

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

A.Q._____, à [...], recourant, agissant par ses parents **B.Q.**_____ et **C.Q.**_____, également à [...], 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 ; 42 et 42^{bis} LAI ; 37 et 39 RAI

E n f a i t :

A. A.Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 2019, est atteint d'un diabète de type 1 diagnostiqué en juin 2023.

Le 7 août 2023, l'assuré, agissant par ses parents, a déposé une demande d'allocation pour mineur impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant qu'il avait besoin d'une aide, de façon régulière et importante, pour accomplir deux actes ordinaires de la vie, soit pour « se vêtir/se dévêtir » et pour « faire sa toilette », de même que pour les soins médicaux. En outre, il nécessitait une surveillance personnelle permanente, dans la mesure où il n'était pas autonome pour gérer le diabète.

Sur demande de l'OAI, les parents de l'assuré ont détaillé, le 29 août 2023, le temps consacré aux soins médicaux et infirmiers nécessités par leur fils, à savoir : changement du cathéter (30 à 35 minutes tous les deux jours et demi), changement du capteur (30 minutes tous les quatorze jours), purge de la tubulure (5 minutes une à deux fois par jour), pesée des repas (10 minutes cinq fois par jour), bolus (5 minutes cinq fois par jour), bolus de correction (5 minutes trois fois par semaine), inventaire matériel médical (15 minutes deux fois par mois), glycémie capillaire (3 minutes trois fois par jour), changement de l'insuline et purges (15 minutes une fois par semaine), gestion des imprévus tels qu'une hyperglycémie ou une hypoglycémie de jour ou de nuit, ainsi que des téléphones avec l'école et le médecin (30 minutes cinq fois par semaine).

Donnant suite à une sollicitation de l'OAI du 21 août 2023, l'Unité E._____ du Centre hospitalier B._____ ([...]) a fait parvenir à celui-ci un rapport du 17 juillet 2023 du Dr P._____, spécialiste en pédiatrie auprès de cette Unité, aux termes duquel ce médecin a indiqué que l'assuré était suivi pour un diabète de type 1A diagnostiqué le 8 juin 2023 à l'âge de quatre ans et trois mois. La situation était stable avec une

normalisation des valeurs de glucose et une diminution progressive des doses d'insuline comme cela était attendu dans les premières semaines après l'apparition du diabète. La thérapie par pompe semblait bien acceptée et aucun problème technique majeur n'était à constater.

Répondant le 17 janvier 2023 [recte 2024] à un questionnaire de l'OAI du 1^{er} septembre 2023, la Dre W._____, cheffe de clinique du Service de pédiatrie du Centre hospitalier B._____, a indiqué, en cochant des cases, que la durée des soins médicaux et infirmiers à domicile était supérieure à trois heures par jour et qu'il n'y avait aucun facteur aggravant à prendre en compte.

Par projet de décision du 29 janvier 2024, l'OAI a informé les parents de l'assuré de son intention de rejeter la demande d'allocation pour impotent en faveur de leur fils, au motif que celui-ci ne nécessitait pas l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes courants de la vie en raison de son atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité mais compte tenu de son jeune âge et du traitement/suivi nécessité en lien avec la gestion du diabète qui relevait de soins permanents. Or selon l'attestation de l'Unité E._____, la durée des soins nécessités était supérieure à trois heures par jour mais sans que des aspects qualitatifs aggravants ne puissent être pris en compte. Partant, ces soins ne pouvaient être qualifiés d'astreignants.

Par courrier du 24 mai 2024, l'assuré, par son mandataire, a fait part de ses objections au projet de décision. Il a, en substance, reproché à l'OAI d'avoir mené une instruction lacunaire. Il a également fait valoir qu'il avait besoin d'une aide pour les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir » et pour « faire sa toilette », ainsi que d'une surveillance personnelle permanente. L'assuré a joint à son courrier plusieurs pièces, à savoir un document établi par l'association T._____, dans lequel il est expliqué quels sont les droits en matière d'assurances sociales pour un enfant diabétique de type 1, un rapport du 15 mars 2024 de l'infirmière U._____, qui décrivait la prise en charge d'un enfant diabétique de type 1, le descriptif d'une semaine-type de l'assuré, ainsi qu'un arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 71/22 - 277/2023 du

18 octobre 2023), aux termes duquel celle-ci a reconnu un besoin de surveillance personnelle permanente en faveur d'une assurée mineure atteinte de diabète de type 1 et, partant, un droit à une allocation pour impotent de degré faible.

Dans un avis du 1^{er} octobre 2024, le service juridique de l'OAI s'est fondé sur la lettre circulaire AI n° 443 du 31 juillet 2024 (ci-après : lettre circulaire AI n° 443), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), pour écarter les arguments formulés dans l'opposition et maintenir sa position, précisant qu'en l'absence de la nécessité d'une aide pour les actes de la vie quotidienne, il était possible de renoncer à une évaluation sur place, dans la mesure où les documents médicaux indiquaient clairement les interventions nécessaires.

Par décision du 1^{er} octobre 2024, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour mineur impotent en faveur de l'assuré, pour les mêmes motifs que ceux figurant dans le projet du 29 janvier 2024, en se référant en particulier à la lettre circulaire AI n° 443. Il a en outre précisé que les conditions pour reconnaître la nécessité d'une surveillance personnelle permanente n'étaient pas remplies, en se fondant également sur le document précité.

B. Par acte du 6 novembre 2024, A.Q._____, agissant par ses parents, représentés par Me Isabelle Jaques, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de gravité moyenne lui est accordée et, subsidiairement, à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de gravité faible lui est accordée. A titre plus subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (enquête à domicile) et nouvelle décision. Après s'être penché sur la portée de la lettre circulaire AI n° 443, le recourant a fait valoir avoir besoin d'assistance pour l'accomplissement de deux actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir et se dévêtir » et « manger », à tout le moins pour l'exécution d'au moins une fonction partielle de chacun de ces actes. Il a également brièvement invoqué un tel

besoin pour l'acte « faire sa toilette ». S'agissant de l'habillement, il nécessitait l'aide de ses parents pour enlever le cathéter ou encore pour débrancher et rebrancher la pompe à insuline. Pour ce qui était de l'alimentation, il avait besoin d'aide pour la préparation des repas de la part d'un adulte dûment formé, notamment pour le calcul des glucides. Ainsi, sans l'intervention d'une personne tierce, le recourant était dans l'incapacité totale de manger et de se vêtir/dévoûtir, ainsi que de se laver, sans s'exposer à un danger légal. En outre, il considérait avoir besoin d'une surveillance personnelle permanente, à défaut de quoi son pronostic vital pouvait être engagé. Était joint au recours un rapport du 1^{er} novembre 2024 de l'infirmière U. _____, dans lequel celle-ci décrivait les implications dans la prise en charge d'un enfant atteint de diabète de type 1 et en particulier du recourant.

Dans sa réponse du 6 janvier 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se référant à la lettre circulaire AI n° 443, ainsi qu'à l'avis de son service juridique du 1^{er} octobre 2024.

Répliquant le 7 février 2025, le recourant a déclaré renoncer à se déterminer, tout en renvoyant à l'acte du 6 novembre 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à une allocation pour mineur impotent de l'assurance-invalidité.

3. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706) n'a pas modifié les conditions du droit à l'allocation pour mineur impotent et au supplément pour soins intenses.

4. a) Selon 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) D'après 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).

5. 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.

6. 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).

7. **a)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'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 ; chiffre 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 (chiffre 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 ; chiffre 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 ; chiffres 2015 et 2016 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 (chiffre 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 (chiffre 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 et les références citées).

f) Il est précisé, dans l'annexe 2 CSI, intitulée « Recommandations relatives à l'évaluation de l'impotence déterminante pour les mineurs », s'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne, qu'un enfant âgé de dix ans sait généralement choisir des vêtements adéquats ou a, tout au plus, besoin d'un conseil (chiffre 1 concernant l'acte « se vêtir et se dévêtir »), un enfant âgé de six ans a encore besoin de contrôle et d'instructions pour son hygiène et un enfant âgé de huit ans peut se laver les cheveux et se les démêler lui-même, mais un contrôle est encore nécessaire (chiffre 4 concernant l'acte « se laver, se peigner, prendre un bain / une douche »).

8. 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. chiffres 2058 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, *op. cit.*, n° 42 ad. art. 42 LAI).

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. chiffres 2063 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, *op. cit.*, n° 47 ad art. 42 LAI).

9. **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. 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. 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. chiffres 5022 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, *op. cit.*, n° 33 à 35 ad. art. 42 LAI et n° 10 ad art. 42^{ter} LAI).

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 ; chiffre 5024 CSI).

d) L'annexe 2 CSI prévoit qu'avant l'âge de six ans, une surveillance personnelle ne peut en général pas être prise en considération, mais qu'en fonction de la situation et du degré de gravité, un besoin de surveillance peut être reconnu pour les enfants dès quatre ans lorsqu'ils sont sujets à des crises d'épilepsie impossibles à prévenir par médication ou qu'ils présentent une forme sévère d'autisme. De plus, avant l'âge de huit ans, une surveillance particulièrement intense ne peut par principe pas être prise en considération.

10. a) L'OFAS a, par ailleurs, édicté la lettre circulaire AI n° 443 le 31 juillet 2024, en lien avec les demandes d'allocations pour impotent en faveur de mineurs souffrant de diabète de type 1. Il a retenu un certain nombre de principes généraux pour ces situations, à savoir :

« [...] »

L'allocation pour impotent sert à couvrir un besoin d'aide régulier. Lorsque le réglage du dosage de l'insuline nécessite un peu plus de temps que d'habitude en raison d'une poussée de croissance, par exemple, ou qu'il faut faire plus de mesures du glucose (glycémies) pendant une période déterminée, le temps supplémentaire requis ne répond pas à un besoin régulier et ne peut donc pas être pris en considération. Il faut bien déterminer si, sur le long terme, le taux de glycémie doit être mesuré fréquemment ou seulement certains jours isolés.

L'un des buts du traitement du diabète est de rendre les personnes concernées aussi autonomes que possible à gérer leur traitement. Cela vaut aussi pour les enfants. En diabétologie pédiatrique, les médecins considèrent que les enfants de moins de 12 ans ne sont pas en mesure d'assumer la thérapie par insuline de manière autonome et fiable, mais certains gestes techniques, comme la mesure du glucose, peuvent cependant être effectués de façon autonome dès l'âge de 6 à 8 ans. D'autres interventions, comme un changement de cathéter de pompe, peuvent être effectuées de façon autonome dès l'âge de 8 à 12 ans. Il n'est cependant pas possible de supposer que l'enfant a des connaissances suffisantes et comprend les conséquences à long terme d'un oubli ou d'un acte mal effectué avant l'âge de 12 à 14 ans environ.

Nous considérons donc qu'à partir de 12 ans, les mineurs devraient en principe être en mesure d'effectuer de manière autonome la plupart des tâches nécessaires à la gestion d'un diabète de type 1. La charge des parents diminue donc considérablement et ne peut

plus être considérée comme importante dès ce moment-là. Ceux-ci doivent uniquement effectuer des contrôles ou certaines interventions spécifiques et accompagner leur enfant dans la gestion de son diabète. Il faut dès lors prévoir une révision à 12 ans dans les cas où une allocation pour impotent a été octroyée au préalable. Pour les nouvelles demandes concernant des mineurs dès 12 ans, une évaluation n'est en principe pas indiquée. Il faut toutefois examiner la situation au cas par cas en tenant compte, entre autres, de l'âge au moment du diagnostic ainsi que, le cas échéant, d'autres limitations que le mineur peut présenter. Etant donné qu'aucune aide n'est indiquée pour les actes de la vie quotidienne [...], il est possible de renoncer à une évaluation sur place, dans la mesure où les documents médicaux indiquent clairement les interventions nécessaires [...]. »

L'OFAS a en outre exclu la prise en compte d'une aide pour la réalisation des actes ordinaires de la vie et déterminé, à titre de soins infirmiers et médicaux, le temps usuellement consacré en minutes à chaque type d'intervention.

b) Bien que les directives administratives ne lient en principe pas le juge, celui-ci est néanmoins tenu de les considérer dans son jugement, pour autant qu'elles permettent une interprétation des normes juridiques qui soit adaptée au cas d'espèce et équitable. Ainsi, si les directives administratives constituent une concrétisation convaincante des dispositions légales, le tribunal ne s'en départit pas sans motif pertinent. Dans cette mesure, il prend en considération le but de l'administration tendant à garantir une application égale du droit (ATF 148 V 102 consid. 4.2; 146 V 224 consid. 4.4 et l'arrêt cité). En principe, il convient de tenir compte de la version qui était à la disposition de l'autorité de décision au moment de la décision (et qui a déployé un effet contraignant à son égard) ; des compléments ultérieurs peuvent éventuellement être pris en compte, notamment s'ils permettent de tirer des conclusions sur une pratique administrative déjà appliquée auparavant (cf. ATF 147 V 278 consid. 2.2 et les références citées), comme c'est le cas de la lettre-circulaire n° 443 du 31 juillet 2024 relative à l'allocation pour impotent pour mineurs atteints de diabète (TF 9C_526/2024 du 3 juillet 2025 consid. 5.3).

11. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

12. En l'espèce, l'intimé a retenu, s'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, en particulier des actes « se vêtir/se dévêtir » et « faire sa toilette », que l'aide apportée au recourant l'était principalement en raison de son jeune âge et en lien avec la gestion du diabète et de son traitement, ce qui relevait des soins permanents. Or seuls les soins permanents pouvant être qualifiés d'astreignants permettaient d'ouvrir un droit à une allocation pour mineur impotent, ce qui n'était pas le cas du recourant, auquel la durée des soins apportés correspondait certes à plus de trois heures par jour, toutefois sans aspect qualitatif aggravant.

13. a) Concernant l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'aide invoquée (« rappel de faire attention à [l'] équipement médical et [...] aider [le recourant] à passer certains vêtements ») ne peut être qualifiée d'« importante » au regard de la jurisprudence (cf. consid. 7d *supra*) car il suffit de faire preuve d'un peu plus de prudence que d'habitude pour éviter que le matériel (lecteur de glycémie, capteur, cathéter, pompe à insuline) ne se déplace lorsque les vêtements sont enfilés. A cet égard, l'OFAS a relevé que s'il existait certes un besoin d'aide inhabituel et régulier, ce besoin ne demandait pas d'effort notable, si bien que le critère de l'importance n'était pas rempli, tout en soulignant qu'un enfant en bonne santé avait encore besoin de contrôle pour cet acte jusqu'à l'âge de dix ans (cf. lettre circulaire AI n° 443 et annexe 2 chiffre 1 CSI). En outre, le soutien prodigué par les parents du recourant relèvent davantage de la surveillance personnelle que de l'accomplissement de l'acte ordinaire en question.

b) S'agissant de l'acte « manger », pour lequel un besoin d'aide a été invoqué au stade du recours uniquement, on rappellera que cet acte comprend essentiellement la capacité à couper les aliments et à se nourrir (porter les aliments à la bouche, mâcher et avaler la nourriture), étant précisé que le choix des aliments et la préparation du repas ne constituent pas des fonctions partielles de l'acte en question (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2025 consid. 5.1 ; cf. également : Michel Valtério, *op. cit.*, n° 19 ad art. 42 LAI). Le recourant ne présente aucune difficulté à

réaliser l'ensemble des fonctions partielles de l'acte « manger » et n'invoque en particulier pas le fait qu'il ne serait pas capable de se nourrir seul. En outre, la pesée des glucides entre dans la catégorie des soins (cf. lettre circulaire AI n° 443) et ne constitue ainsi pas une fonction partielle de l'acte « manger ». Au demeurant, on ne saurait, à l'évidence, envisager qu'un enfant de l'âge du recourant, même en bonne santé, soit autonome pour la préparation des repas ou pour décider du repas ou de la collation.

c) Eu égard à l'acte de « faire sa toilette », pour lequel un besoin d'aide n'a été que brièvement invoqué dans le cadre du recours et qui a trait à la manipulation et à la protection du matériel (cathéter et pompe à insuline) avant, pendant et après le bain, il convient d'admettre que ces gestes engendrent certes un besoin d'aide inhabituel mais que celui-ci ne saurait être qualifié d'important (cf. lettre circulaire AI n° 443), étant précisé qu'un enfant de six ans en bonne santé nécessite l'aide de ses parents pour son hygiène et qu'un contrôle pour cet acte reste encore nécessaire pour un enfant âgé de huit ans en bonne santé (cf. annexe 2 chiffre 4 CSI).

d) Le recourant ne prétend pas à un besoin d'aide pour les autres actes ordinaires de la vie quotidienne. Un tel besoin ne ressort du reste pas du dossier. On relèvera encore que l'OFAS a précisé, à juste titre, qu'un besoin d'aide pouvant être qualifié d'important ne peut être reconnu pour les actes ordinaires de la vie quotidienne s'agissant des mineurs atteints de diabète de type 1, dans la mesure où les mineurs concernés ont un développement similaire à celui d'autres mineurs et n'ont pas besoin d'aide ni directe, ni indirecte pour effectuer les actes en question (cf. lettre directive AI n° 443).

e) Compte tenu des éléments qui précèdent, il n'y a pas matière à reconnaître qu'une aide importante est nécessaire au recourant pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

14. Le recourant prétend avoir besoin de soins particulièrement astreignants.

a) A cet égard, les parents du recourant ont fourni, le 29 août 2023, à la demande de l'OAI, la liste des soins prodigués par eux-mêmes au recourant dont il ressort une durée, rapportée par jour, de 134 minutes, soit 2 heures et 14 minutes (changement de cathéter : 12 minutes ; changement de capteur : 2 minutes ; purge tubulure : 10 minutes ; pesée des repas : 50 minutes ; bolus : 25 minutes ; bolus de correction : 2 minutes ; inventaire matériel médical : 1 minute ; glycémie capillaire : 9 minutes ; changement insuline et purges : 2 minutes ; gestion des imprévus [hyperglycémies et hypoglycémies] : 21 minutes). Dans le cadre de la procédure d'audition, ceux-ci ont produit un journal détaillé, mentionnant pour chaque jour, l'heure, la nature et la durée des soins effectués et ce, pour une semaine complète, dont il ressort une durée totale de soins hebdomadaire de 1113 minutes ou 18 heures et 33 minutes, à savoir une moyenne quotidienne de soins de 2 heures et 39 minutes et faisant également état de soins nocturnes plusieurs fois par semaine. Quant aux médecins, seule la Dre W. _____ s'est prononcée sur la durée des soins qu'elle a estimé supérieure à trois heures par jour, tout en précisant qu'il n'y avait pas de facteurs qualitatifs aggravants à prendre en compte (cf. formulaire complété le 17 janvier 2023 [recte 2024]). Toutefois, elle s'est limitée à répondre à des questions en cochant des cases figurant dans un formulaire préétabli par l'intimé et n'a, dans aucun document, détaillé les soins prodigués au recourant et leur durée nécessaire. Dans ces conditions, il convient de donner la préférence aux déclarations des parents du recourant, qui sont très détaillées et documentées. En l'occurrence, selon ces déclarations, la durée des soins prodigués au recourant ne dépasse pas 2 heures et 39 minutes par jour. Dès lors, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner en détail si l'ensemble des soins listés par les parents de celui-ci peuvent être pris en compte dans leur principe ou sont conformes aux durées retenues par la lettre circulaire AI n° 443. En effet, conformément à la jurisprudence (cf. consid. 8b *supra*), pour être considérés comme particulièrement astreignants, des soins de plus deux heures par jour mais de moins de trois heures doivent s'accompagner de plusieurs aspects qualitatifs aggravants. Or, en l'espèce, un seul aspect qualitatif est établi, à savoir la nécessité de soin

durant la nuit, ce qui n'est pas suffisant. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas qu'il y en aurait d'autres et il n'en ressort pas du dossier.

b) Les conditions pour retenir des soins particulièrement astreignants ne sont donc pas réunies.

15. a) Concernant enfin la question de la nécessité d'une surveillance personnelle permanente, le recourant fait en substance valoir qu'il a besoin de la présence constante de l'un de ses parents en raison de son régime alimentaire et qu'il doit bénéficier, de jour comme de nuit, d'une disponibilité, à chaque instant, de la part d'un adulte formé pour procéder aux contrôles glycémiques et intervenir en cas d'urgence. A défaut, il court, selon lui, manifestement le risque de se mettre en danger ou de compromettre durablement sa santé.

b) Dans la lettre circulaire n° 443, l'OFAS a précisé, sous le chiffre 4 relatif à la surveillance, ce qui suit :

« Avant 6 ans, l'enfant doit de toute façon être surveillé, même s'il est en bonne santé. Le contrôle régulier de la glycémie relève des mesures de soins et non de la surveillance. Les enfants diabétiques se comportent comme les autres enfants de leur âge, et ont la même perception du danger. Ils comprennent et peuvent suivre les instructions et les ordres. Bien que les parents doivent constamment garder un œil sur la glycémie de leur enfant pour pouvoir réagir si nécessaire (par exemple en lui donnant des aliments appropriés ou de l'insuline supplémentaire), les enfants atteints de diabète peuvent régulièrement s'éloigner de la supervision de leurs parents, aller à l'école ou pratiquer des loisirs avec leurs amis (par exemple jouer dehors, jouer au foot). Même si les parents veilleront à ce qu'en règle générale, quelqu'un soit présent pour reconnaître les symptômes d'une hypoglycémie et réagir en conséquence, cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent jamais quitter les enfants des yeux, ne serait-ce que pour quelques minutes. Il y a donc un certain besoin de surveillance, mais celui-ci n'est pas permanent (« intensif ») au sens de l'art. 37 al. 3 let. b RAI. Par « surveillance personnelle permanente », on entend l'observation constante d'un assuré, qui ne saurait être interrompue plus de quelques minutes ici et là sans que cela ne cause de danger important pour la vie de l'assuré ou pour des tiers. Les enfants atteints de diabète n'ont pas besoin d'une surveillance aussi intense.

[...]

En vertu de l'obligation de réduire le dommage, il convient également de prendre en compte les moyens auxiliaires numériques

qui permettent de réduire le besoin de présence des parents (par exemple applications pour smartphones indiquant simplement et rapidement les valeurs pertinentes).

Dans de rares cas (à partir de 6 ans), un besoin de surveillance peut être reconnu si le diabète est très instable et qu'un état comateux risquait à tout moment de survenir sans signe annonciateur ».

c) On rappellera qu'en vertu de l'art. 37 al. 4 RAI, l'impotence des mineurs doit être évaluée en prenant en considération uniquement le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé (cf. consid. 5d et 9c *supra*). Conformément à l'annexe 2 CSI, une surveillance personnelle ne doit, en règle générale, pas être prise en considération avant l'âge de six ans, tous les enfants ayant besoin d'une surveillance importante avant cet âge. En fonction de la situation et du degré de gravité, un besoin de surveillance peut cependant être reconnu déjà avant l'âge de six ans, notamment si l'enfant présente un autisme sévère (cf. consid. 9d *supra* ; TF 9C_526/2024 du 3 juillet 2025 consid. 6.1 et les références citées).

d/aa) En l'espèce, il convient tout d'abord de constater que le recourant, âgé de cinq ans et sept mois au moment où la décision administrative litigieuse a été rendue, requiert une surveillance en adéquation avec son âge. En effet, celui-ci suit une scolarité normale, va à l'accueil parascolaire trois fois par semaine (matin, midi et en fin de journée) et pratique une activité sportive (une fois par semaine). On ne saurait en déduire que les contrôles de glycémie dépassent de manière significative le niveau habituel de surveillance d'un enfant de trois à cinq ans, ce d'autant que le diabète du recourant apparaît maîtrisé. En outre, le recourant ne souffre pas d'autres troubles susceptibles de nécessiter un besoin de surveillance personnelle plus élevé par rapport à un autre enfant en bonne santé du même âge (déficiência intellectuelle ou cognitive, par exemple). Dans ce contexte, il ne faut pas perdre de vue que selon la jurisprudence, pour admettre la nécessité d'une surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI, il faut qu'en raison de son état de santé sur le plan physique, psychique ou mental, l'assuré ne puisse pas être laissé seul toute la journée en raison

de défaillances mentales, ou qu'un tiers doive être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions (cf. pour deux cas similaires : TF 9C_526/2024 du 3 juillet 2025 déjà cité, consid. 6.2 et 8C_195/2023 du 5 mars 2024 consid. 5.2.2).

bb) S'agissant ensuite de l'argument du recourant, selon lequel ses parents doivent se tenir prêts, également la nuit, dès lors que l'alarme peut se déclencher et qu'il ne peut ainsi être laissé seul, on relèvera que l'OFAS a indiqué que tous les enfants, en particulier quand ils sont âgés de moins de six ans, ne peuvent précisément pas être laissés seuls la nuit. De plus, selon la jurisprudence, des contrôles et des interventions nécessaires plusieurs nuits par semaine ne suffisent pas pour admettre qu'un enfant souffrant de diabète de type 1 nécessite un besoin de surveillance permanente (TF 9C_526/2024 du 3 juillet 2025 déjà cité, consid. 6.2 et les références citées). Or, à cet égard, les parents du recourant ont mentionné des interventions irrégulières sur une semaine-type (entre une à quatre fois pendant une nuit, puis plus pendant deux nuits, puis à nouveau pendant une nuit, puis plus pendant une nuit, puis à nouveau pendant une nuit, etc).

cc) Le recourant soutient enfin que les risques liés à une hyperglycémie ou à une hypoglycémie nécessitent une surveillance personnelle permanente, à défaut de quoi il serait en grave danger, en se référant en particulier au rapport du 1^{er} novembre 2024 de l'infirmière U._____. Or ce rapport doit être nuancé au regard du considérant précédent. L'infirmière précitée a fourni des explications d'ordre général, transposables à la situation de tout enfant diabétique. En effet, en première page, elle a exposé en quoi la gestion quotidienne du diabète était complexe, sans se référer au cas du recourant, avant d'expliquer, en seconde page, des notions relatives à cette maladie, ce que représentait l'investissement quotidien et la charge mentale des parents ainsi que l'importance d'une réévaluation tenant compte de la réalité des familles. Les seules références à la situation du recourant concernent les bons résultats obtenus en lien avec l'équilibre métabolique. Ces constatations ne font que confirmer l'appréciation du Dr P._____, qui avait retenu une

situation stable avec une normalisation des valeurs de glucose et une diminution progressive des doses d'insuline, précisant que la thérapie par pompe semblait bien acceptée et soulignant l'absence de problèmes techniques majeurs (cf. rapport du 17 juillet 2023). Certes les bons résultats obtenus sont le fruit d'une vigilance de la part des deux parents, comme l'a relevé l'infirmière susmentionnée, mais cette vigilance ne correspond pas encore à un besoin de surveillance personnelle permanente. En outre, bien que la charge mentale des parents du recourant, en lien avec la gestion de la maladie de leurs fils, ne soit pas négligeable, elle ne suffit pas à reconnaître un droit à une allocation pour mineur impotent, laquelle n'a, dans le cadre du besoin de surveillance personnelle permanente, pas pour vocation de compenser cette charge mentale mais uniquement, rappelons-le, un surcroît d'aide et de surveillance qu'un mineur malade nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé, question qui doit être tranchée de manière objective selon l'état de santé de l'assuré (cf. *supra*, consid. 9b). A cela s'ajoute que les épisodes d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie ne représentent pas un risque vital immédiat, dès lors que le recourant dispose de moyens auxiliaires, notamment d'un capteur à glycémie (FreeStyle 2 ; cf. rapport du Dr P. _____ du 17 juillet 2023) et d'une pompe à insuline reliés à un lecteur ou une application pour smartphone, permettant de fournir en direct le taux de sucre dans le sang et d'émettre un signal lorsque la glycémie s'élève au-delà ou s'abaisse en-deçà de la cible, respectivement d'adapter la dose d'insuline injectée, d'où une diminution du risque de mise en danger pour l'enfant et du besoin de présence des parents (cf. TF 9C_526/2024 du 3 juillet 2025 déjà cité, consid. 6.3).

dd) En l'occurrence, les éléments précités permettent de reconnaître un besoin de surveillance régulier mais non pas permanent et intense. Ils n'établissent par ailleurs pas, au degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant courrait un danger important pour sa vie s'il était laissé sans surveillance durant quelques minutes.

ee) On notera encore que les interventions effectuées d'urgence, telles que l'augmentation de la dose d'insuline ou la remise en place du cathéter, notamment, ont déjà été prises en compte dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins de l'enfant, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance (TF 9C_526/2024 déjà cité, consid. 6.4 et la référence citée). De même, le contrôle régulier de la glycémie, la pesée des aliments, ainsi que les calculs et l'administration de la dose d'insuline ont trait aux soins et non à la surveillance (cf. consid. 14a *supra*), étant précisé que la gestion du stock et du matériel ne peut, dans tous les cas, pas être prise en compte (cf. lettre circulaire AI n° 443, chiffre 6).

ff) En dernier lieu, on relèvera que l'arrêt AI 7/22 - 77/2023 du 18 octobre 2023 rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dont se prévaut le recourant, ne lui est d'aucun secours, dans la mesure où cet arrêt a été rendu avant la lettre circulaire AI n° 443 du 31 juillet 2024 de l'OFAS, qui trouve application en l'espèce, et l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_526/2024 du 3 juillet 2025, dans lequel cette autorité a tranché un cas similaire à celui qui nous occupe et qu'il convient, par conséquent, de suivre.

e) En définitive, la situation du recourant ne correspond à aucune des alternatives prévues à l'art. 37 RAI, de sorte que le droit à une allocation pour mineur impotent a été nié à juste titre par l'intimé.

16. La Cour de céans est suffisamment renseignée en l'état du dossier pour trancher la présente cause, de sorte que les mesures d'instruction sollicitées par le recourant (évaluation à domicile notamment) peuvent être rejetées par appréciation anticipée des preuves (cf. sur cette question : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

17. **a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 mis à la charge de la partie recourante qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} octobre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A.Q._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B.Q. _____ (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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 :