 21 minutes, après déduction de 28 minutes consacrées aux contrôles de la glycémie (englobés dans la surveillance personnelle permanente équivalant à deux heures par jour). Les visites médicales et thérapeutiques ont en plus été retenues à hauteur de 3 minutes par jour. Le total du surcroît de temps quotidien totalise donc 24 minutes quotidiennes. Même en prenant en compte les 28 minutes afférentes aux contrôles glycémiques pour parvenir à un surcroît de temps journalier de 52 minutes, on resterait très en deçà du seuil requis par l'art. 39 al. 1 RAI.

20. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé réformée, en ce sens que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} novembre 2020.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à l'intimé.

c) En outre, obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire professionnelle, la recourante peut prétendre à des dépens, fixés in casu à 3'000 fr. et portés à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 10 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que la recourante a droit au versement d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} novembre 2020.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Isabelle Jaques, à Lausanne (pour A.B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :