

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 janvier 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Perreten, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; 42, 48 LAI ; 37 et 38 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mariée, mère d'un enfant né en ***, titulaire d'un diplôme d'enseignement des classes primaires délivré en 1994 ainsi que d'une licence et d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en [...] obtenus en 2003, a travaillé dès août 2011 en qualité de [...] à 90 % au sein de la C._____ et a effectué des mandats ponctuels en tant que formatrice auprès de la A._____.

En arrêt de travail complet dès le 26 septembre 2018, l'assurée a perçu des indemnités de perte de gains en cas de maladie de D._____ et, à l'initiative de cette dernière, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 mars 2019 en indiquant souffrir d'une dépression. Instruisant la demande, l'OAI s'est fait remettre en particulier les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du 25 janvier 2019 dans lequel le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Directeur médical adjoint de la Clinique G._____, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), et de trouble mixte de la personnalité (F61) avec traits de personnalité émotionnellement labile et schizo-typie. Il a précisé que l'assurée était connue pour une symptomatologie dépressive sévère récidivante depuis plusieurs années et qu'elle avait été hospitalisée du 20 novembre au 18 décembre 2018.
- Un rapport établi le 12 février 2019 par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Mentionnant l'existence de précédents épisodes dépressifs et de quatre hospitalisations à la Clinique G._____ en 1996, 1998, décembre 2018 et janvier 2019, le psychiatre traitant a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, moyen à sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2),

et de trouble mixte de la personnalité (F61) avec traits de personnalité émotionnellement labile et schizotypie.

L'assurée ayant repris le travail dès le 11 mars 2019 avec un taux progressivement augmenté jusqu'au taux contractuel de 90 % en avril 2019, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un maintien au poste de travail du 18 juin au 31 août 2019, prolongé jusqu'au 30 novembre 2019 (cf. communications des 18 juin et 17 septembre 2019). Dans l'intervalle, l'intéressée a subi une nouvelle incapacité de travail totale du 12 août au 1^{er} septembre 2019, suivie d'une reprise progressive à 40 % (du taux contractuel de 90 %) dès le 2 septembre 2019, puis à 70 % (du taux contractuel de 90 %) du 1^{er} octobre 2019 au 28 février 2020. L'intéressée a ensuite repris son travail au taux contractuel (cf. rapport final du service de réadaptation de l'OAI du 12 juillet 2021).

Par décision du 27 septembre 2021, confirmant son projet du 29 juillet 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations sur le constat que l'assurée n'avait pas subi d'incapacité de travail ininterrompue de plus d'une année et qu'elle avait repris son activité habituelle au taux contractuel dès le 1^{er} mars 2020.

B. A nouveau en arrêt de travail complet dès le 1^{er} septembre 2021 et prise en charge par D. _____ l'assurée a pris contact avec l'OAI par téléphone le 22 novembre 2021 puis a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 2 décembre 2021, en indiquant souffrir d'une dépression chronique depuis l'adolescence, résistante à tous les traitements et s'aggravant avec l'âge, ainsi que d'un trouble de la personnalité.

Priée de fournir toute pièce médicale attestant d'une péjoration de son état de santé, la recourante a produit un rapport médical établi le 24 décembre 2021 par le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) avec une

composante saisonnière, ainsi que de personnalité schizoïde (F60.1), le spécialiste traitant a exposé que l'assurée avait repris le travail à plein temps en mars 2020 parce qu'elle était paniquée par l'idée de ne plus être capable de travailler, qu'elle s'était forcée à continuer pour « servir à quelque chose », mais qu'elle n'avait plus réussi à se lever dès le mois de septembre 2021. Les variations quotidiennes de l'humeur, avec aggravation soudaine en cours de journée, rendaient difficile la planification du travail et engendraient des angoisses.

L'OAI est entré en matière et s'est fait remettre un extrait du compte individuel AVS de l'assurée, les questionnaires de réadaptation retournés par ses deux employeurs les 27 janvier et 2 février 2022, un formulaire de détermination du statut complété par l'intéressée le 26 janvier 2022, et les pièces suivantes notamment :

- Un questionnaire médical de l'OAI rempli le 4 février 2022 par la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale, retenant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, attestant d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis septembre 2021 et renvoyant pour le surplus au rapport du Dr K._____.
- Un rapport d'évaluation psychiatrique élaboré le 7 octobre 2022 par le Dr M._____ sur mandat de D._____, retenant le diagnostic de dysthymie avec épisode dépressif caractérisé et concluant qu'une reprise progressive du travail était possible et indiquée médicalement, avec un taux de départ de 25 %.
- La lettre de D._____ du 26 octobre 2022 informant l'assurée de son intention de mettre fin au versement de ses prestations à compter du 27 mars 2023, ainsi que les objections formulées par l'intéressée le 5 novembre 2022.
- Un questionnaire médical de l'OAI rempli le 29 octobre 2022 par le Dr K._____. Précisant avoir repris le suivi de l'assurée en décembre 2020 et voir l'intéressée au rythme de deux séances par

mois, le spécialiste traitant a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) et de personnalité schizoïde (F60.1), attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 27 septembre 2021 et précisé que sa patiente fluctuait entre dépression moyenne à très sévère, avec des changements imprévisibles et une sévérité accrue en hiver.

- Les réponses données le 12 février 2023 par le Dr K. _____ aux questions complémentaires de l'OAI, dont il ressort que l'évolution de l'état psychique de l'assurée était mauvaise, avec une aggravation marquée en hiver ayant nécessité un séjour de deux semaines à la Clinique P. _____ pour une mise à l'abri dans une période de crise. La variation de l'état psychique était imprévisible, avec des crises plusieurs fois par semaine. L'assurée avait besoin d'aide pour certains repas, pour les courses et le ménage. Dans ses « bonnes journées », elle pouvait se rendre à ses séances d'art-thérapie et d'ergothérapie. La capacité de travail restait nulle dans toute activité.
- Un courrier de l'assurée, adressé à l'OAI le 11 mars 2023, dans lequel elle faisait part de l'aggravation de son état de santé depuis le dépôt de sa seconde demande de prestations.
- Un courrier de l'assurée du 8 mai 2023, par lequel elle transmettait à l'OAI un rapport établi le 25 mars 2023 par l'infirmière référente de la Clinique P. _____, dont il ressort qu'elle avait éprouvé des difficultés à s'adapter au cadre de l'établissement, qu'elle était restée souvent isolée en chambre et qu'elle avait écourté son séjour dont elle ne voyait plus les bénéfices, ainsi que le courrier que l'intéressée avait adressé le 1^{er} mai 2023 à la Clinique P. _____ pour s'exprimer sur les remarques de l'infirmière référente.
- Un courrier du 2 avril 2023, par lequel le Dr K. _____ demandait à l'OAI qu'une décision soit rendue rapidement en raison de l'angoisse générée par l'attente, qui se traduisait par une aggravation des

idées suicidaires tandis que les options thérapeutiques pour aider sa patiente étaient épuisées.

- Un rapport d'examen clinique psychiatrique établi le 27 septembre 2023 par le Dr BB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne à sévère, sans symptômes psychotiques (F31.4), et de troubles mixtes de la personnalité, avec traits borderline, anankastiques et anxieux (F61.0), le spécialiste du SMR a conclu à une incapacité de travail totale depuis l'arrêt de travail en septembre 2021 dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée, à savoir une activité où l'assurée serait totalement autonome dans son planning et son organisation, avec possibilité de modifier celle-ci au dernier moment. Il a par ailleurs décrit les limitations fonctionnelles comme suit :

« Limitations fonctionnelles

Sur le plan psychiatrique, les [limitations fonctionnelles] découlent essentiellement du trouble affectif bipolaire, épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Les [limitations fonctionnelles] sont fatigue récurrente, même dans les périodes d'humeur stabilisée, avec besoin de récupération après 1 heure d'activité. La capacité à assurer ses activités quotidiennes ne dépasse pas au mieux 25 % par jour. La tristesse, qui peut être intense, comme observée au 1^{er} examen, avec des signes de détresse émotionnelle et de tensions motrices, est également une [limitation fonctionnelle]. Il n'y a pas, par contre, de troubles de l'attention et de la concentration, même en cas de fatigue ou de tristesse importante. Le ralentissement psychomoteur qui a été intense en fin de 1^{er} examen est également une autre [limitation fonctionnelle]. Si les traits anankastiques (perfectionnisme, besoin de contrôle et anticipation) amènent l'assurée à mobiliser ses ressources internes, alors celles-ci avec la fatigue peuvent s'effondrer surtout en phase « basse ». L'assurée peut par contre toujours compter sur son fils et son mari comme ressource externe. Ces traits anankastiques peuvent aussi amener l'assurée à se fatiguer plus que nécessaire lorsqu'elle sent son humeur plus stable. Mais globalement alors l'assurée peut montrer dans ces phases une [capacité de travail] partielle. De la même manière, les sentiments de vide intenses, qui entraînent une détresse émotionnelle, amènent l'assurée à puiser son énergie et à aggraver sa fatigue. »

L'OAI a établi un premier projet de décision le 4 octobre 2023, prévoyant d'octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre

2022 sur le constat que le préjudice économique, calculé selon la méthode mixte (part active de 90 % et part ménagère de 10 %) était de 81,77 %. Admettant partiellement les objections de l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, l'OAI a établi un second projet de décision le 13 novembre 2023 annulant celui du 4 octobre 2023, exposant que la méthode ordinaire de comparaison des revenus aboutissait à un préjudice économique de 90,86 % ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2022. Puis, par décision du 7 mars 2024, confirmant son second projet, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2022, dont elle a fixé le montant ainsi que celui de la rente pour enfant liée et a établi le décompte du paiement rétroactif et des compensations.

C. Entretiens, par l'intermédiaire de Me Duc, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI le 19 octobre 2023. Dans le formulaire, elle a mentionné un besoin d'aide pour deux actes ordinaires de la vie (« soins du corps » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ») depuis 2020, respectivement 2021, ainsi qu'un besoin de surveillance personnelle, un besoin de rester alitée 5 heures par jour en moyenne, un besoin d'accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie (prestations d'aide pour vivre de manière indépendante, accompagnement pour établir des contacts sociaux hors du lieu de vie et présence d'un tiers pour éviter un isolement) depuis 2021, les aides étant apportées par son mari et son fils.

L'OAI a mis en œuvre une évaluation du besoin d'aide à domicile, laquelle s'est déroulée le 29 mai 2024 en présence de l'assurée, de son mari et de son mandataire. Dans son rapport du 30 mai 2024, l'évaluateur a pris note des limitations fonctionnelles décrites dans l'examen clinique SMR du 17 août 2023, ainsi que des explications de l'assurée et de l'époux de celle-ci sur les répercussions de l'atteinte à la santé sur son quotidien. Sur cette base, il a conclu à l'absence de besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie, mais à un besoin de surveillance personnelle permanente et à un besoin d'accompagnement pour faire face

aux nécessités de la vie de 2 heures 45 par semaine, avec les remarques suivantes :

« L'entretien a lieu au domicile de l'assurée, en sa présence, celle de son mari ainsi que celle de son avocat. L'assurée reste capable de répondre aux questions de manière active et cohérente, sans minimiser son atteinte. Elle se rend compte de ses limitations, ce qui tend à péjorer son état de santé et notamment augmenter ses idées suicidaires selon ses dires. Son mari apporte des précisions lorsque cela lui semble nécessaire, notamment sur l'aide et l'encadrement qu'il apporte dans le quotidien. Lors de la visite, un ralentissement psychomoteur et une apathie peuvent être observés. De manière générale, la situation est décrite comme étant en péjoration continue, avec la nécessité d'avoir à nouveau été hospitalisée en octobre 2023.

S'agissant des actes, ceux-ci sont tous passés en revue avec le couple. Il en ressort des descriptions que l'aide apportée est à prendre en compte sous la notion d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

En ce qui concerne l'accompagnement, en prenant en compte les [limitations fonctionnelles] retenues dans l'examen clinique SMR, il en ressort un risque d'abandon des activités du quotidien important, avec un potentiel placement en institutions sans encadrement de la famille. La date retenue pour estimer le besoin d'aide est celle de la [longue maladie], à savoir 09.2021.

Pour terminer, au vu des idées suicidaires présentes quotidiennement selon les pics de détresse émotionnelle, avec l'aspect imprévisible, il en ressort que les conditions d'octroi sont remplies. A nouveau, la date de 09.2021 est retenue pour estimer le début du besoin.
(...) »

La nécessité d'une surveillance personnelle permanente a fait l'objet d'une analyse par le service juridique de l'OAI le 21 juin 2024, au terme duquel il a été conclu que cet élément ne pouvait pas être retenu.

L'OAI a rendu un projet de décision le 21 juin 2024, prévoyant l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} octobre 2022. Il était constaté que l'assurée était autonome pour les actes ordinaires de la vie, mais qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie était nécessaire depuis septembre 2021. Compte tenu du délai de carence d'un an, le droit à l'allocation était ouvert depuis le 1^{er} septembre 2022 mais les prestations ne pouvaient être fournies que

pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, soit dès le 1^{er} octobre 2022.

Sous la plume de son mandataire, l'assurée a formulé des objections à l'encontre de ce projet le 29 août 2024, concluant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave depuis le 1^{er} octobre 2022. Elle a fait valoir qu'un besoin d'aide devait être retenu pour l'acte « faire sa toilette », car elle avait besoin de stimulation et d'un encadrement pour prendre une douche et d'une aide directe pour se laver les cheveux, pour l'acte « se déplacer » puisqu'elle devait être véhiculée par son entourage pour la plupart de ses déplacements, pour l'acte « se vêtir » à propos duquel elle avait indiqué au cours de l'enquête qu'elle ne changeait de vêtements que si son mari le lui suggérait, pour l'acte « se lever » dès lors qu'elle devait être stimulée pour sortir de son lit au risque de rester au lit toute la journée, ainsi que pour l'acte « manger » car elle ne cuisinait et mangeait que sous la stimulation de sa famille, information manquant dans le rapport. Un besoin de surveillance permanente devait également être retenu, compte tenu de la détresse psychique pouvant survenir lorsqu'elle est seule et du risque élevé de tentamen qui en découle. L'époux avait d'ailleurs réduit de manière importante son activité professionnelle pour rester constamment à disposition de son épouse, ce qui avait été constaté par l'évaluateur.

L'OAI a pris position sur les objections de l'assurée le 6 novembre 2024 et a conclu à la confirmation de son projet de décision. S'agissant des actes ordinaires de la vie, il a exposé qu'aucun besoin d'aide ne pouvait être retenu dans la mesure où les aides indirectes ne pouvaient pas être considérées comme importantes (actes « se vêtir/se dévêtir » et « faire sa toilette »), concernaient des éléments partiels d'un acte ordinaire pris en compte dans le cadre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (soins d'hygiène non quotidiens, tels le lavage des cheveux, la planification et la préparation des repas, ainsi que l'accompagnement pour les déplacements à l'extérieur), respectivement n'entraient pas dans la définition de l'impotence pour les actes concernés (acte « se lever/s'asseoir/se lever » défini par la capacité à changer de

position, acte « manger » défini par la capacité à ingérer des aliments de manière usuelle). S'agissant de la surveillance personnelle permanente, reprenant l'avis de son secteur juridique du 21 juin 2024, l'OAI a exposé que la question avait été discutée avec le SMR et qu'aucun élément médical ne permettait d'admettre un tel besoin, étant au surplus relevé que l'admission d'un besoin de surveillance en sus du besoin d'accompagnement n'ouvrait pas le droit à une allocation d'impotence de degré moyen.

Par décision du 12 novembre 2024, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} octobre 2022.

Le 15 novembre 2024, sous la plume de son mandataire, l'assurée a prié l'intimé de surseoir à sa décision en exposant qu'elle était dans l'attente de nouveaux rapports médicaux, notamment en lien avec un séjour en clinique psychiatrique du 24 septembre au 1^{er} novembre 2024. Elle a produit une lettre de sortie établie le 9 octobre 2023 par la direction médicale de la Clinique G._____, dont il ressort qu'elle y a séjourné du 6 au 30 septembre 2023 pour une mise à l'abri d'idées suicidaires. L'intimé a répondu le 21 novembre 2024 que la décision rendue le 12 novembre 2024 n'était pas annulée.

D. Toujours représentée par Me Jean-Michel Duc, B._____ a recouru contre la décision du 12 novembre 2024 précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 décembre 2024, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré grave lui est octroyée dès le 1^{er} septembre 2021, subsidiairement à son annulation. La recourante a fait valoir que son état de santé nécessitait une aide importante dans l'accomplissement de cinq des six actes ordinaires de la vie (« se vêtir et se dévêtir », « se lever, s'asseoir, se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « se déplacer »), indépendamment du besoin d'accompagnement reconnu dans la décision. Compte tenu du besoin d'aide pour cinq actes, du besoin d'accompagnement pour faire face aux

nécessités de la vie ainsi que du besoin de surveillance permanente, une allocation pour impotent de degré grave devait être reconnu. Par ailleurs, en raison de son état de santé, elle n'avait pas été en mesure de prendre connaissance des faits fondant son droit et de déposer une demande d'allocation en temps utile. Elle en déduisait que les conditions posées par la jurisprudence pour admettre un octroi rétroactif excédant les douze mois précédant la demande étaient réunies, permettant l'octroi de l'allocation dès le mois de septembre 2021. Enfin, la recourante a requis la mise en œuvre d'une audience de débats publics et a joint les pièces médicales suivantes :

- Un rapport établi le 21 novembre 2024 par le Dr BF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique F._____, dont il ressort que la recourante a effectué un séjour au service de psychiatrie de la clinique du 24 septembre au 1^{er} novembre 2024.
- Un rapport établi le 22 novembre 2024 par le Dr K._____, exposant que sa patiente nécessitait une surveillance personnelle en raison d'un risque suicidaire élevé, de manière permanente compte tenu de l'imprévisibilité des crises. Le médecin attestait en outre qu'une aide était nécessaire pour les actes ordinaires de la vie, indiquant que le mari de l'intéressée devait régulièrement lui laver les cheveux, l'accompagner à ses rendez-vous ou pour d'autres sorties, l'inciter à quitter son lit, faire les courses, préparer les repas et l'inciter à manger en raison d'un dégoût de la nourriture découlant d'effets secondaires des médicaments.

Dans sa réponse du 18 février 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a relevé que le rapport d'évaluation répondait aux réquisits posés par la jurisprudence pour être considéré comme probant. Il a renvoyé pour le surplus à l'avis de son service juridique du 21 juin 2024, ainsi qu'à un nouvel avis SMR du 31 janvier 2025. Concernant le début du versement de l'allocation, l'intimé a exposé que les conditions n'étaient pas remplies pour admettre un octroi dès septembre 2021 car il n'y avait pas d'impossibilité objective de déposer une requête d'allocation à partir

de cette date, la recourante ayant d'ailleurs pu remettre une nouvelle demande de rente le 30 novembre 2021 et remplir le formulaire de détermination du statut le 26 janvier 2022. Joint à l'écriture, l'avis SMR du 31 janvier 2025 concluait comme suit :

« Conclusion

Il n'est pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de modifier la position prise par l'administration concernant l'octroi d'une [allocation pour impotent] de degré faible pour un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Nous n'avons pas d'éléments médicaux pour retenir un besoin d'aide régulier et important dans les actes de la vie ordinaire et une surveillance personnelle permanente. »

La recourante a répliqué le 4 avril 2025. Concernant les actes ordinaires de la vie, elle a soutenu que le rapport mentionnait à plusieurs reprises la nécessité d'encadrement, de stimulation et de soutien actifs, mais ne retenait pas de besoin d'aide à tort. Elle estimait que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie était admis mais minimisé, tandis que l'avis SMR du 31 janvier 2025 reconnaissait une limitation fonctionnelle importante et constante ainsi qu'une surveillance personnelle permanente, ce qui entrait dans la définition de l'impotence moyenne, voire grave. La surveillance personnelle permanente était nécessaire en raison d'un état de santé fluctuant, d'idées suicidaires récurrentes et d'une incapacité à être laissée seule. Un réseau avait d'ailleurs été mis en place pour soulager l'époux de la recourante, avec une visite hebdomadaire d'une infirmière à domicile, des activités thérapeutiques en groupe deux fois par semaine et un suivi ergothérapeutique, dans l'objectif d'éviter des hospitalisations supplémentaires après quatre séjours entre décembre 2022 et novembre 2024. Cela étant, la recourante a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen, voire grave, dès le 1^{er} septembre 2021 et a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante pour confirmer l'étendue des limitations, ainsi que l'audition de son conjoint en qualité de témoin.

Par courrier du 5 mai 2025, renvoyant à l'avis de son service juridique du 21 juin 2024 et confirmant ses conclusions, l'intimé a renoncé à dupliquer.

Dans une écriture spontanée du 13 mai 2025, la recourante a déploré l'absence de réaction de l'intimé sur sa réplique et a réitéré son point de vue.

L'intimé a écrit le 20 mai 2025, pour rappeler que les pièces médicales produites dans le cadre du recours avaient été soumises au SMR et que l'avis médical du 31 janvier 2025 avait retenu que les derniers éléments médicaux n'étaient pas susceptibles de modifier la position prise par l'administration. Le rapport d'évaluation du 30 mai 2024 était détaillé et tenait compte des indications de l'assurée et de son mari, lesquelles devaient être prises en compte sous la notion d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le dossier avait également fait l'objet d'une analyse juridique le 21 juin 2024, détaillant de manière convaincante les raisons pour lesquelles seul un accompagnement devait être retenu. L'intimé confirmait en conséquence ses conclusions.

Avec une nouvelle écriture spontanée du 6 juin 2025, la recourante a répété qu'un besoin d'aide pour les actes de la vie devait être reconnu car les pièces médicales au dossier démontraient que, sans l'aide de son mari, elle resterait alitée et n'accomplirait pas les actes essentiels comme s'habiller, se laver, se nourrir ou se déplacer, tandis que le SMR avait admis dans son avis du 31 janvier 2025 qu'un placement en institution serait envisageable sans l'accompagnement quotidien. Elle a précisé qu'il ne s'agissait pas d'une simple guidance ou d'un soutien moral, mais d'interventions quotidiennes concrètes de son mari, souvent nécessaires à plusieurs reprises la même journée, car elle n'accomplissait les actes ordinaires que de manière très résiduelle en autonomie. La recourante a ainsi conclu que les actes ordinaires de la vie n'étaient accomplis qu'à des conditions non conformes aux usages sociaux, dans un cadre restreint, limité et toujours sous contrainte émotionnelle. La

recourante maintenait en conséquence ses conclusions tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen voire grave.

Par courrier du 15 décembre 2025, la recourante a renoncé à la tenue d'une audience de débats publics.

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. Le litige porte, d'une part, sur le degré de gravité de l'impotence présentée par la recourante et, d'autre part, sur la date du début du droit au versement de l'allocation pour impotent.

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 – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Une réforme de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) est en outre entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024 (« AVS 21 », RO 2023 92 ; FF 2019 5979).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Ainsi, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la prestation sollicitée.

b) En l'occurrence, la décision litigieuse porte sur la demande d'allocation pour impotent déposée par la recourante le 19 octobre 2023. L'intimé a reconnu le droit de la recourante à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} octobre 2022 en application de l'art. 48 al. 1 LAI, tandis que la recourante a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave avec effet au 1^{er} septembre 2021 en application de l'art. 48 al. 2 LAI.

Les deux réformes précitées n'ont apporté que très peu de modifications du droit matériel relatif à l'allocation pour impotent. Cela étant, il convient de relever d'emblée que la réforme AVS 21 n'est pas applicable au cas d'espèce, la naissance du droit à l'allocation étant de toute manière antérieure au 1^{er} janvier 2024. Quant au « développement continu de l'AI », il n'a pas modifié la teneur de l'art. 42 LAI régissant la naissance du droit, les al. 3 et 4 de cette disposition ayant seulement été reformulés. Ainsi, une personne dont l'atteinte à la santé est uniquement psychique, comme c'est le cas de la recourante (cf. Stéphanie Perrenoud, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^e éd., Bâle 2025, n. 17 ad art. 3 LPG), n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente (art. 42 al. 3 LAI) et son droit à l'allocation naît lorsqu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4 LAI). En l'occurrence, la recourante a admis que son impotence était liée à la péjoration de son état de santé survenue en septembre 2021, date qui a également servi de référence pour la détermination de son droit à une rente d'invalidité. Le droit à l'allocation pour impotent pouvant naître au plus tôt lorsque les conditions de l'impotence de degré faible existent

depuis une année sans interruption, cette occurrence n'a pas pu avoir lieu en 2021 mais au plus tôt en septembre 2022. Les dispositions du « développement continu de l'AI » entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 sont en conséquence applicables. Enfin, on peut relever que, s'agissant des directives établies par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à l'intention des offices AI cantonaux, la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité du 1^{er} janvier 2015 (CIIAI) été remplacée par la Circulaire sur l'impotence du 1^{er} janvier 2022 (CSI), laquelle donne davantage de précisions.

4. 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 al. 1 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'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2022) prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si l'atteinte à la santé est uniquement psychique, la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42^{bis} al. 5 est réservé.

c) Le droit à une allocation pour impotent naît dès qu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4, deuxième phrase, LAI).

En vertu de l'art. 48 al. 1 LAI, si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires 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. L'art. 48 al. 2 LAI permet cependant d'allouer les prestations arriérées pour des périodes plus longues aux deux conditions cumulatives suivantes : il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) et il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b).

Par faits établissant le droit aux prestations au sens de l'art. 48 al. 2 let. a LAI, on entend, par analogie avec les art. 4 et 5 LAI et 8 et 9 LPGA, l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui entraîne un besoin présumé permanent ou de longue durée d'aide ou de surveillance pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 let. a LAI s'applique lorsque la personne assurée ne connaissait pas ou ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations ou que, bien qu'elle en ait eu connaissance, elle ait été empêchée pour cause de maladie de déposer une demande ou de charger quelqu'un du dépôt de la demande. Un tel état de fait n'est admis que de manière très restrictive par la jurisprudence. Par ailleurs, seule compte la connaissance des faits fondant le droit, c'est-à-dire la connaissance de l'état de santé correspondant, et non pas la question de savoir si l'on peut en déduire un droit à une allocation pour impotent. L'art. 48 al. 2 LAI ne s'applique en revanche pas lorsque l'assuré, respectivement son représentant légal, connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à des prestations de l'assurance-invalidité (TF 8C_32/2024 du 4 novembre 2024 consid. 5.2, et les références citées).

d) 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, en raison de son infirmité (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).

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, en outre, d'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, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

Enfin, 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.

5. a) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les ch. 2020ss CSI, 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.

b) De manière générale, n'est pas réputé apte à 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).

aa) 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).

bb) 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).

cc) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. 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). 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.

Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2016 à 2018 CSI).

6. La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une prestation d'aide médicale ou sanitaire rendue 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 (TF 9C_809/2015 du 10 août 2016 consid. 5.2), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (ch. 2076 CSI ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 33 ad art. 42 LAI, p. 607).

7. a) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou

indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

b) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées). La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

c) L'accompagnement doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit

permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (cf. ch. 2098 CSI).

d) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 2093 CSI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

8. a) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf. Michel Valterio, op.cit., n° 7 ad art. 42 LAI, p. 597).

b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_354/2023 du 15 novembre 2023 consid. 2.3 ; 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

c) L'aide exigible de tiers dans le cadre de l'organisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée, sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens (TF 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). Il faut néanmoins

se demander comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ch. 2100 CSI).

9. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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).

c) 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. 6.1 et 6.2).

10. a) En l'espèce, l'intimé a reconnu que la recourante avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis septembre 2021. Il a cependant nié l'existence d'un besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou d'une surveillance personnelle permanente. L'intimé s'est fondé sur une évaluation effectuée au domicile de la recourante le 29 mai 2024, ainsi que sur une analyse de son secteur juridique du 21 juin 2024 portant plus particulièrement sur la question de la surveillance personnelle.

Pour sa part, la recourante a conclu à la reconnaissance d'un besoin d'aide pour l'ensemble des actes ordinaire ainsi qu'à un besoin de surveillance personnelle, en sus du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie déjà admis par l'intimé.

b) Il est constant que la recourante présente un trouble affectif bipolaire, avec épisode dépressif sévère, entraînant depuis le 1^{er} septembre 2021 d'importantes limitations fonctionnelles même durant les périodes d'humeur stabilisée (cf. rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 27 septembre 2023), si bien que le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu dès le 1^{er} septembre 2022. Ces éléments étaient connus de l'évaluateur au moment de procéder à l'enquête sur l'impotence. Ce dernier s'est en outre rendu au domicile de la recourante, où il a pu observer ses conditions de vie et prendre note de ses explications ainsi que des indications données par son mari.

Au stade du recours, l'intéressée n'a émis aucun grief à l'encontre des constatations figurant dans le rapport d'enquête à domicile

du 29 mai 2024, reprochant uniquement à l'évaluateur de ne pas en avoir tiré les bonnes conséquences sur le plan juridique et à l'intimé de s'être écarté d'une partie des conclusions de son évaluateur. Il faut ainsi retenir que ce document constitue une base fiable pour déterminer le droit éventuel de la recourante à une allocation pour impotent.

c) Concernant les actes ordinaires de la vie, la recourante a indiqué, dans sa demande déposée en octobre 2023, qu'elle avait besoin d'aide pour les actes « soins du corps » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », pour finalement conclure dans son recours que son besoin d'aide recouvrait cinq des six actes ordinaires (« se vêtir et se dévêtir », « se lever, s'asseoir, se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « se déplacer »). Elle a tout particulièrement fait grief à l'intimé d'avoir confondu l'aide indirecte pour les actes ordinaires de la vie avec le besoin d'accompagnement.

Or, comme relevé ci-dessus (consid. 5b/cc), il s'agit bien de deux notions visant des situations différentes qui ne se recoupent pas. L'aide indirecte pour l'accomplissement des actes ordinaires peut être admises lorsque l'intervention nécessaire pour que l'assuré accomplisse lui-même l'acte présente une intensité et une fréquence particulières. Il ne suffit ainsi pas que le tiers aidant doivent rappeler à l'assuré d'initier l'acte, même à plusieurs reprises dans la journée. Il faut encore que sa présence soit indispensable pour guider verbalement l'assuré afin qu'il l'accomplisse correctement et dans un laps de temps raisonnable, voire intervenir pour éviter que l'assuré ne se blesse en accomplissant l'acte ou l'accomplisse d'une manière non conforme aux usages. A titre d'exemple, dans un arrêt du 1^{er} juin 2015, le Tribunal fédéral a nié le besoin d'aide indirecte pour l'acte « aller aux toilettes » pour un adolescent apte à accomplir l'acte seul mais qui devait à chaque fois être incité pour sortir des toilettes après avoir accompli l'acte, ainsi que pour l'acte « manger » malgré la nécessité pour le tiers aidant d'assurer un régime alimentaire et un cadre très particulier pour manger (choix restreint d'aliments ne devant pas être présentés en même temps), dès lors qu'il pouvait manger sans aide lorsque l'environnement était favorable (TF 9C_688/2014 consid. 5.1).

Un besoin d'aide indirecte a en revanche été admis pour l'acte « se vêtir, se dévêtir » pour un enfant apte à enfiler ou ôter ses vêtements, mais qui avait besoin de rappels ou d'injonctions pour que l'acte fût accompli correctement, de façon adéquate selon l'activité à entreprendre ou la météo et dans un laps de temps raisonnable (TF 9C_236/2024 du 23 octobre 2024 consid. 6.1.1). De même, un besoin d'aide indirecte pour l'acte « faire sa toilette » a été reconnu pour une adolescente qui savait comment procéder mais qui devait être encadrée et encouragée quotidiennement par un parent présent à ses côtés pour se brosser les dents, se laver les cheveux et se coiffer (TF 9C_138/2022 consid. 4.2.2). Il convient ainsi d'examiner le besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires allégué par la recourante à la lumière des principes qui se dégagent de la jurisprudence.

aa) Pour l'acte « se vêtir et se dévêtir », la recourante a exposé dans ses écritures des 18 décembre 2024 et 4 avril 2025 que, sans une stimulation quotidienne de son époux, elle ne se changerait pas et pourrait porter les mêmes vêtements durant plusieurs jours, voire semaines.

L'évaluateur n'a rien noté à propos de cet acte ordinaire dans son rapport d'évaluation. L'intéressée a allégué dans ses objections du 29 août 2024 déjà, qu'elle ne changeait de vêtement que si son époux le lui suggérait, ce que ce dernier aurait signalé lors de la visite à domicile. Quoiqu'il en soit, les allégations figurant dans les diverses écritures de la recourante ne suggèrent pas que l'intervention de son mari dépasse le simple encouragement. Il n'est fait aucune mention de la nécessité pour le mari de donner des instructions sur le type de vêtements à utiliser ou sur la manière de les enfiler. Ainsi, même si l'encouragement à changer de vêtement est quotidien, il n'est pas d'une intensité et d'une fréquence telle qu'il doive être qualifié d'aide indirecte à l'accomplissement de l'acte. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas admis un besoin d'aide pour l'acte « se vêtir et se dévêtir ».

bb) S'agissant de l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher », l'évaluateur n'a rien noté dans son rapport dans la partie consacrée aux actes ordinaires, mais a retenu, s'agissant de l'aide permettant de vivre de manière indépendante, un besoin d'aide pour structurer la journée, maintenir un rythme jour/nuit adéquat ou réaliser les activités quotidiennes.

Dans ses objections du 29 août 2024 puis dans ses écritures des 18 décembre 2024 et 4 avril 2025, la recourante a mentionné que, sans stimulation de son mari, elle pourrait rester continuellement dans son lit et qu'il devait parfois l'aider physiquement. Cependant, il n'apparaît pas que l'aide physique évoquée soit quotidienne, ni qu'elle soit liée à une incapacité physique à sortir du lit. Il n'est ainsi pas mentionné que la recourante ne serait pas capable de se lever, par exemple pour se rendre aux WC. Par ailleurs, l'incitation décrite concerne clairement une manifestation de son état psychique, attestée par le psychiatre traitant, qui ne concerne pas l'accomplissement de l'acte, soit la capacité à comprendre qu'elle doit se lever et la manière de le faire. Il s'agit bien plutôt du fait de débiter une nouvelle journée et d'entamer la routine quotidienne, qui implique en premier lieu de quitter son lit. C'est donc à juste titre que l'évaluateur a placé cette problématique sous la catégorie de l'aide à structurer la journée et qu'aucun besoin d'aide pour cet acte ordinaire de la vie n'a été reconnu.

cc) Au sujet de l'acte « manger », comme pour l'acte précédent l'évaluateur n'a rien noté dans la partie consacrée à l'accomplissement de l'acte mais a tenu compte du fait que l'entourage devait intervenir au niveau de la prise alimentaire au titre de l'aide pour structurer la journée, d'une aide pour faire face aux situations quotidiennes pour l'encourager à ne pas négliger son alimentation, ainsi que d'une aide pour la préparation des repas.

Dans ses objections du 29 août 2024 puis dans ses écritures des 18 décembre 2024 et 4 avril 2025, la recourante a évoqué un besoin de stimulation pour cuisiner, pour participer à la planification des repas et

pour qu'elle se nourrisse. Ces éléments démontrent que la recourante est apte à préparer des repas et à les manger sans qu'une intervention – directe ou indirecte – soit nécessaire pour empêcher des incidents (risque d'étouffement par exemple) ou lui rappeler comment consommer des aliments de manière usuelle (utilisation des services). L'atteinte psychique n'a ainsi pas d'impact sur l'acte en soi, mais influe sur l'appétit de la recourante et sa capacité à suivre une routine quotidienne ou à se confronter aux interactions sociales qui accompagnent généralement la prise des repas au sein d'un couple ou d'une famille. En d'autres termes, lorsque les conditions pour qu'elle participe à un repas sont réunies, elle mange sans aide directe ou indirecte. Le besoin d'aide en lien avec les repas concerne donc bien les aspects de structuration des journées ainsi que de planification et préparation des repas, si bien qu'il n'y a pas lieu de retenir un besoin d'aide dans l'accomplissement de l'acte « manger ».

dd) Au sujet de l'acte « faire sa toilette », l'évaluateur a conclu à l'absence de besoin d'aide en notant, pour la fonction partielle « se laver », que la recourante pouvait gérer son hygiène quotidienne de manière autonome au lavabo, à savoir se brosser les dents, se laver les mains ou se laver au gant de toilette, qui relevait d'un rituel en lien avec ses troubles de la personnalité. Il a également relevé, pour l'acte partiel « se baigner/se doucher » que la recourante ne prenait un bain ou une douche que de manière très occasionnelle par manque d'énergie, qu'une stimulation et un encadrement de son époux était alors nécessaire et que celui-ci devait en outre lui laver les cheveux. L'évaluateur a conclu qu'il s'agissait d'une aide devant être prise en compte sous l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. A cet égard, l'évaluateur a noté un besoin d'aide pour faire face aux situations quotidiennes incluant l'incitation à conserver une hygiène correcte.

Dans ses objections du 29 août 2024 puis dans ses écritures des 18 décembre 2024 et 4 avril 2025, la recourante a confirmé les remarques faites par l'évaluateur s'agissant de la manière dont elle procédait à ses soins d'hygiène, mais a contesté l'absence de prise en compte d'un besoin d'aide pour cet acte. Dans son rapport du 22

novembre 2024, le Dr K. _____ a attesté que le mari de sa patiente devait l'aider pour laver ses cheveux. Cela étant, il ne ressort ni de ce rapport médical, ni des déclarations de la recourante, que lorsque les conditions sont favorables pour qu'elle prenne une douche ou un bain, son mari doit rester à ses côtés pour la guider dans l'exécution des gestes d'hygiène hormis le lavage des cheveux. S'agissant du lavage des cheveux, il ne s'agit pas d'un soin quotidien et la recourante ne le prétend du reste pas. Au cours de l'examen SMR, l'intéressée avait indiqué qu'elle privilégiait la toilette au gant depuis plusieurs années et que son mari lui lavait les cheveux régulièrement mais pas systématiquement. Par conséquent, cette intervention du mari ne peut pas être considérée comme importante et ne permet pas de retenir un besoin d'aide pour l'acte « faire sa toilette » (cf. ATF 147 V 35 consid. 9.2.3 ; ch. 2043 à 2945 CSI).

ee) Enfin, pour l'acte « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts », l'évaluateur a constaté l'absence de besoin d'aide dans la mesure où la recourante est capable de se déplacer de manière autonome à domicile et qu'elle est capable de participer de manière active à une discussion, lire écrire ou encore regarder la télévision, tandis que l'accompagnement dont elle déclarait avoir besoin pour les déplacements à l'extérieur devait être pris en compte comme besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En l'occurrence, il a noté que l'intéressée pouvait se rendre seule, avec son véhicule, à des rendez-vous connus ou prévisibles nécessitant au maximum un trajet de 10 minutes en voiture, mais qu'elle n'allait jamais faire des courses, même accompagnée, qu'elle était véhiculée pour toutes les autres sorties et qu'il fallait la stimuler pour sortir se promener. Ces informations ont été confirmées dans l'ensemble par le Dr K. _____ dans son rapport du 22 novembre 2024, qui a indiqué que sa patiente pouvait effectuer les courts trajets familiaux à pied, à vélo ou en voiture. Lors de l'examen clinique SMR, l'intéressée a expliqué qu'elle se promenait parfois seule et qu'elle pouvait se rendre en voiture chaque mois au cabinet de son psychiatre et une fois par semaine à vélo à son rendez-vous d'ergothérapie.

Dans ses objections du 29 août 2024 puis dans ses écritures des 18 décembre 2024 et 4 avril 2025, la recourante a exposé qu'elle ne pouvait effectuer les sorties seules décrites dans le rapport d'évaluation que lorsqu'elle se trouvait dans une « phase haute », ce qui était devenu rare voire inexistant. Comme déjà relevé pour les autres actes examinés ci-dessus, il est ainsi constant que, lorsque les conditions sont réunies, la recourante est capable de se déplacer seule à l'extérieur, que ce soit pour se rendre à un rendez-vous médical, pour entretenir des contacts ou pour se promener. Le besoin d'aide décrit par la recourante s'inscrit donc bien dans la notion d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, par la prévention de l'isolement durable, non dans l'accomplissement de l'acte lui-même (cf. ch. 2056 CSI).

ff) Il faut ainsi constater qu'aucun besoin d'aide important et régulier dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ne peut être pris en compte.

d) L'intimé a retenu un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, fondé sur les conclusions du rapport d'évaluation du 30 mai 2024. En l'occurrence, l'évaluateur a déterminé l'existence d'un besoin d'aide pour vivre de manière indépendante constitué d'une aide pour structurer la journée (maintenir un rythme jour/nuit, prendre des repas régulièrement, planifier les rendez-vous médicaux et les sorties pour diminuer les angoisses) évaluée à 30 minutes par semaine, d'une aide pour faire face aux situations quotidiennes (maintenir une hygiène suffisante et une alimentation adaptée à ses besoins nutritionnels, prise en charge des tâches administrative, incitation à sortir ou à se rendre à ses rendez-vous) de 30 minutes par semaine, d'une aide pour la préparation des repas (planifier les repas et cuisiner) de 6 heures par semaine, d'une aide pour tenir le ménage (procéder aux tâches ménagères et inciter l'intéressée à participer) de 1 heure 30 par semaine, d'une aide pour procéder à l'entretien des vêtements (inciter à laver son linge et procéder sporadiquement à sa place), soit une durée totale de 9 heures 15 par semaine, réduite à 2 heures 15 pour tenir

compte d'une aide exigible de la famille limitée à 7 heures par semaine en raison des problèmes de santé du mari et de la situation personnelle du fils. D'autre part, l'évaluateur a retenu un besoin d'accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile de 30 minutes par semaine (faire les courses, accompagner pour les trajets éloignés du domicile). En revanche, l'évaluateur n'a pas retenu un besoin de présence d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable dès lors que la recourante vivait en famille.

En concluant à l'admission d'un besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires, la recourante a fait grief à l'intimé d'avoir globalement sous-estimé ses besoins d'aide en reportant l'aide à l'accomplissement des actes sur le besoin d'accompagnement. Il a été démontré ci-dessus que l'aide dont elle a besoin ne relève pas de l'aide à l'accomplissement des actes en eux-mêmes. Néanmoins, il apparaît que la recourante n'a pas critiqué les durées proposées par l'évaluateur s'agissant de l'accompagnement, ni la réduction au titre de l'aide exigible des membres de la famille. Il apparaît que le contexte mentionné dans le rapport d'évaluation à domicile est bien plus sombre que ce que la recourante avait décrit lors de l'examen du SMR en septembre 2023. Le Dr BB._____ avait en effet relevé que la recourante était peu autonome dans l'accomplissement des tâches ménagères mais qu'elle y contribuait de manière effective et régulière, avec une répartition des tâches relativement équitable entre les membres de la famille, qu'elle accompagnait son mari pour faire les courses à quinzaine et les faisait parfois seule, qu'elle participait à l'élaboration des repas avec son mari et qu'elle gérait son administratif (cf. Vie quotidienne, pp. 21 s. du rapport). Ces constatations étaient superposables à celles figurant dans le rapport d'évaluation du Dr M._____ du 7 octobre 2022 (cf. Description de la journée type, pp. 6 s. du rapport). Dans son rapport du 22 novembre 2024, le Dr K._____ a indiqué que sa patiente était peu autonome dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, mais n'a pas détaillé dans quelle proportion l'aide du mari ou du fils était requise.

Dans ces conditions, il faut admettre que le temps d'accompagnement retenu dans le rapport d'évaluation n'est pas sous-évalué avec 9 heures 15 par semaine pour les prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante, ainsi que 30 minutes par semaine pour l'accompagnement aux activités et contacts hors du domicile, et en constatant l'absence de besoin d'aide supplémentaire pour prévenir un isolement durable. A l'inverse, aucun élément au dossier ne permet de considérer que l'aide des membres de la famille considérée comme exigible, fixé à 7 heures par semaine réparties entre le mari et le fils majeur, serait surévaluée. Au demeurant, le besoin d'accompagnement devant être pris en compte dès qu'il dépasse 2 heures par semaine, cette condition est en l'occurrence largement satisfaite de sorte que l'éventuelle augmentation du temps nécessaire ou réduction de l'aide exigible n'amènerait pas d'autre résultat. Il faut ainsi confirmer l'existence d'un besoin d'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 RAI.

e) L'intimé n'a pas retenu un besoin de surveillance personnelle, contrairement à l'évaluateur qui mettait ce besoin en relation avec un risque de tentamen. Se fondant sur l'avis de son service juridique du 21 juin 2024, établi après une discussion avec le SMR, l'intimé a considéré que ce risque devait être relativisé dans la mesure où la recourante n'avait connu qu'un seul raptus à l'âge de 18 ans et qu'aucun élément médical ne permettait d'admettre la nécessité d'une surveillance telle qu'alléguée par l'intéressée.

Comme relevé par l'intimé dans sa prise de position du 6 novembre 2024, l'admission ou le rejet d'un besoin de surveillance personnelle n'a pas d'incidence sur le degré d'impotence, lorsqu'un besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie est reconnu comme dans le cas d'espèce. Cela étant, il convient d'admettre avec l'intimé que la nécessité d'une surveillance personnelle permanente n'est pas médicalement attestée dans le cas d'espèce. Dans son rapport du 22 novembre 2024, le Dr K. _____ a certes fait état d'un risque suicidaire élevé, qui obligeait le mari de sa patiente à rester disponible en permanence, physiquement ou par téléphone, afin de la soutenir lors de

crises anxio-dépressives. Il convient cependant de relever que l'idéation suicidaire a été mentionnée par les psychiatres traitant en janvier 2019 déjà. Le Dr K. _____ a fait part, dans son rapport du 24 décembre 2021, du fait que sa patiente s'était inscrite à EXIT plusieurs années auparavant, en lien avec cette problématique. Il a par ailleurs régulièrement évoqué l'aggravation saisonnière de la symptomatologie, qui l'a amené à faire hospitaliser sa patiente face à des recrudescences d'idées noires (cf. rapports des 24 décembre 2021, 29 octobre 2022, 12 février 2023). Il s'agit ainsi d'une idéation présente de longue date, qui n'a cependant justifié des mesures particulières qu'épisodiquement, avec une mise à l'abri en hôpital psychiatrique de quelques jours chaque année. A ce propos, il ressort du rapport établi le 21 novembre 2024 par le Dr BF. _____, que la recourante a été hospitalisée du 24 septembre au 1^{er} novembre 2024 sur demande du psychiatre traitant dans un contexte d'épuisement généralisé de l'ensemble du système familial, pour une patiente présentant un état dépressif majeur avec des idées noires et des idéations suicidaires envahissantes depuis quelques jours. Ces éléments tendant à démontrer qu'un éventuel besoin de surveillance en lien avec l'idéation suicidaire ne pourrait être qualifié de permanent.

A cela s'ajoute que la recourante a indiqué, au cours de son entretien avec le Dr BB. _____ en septembre 2023, qu'elle restait seule une grande partie de la journée puisque son mari rentrait du travail à 18 heures tandis que son fils était peu présent en raison de ses études, qu'elle pouvait occasionnellement aller faire des courses seules, qu'elle se rendait seule à ses rendez-vous thérapeutiques proches de son domicile et que, lors des dernières vacances, elle était restée seule à plusieurs occasions pendant que son mari et son fils sortaient de leur côté pour des excursions ou des repas au restaurant. Dans sa demande d'allocation pour impotent du 19 octobre 2023, elle a indiqué qu'il lui était possible de rester seule durant la journée durant une à deux heures. Enfin, au cours de l'évaluation, en mai 2024, elle a confirmé qu'elle pouvait sortir seule, à pied, à vélo ou en voiture, dans des lieux proches de son domicile pour ses rendez-vous médicaux ou d'autres activités, et qu'elle n'accompagnait pas toujours son mari lorsqu'il allait faire les courses. Ainsi, si l'on peut

admettre que la recourante présente des idées suicidaires de manière récurrente, justifiant la crainte d'un passage à l'acte de la part de son époux, l'intéressée peut rester seule à son domicile à différents moments de la journée, voire sortir seule. En conséquence, les conditions permettant l'admission d'un besoin de surveillance personnelle permanente ne sont pas remplies.

10. Il faut ainsi constater que la recourante a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie d'une durée supérieure à 2 heures par semaine, ce qui donne droit à une allocation pour impotent de degré faible.

Comme évoqué ci-dessus (cf. consid. 3b), la recourante a fait valoir en procédure de recours que les conditions de l'art. 48 al. 2 LAI étaient réunies, en ce sens qu'elle n'avait pas pu déposer sa demande d'allocation pour impotent à temps en raison de son état de santé. Contrairement à ce qu'elle affirme, l'éventuelle admission d'un droit rétroactif plus long en application de l'art. 48 al. 2 LAI ne permettrait pas un versement dès le 1^{er} septembre 2021, mais tout au plus dès le 1^{er} septembre 2022, soit une année après la survenance de l'impotence, au lieu du 1^{er} octobre 2022 comme reconnu par l'intimé. Cela étant, la recourante n'a pas démontré une impossibilité objective de déposer sa demande d'allocation avant octobre 2023. En effet, l'examen du dossier de l'intimé montre qu'elle a été en mesure de reprendre contact avec l'intimé par téléphone en novembre 2021 et de déposer une demande de révision relative au droit à la rente dans les jours suivants. Se conformant aux demandes de pièces complémentaires de l'intimé, elle a notamment pu remplir et signer de sa main le formulaire de détermination du statut et l'adresser à l'intimé le 24 janvier 2022 avec une lettre d'accompagnement. Elle était en outre consciente de la gravité de son état de santé, puisqu'elle a précisé dans la lettre accompagnant sa demande de rente qu'elle était à nouveau durablement en incapacité de travailler en raison de la même maladie qu'en 2019. Par ailleurs, le Dr M._____, qui a examiné la recourante en octobre 2022 sur mandat de D._____, a constaté l'absence de signe de fatigabilité mentale ou de

troubles cognitifs, une intelligence dans la norme, ainsi que des capacités de compréhension et de raisonnement intacts, tandis que la recourante s'est déterminée elle-même sur le rapport établi à cette occasion et a écrit encore d'autres courriers par la suite dans le cadre de l'examen du droit à la rente.

Les conditions d'application de l'exception posée par l'art. 48 al. 2 LAI ne sont ainsi pas remplies, de sorte qu'il faut confirmer la date du 1^{er} octobre 2022 pour le début du versement de l'allocation.

11. La recourante a requis l'assignation et l'audition de son mari en tant que témoin, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

L'audition du mari de la recourante paraît superflue, dès lors que l'intéressé était présent à ses côtés durant l'enquête à domicile et a pu apporter son éclairage sur sa situation à cette occasion. Par ailleurs, comme démontré plus avant, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

12. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des

frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 12 novembre 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 de la recourante.

- 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- 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 :