

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 mars 2026

Composition : M. NEU, président  
MM. Berthoud et Bonjour, assesseurs  
Greffière : Mme Hentzi

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à U\*\*\*, recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en \*\*\*. Sans formation professionnelle, elle a travaillé dès juin 2016 pour le compte du [...] de S\*\*\* en qualité d'auxiliaire de santé, à 70 %.

A l'issue d'une procédure de détection précoce, l'assurée a déposé, le 6 mai 2021, une demande de prestation de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a exposé être en incapacité de travail totale depuis le 7 avril 2021 en raison d'une anxiété généralisée et d'une dépression, ainsi que des diagnostics de trouble du déficit de l'attention et d'« autiste Asperger ».

Répondant le 3 juin 2021 à un formulaire de l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics - avec une incidence sur la capacité de travail - de dépression chronique, épisode actuel moyen (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] F32.1 ; depuis 2001), de trouble du déficit de l'attention (CIM-10 F90 ; depuis 2020) et du syndrome d'Asperger (CIM-10 F84.5 ; depuis 2020), ainsi que le diagnostic - sans incidence sur la capacité de travail - d'obésité morbide. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 7 avril 2021 et de 50 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 31 août 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute, ont confirmé les diagnostics du trouble du déficit de l'attention et du trouble du spectre autistique. Ils ont indiqué que la décompensation psychique majeure était survenue au printemps 2020 et trouvait son origine dans une dégradation progressive et marquée de l'état de santé mentale de l'assurée, consécutive à plusieurs facteurs déclenchants cumulatifs. Le décès de son père, qui assurait jusque-là un rôle central de soutien et d'organisation dans sa vie quotidienne, constituait le premier élément déterminant. À cela s'ajoutait l'aggravation de son trouble du comportement alimentaire, suivie du refus d'une prise en charge

chirurgicale en raison de sa grande fragilité psychiatrique, événement ayant provoqué un nouvel effondrement psycho-affectif. Enfin, la confirmation diagnostique d'un déficit de l'attention sans hyperactivité, à l'issue d'une évaluation approfondie, constituait un troisième facteur déclencheur. Selon eux, la situation s'était à ce point détériorée qu'une hospitalisation psychiatrique avait été envisagée. Afin d'éviter une telle mesure, une prise en charge intensive à domicile avait été mise en place, comprenant l'intervention du Centre médico-social d'A\*\*\* (ci-après : le CMS) pour l'aide au ménage notamment, l'appartement se trouvant dans un état d'insalubrité manifeste, ainsi que l'instauration d'un accompagnement par une assistante sociale pour la gestion hebdomadaire des tâches administratives, l'état de celles-ci étant « catastrophiques ».

Par rapport du 26 octobre 2021, le Dr F. \_\_\_\_\_ a exposé que la situation de l'assurée s'était à nouveau péjorée, celle-ci se repliant sur elle-même. Elle présentait un risque suicidaire élevé, de sorte que la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Par décision du 7 mars 2022, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière à l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2021, considérant que celle-ci était incapable de travailler dans toute activité depuis le 7 avril 2021.

**B.** Le 24 août 2023, l'assurée a déposé une demande tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent, en indiquant avoir besoin d'aide pour un acte ordinaire de la vie (se déplacer et entretenir des contacts sociaux ; depuis avril 2021) ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (prestations pour vivre de manière indépendante, accompagnement pour établir des contacts sociaux hors du lieu de vie et présence d'un tiers pour éviter l'isolement ; depuis avril 2021).

Était annexé à sa demande, un courrier du 17 août 2023 de J. \_\_\_\_\_, assistante sociale au CMS, laquelle relevait que l'assurée souffrait de troubles psychiques entraînant des limitations importantes dans l'accomplissement de certains actes de la vie quotidienne. L'intéressée

bénéficiait d'un suivi médico-social important comprenant des consultations mensuelles auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, des entretiens bimensuels avec sa psychologue, G.\_\_\_\_\_, ainsi que des visites hebdomadaires à domicile d'un infirmier en santé mentale, notamment pour la préparation du semainier. L'ergothérapeute du CMS intervenait à domicile deux fois par mois afin de structurer la semaine et fixer des objectifs à l'assurée en lien avec le ménage et certaines activités. L'assistante sociale du CMS se rendait également au domicile de l'assurée deux fois par mois pour l'aider dans la gestion administrative et financière, le traitement du courrier et les paiements, ainsi que pour prévenir l'isolement social. Une aide au ménage du CMS intervenait en outre régulièrement. Elle a également relevé que l'assurée ne cuisinait pas de manière autonome et dépendait du soutien de sa mère pour bénéficier d'une alimentation équilibrée. Elle éprouvait d'importantes difficultés dans l'entretien du logement, la gestion administrative et la structuration de la semaine, directement liées à ses troubles psychiques. L'isolement social provoquait chez elle des angoisses et des ruminations. Les interventions mises en place avaient ainsi pour but de prévenir de nouvelles hospitalisations psychiatriques, l'assurée ayant déjà été hospitalisée à plusieurs reprises. En outre, elle ne pouvait se rendre seule à ses rendez-vous que lorsqu'elle connaissait parfaitement les lieux, ses activités sociales et de loisirs étant très limitées. Enfin, elle ne prenait soin de son hygiène personnelle que lorsque des tiers étaient présents, ce qui rendait nécessaires des passages réguliers à domicile.

Dans un rapport du 6 septembre 2023 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée avait besoin, depuis environ deux ans, d'aide pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le 8 septembre 2023, le Dr F.\_\_\_\_\_ a complété un rapport à la demande de l'OAI, relatant que l'assurée avait besoin d'aide pour réaliser les actes « manger » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2021. S'agissant de l'acte « manger », il a relevé que l'assurée présentait d'importantes difficultés dans le choix et

l'organisation de son alimentation, se nourrissant de manière inadaptée, ce qui s'était traduit par une prise de poids significative. Quant à l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », le médecin a mis en évidence un isolement social marqué et une anxiété importante, l'assurée vivant seule et ne disposant d'aucune vie sociale. Dans ce contexte, l'intervention de plusieurs professionnels du CMS (une aide au ménage, un ergothérapeute et une assistante sociale) s'était avérée nécessaire afin de l'inciter à sortir de son domicile et pour la soutenir dans les activités de la vie quotidienne, les effets de ces mesures étant toutefois demeurés limités. En outre, il était essentiel que l'assurée bénéficie d'un appartement protégé avec une aide permanente afin de lui permettre de maintenir une autonomie minimale.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une enquête sur l'impotence a été réalisée le 12 mars 2024 au domicile de l'assurée en présence de son assistante sociale. Au terme de son rapport établi le 13 mars 2024, l'évaluatrice mandatée par l'OAI a retenu qu'une aide régulière et importante d'autrui n'était pas nécessaire pour aucun des six actes ordinaires de la vie. Relativement à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le rapport d'enquête consignait les éléments suivants (cf. point 4.2) :

« L'assurée ne serait pas institutionnalisée sans les interventions de son ergothérapeute, de l'assistante sociale et sans l'aide au ménage. L'assurée est capable de vivre de manière indépendante et de faire face aux nécessités de la vie avec peu d'aide.

Structure de la journée : l'assurée est capable de structurer sa journée et sa semaine. Elle se rend seule à ses ateliers à T\*\*\* sans rappel d'un tiers. Lorsqu'un rendez-vous sort de l'ordinaire, elle l'inscrit dans son téléphone et dans l'agenda que son ergothérapeute lui a conseillé. Elle sort quotidiennement ses chiens et les nourrit. Elle est également capable d'appeler le vétérinaire et de s'y rendre si besoin.

Cuisine : l'assurée mange des plats préparés et des choses qui ne nécessite[nt] pas de préparation. Elle est capable de se faire une salade en sachet ou un repas froid. Elle a une alimentation peu variée car elle explique ne pas savoir cuisiner. Elle sait toutefois cuire des pâtes ou des œufs. Elle ne se fait aucune préparation et ne mange jamais chaud. Elle a des habitudes alimentaires qui sont peu équilibrées (mange des raviolis froids à même la boîte, de même avec le thon). Elle ne bénéficie toutefois pas des repas du CMS.

hygiène  
les ateliers  
lavabo.  
mais elle

Hygiène personnelle : l'assurée est capable de prendre soin de son corporelle sans rappel de tiers. Elle se lave avant les rendez-vous et à T\*\*\*. Lorsqu'elle ne se douche pas elle fait au moins une toilette au Il lui arrive de ne pas se changer les jours où elle ne voit personne, change régulièrement ses habits quand ils sont trop sales.

entre les  
la salle  
faire la  
avec son  
est capable

Ménage et lessive : l'assurée est capable d'entretenir son logement passages de l'aide au ménage du CMS. Elle a de l'aide pour les sols et de bain, 1h30 tous les 15 jours. Entre deux l'assurée est capable de poussière et l'entretien quotidien du ménage, selon les objectifs fixés avec son ergothérapeute. Elle a une machine à laver dans la salle de bain et de faire seule toute sa lessive de manière régulière.

Administratif et paiements : L'assurée a de l'aide de l'assistante sociale du CMS tous les 15 jours. Elle ouvre le courrier et le garde pour la visite de l'assistante sociale. Elle aurait tendance à se disperser dans les tâches administratives et surtout à se stresser. L'assistante sociale l'aide à préparer les paiements et lui définit un budget par mois. L'assurée est ensuite capable de faire elle-même les paiements par e-banking. Elle gère ensuite seule son argent du mois. Il lui arrive de faire des dépenses inutiles à coup de Chf 50. - par ci, par-là. Ce sont des achats de stress que l'assurée utilise comme récompenses. Elle n'est toutefois pas endettée.

Questions de santé : L'assurée est capable de gérer elle-même ses traitements. Elle se fait un semainier. Elle s'approvisionne seule à la pharmacie. Elle doit se faire une injection (Ozempic) quotidienne pour son diabète qu'elle a tendance à oublier. Elle explique qu'elle va se mettre une alarme sur son téléphone pour s'en rappeler. Elle est capable de prendre un rendez-vous chez son médecin traitant et de faire renouveler ses ordonnances. Elle communique principalement par message et par mails avec ses prestataires de soin.

mois. Elle  
seule aux  
sur

Courses : L'assurée se fait livrer les courses à domicile une fois par fait elle-même la liste et passe commande seule. Entre deux elle va magasins aux heures de faible affluence. Elle commande ses habits Internet.

Activités et loisirs : L'assurée a sa propre voiture. Elle se déplace uniquement en conduisant. Elle se rend seule à des matchs de Hockey plusieurs fois par année. Elle regarde la télévision et fait également mention des réseaux sociaux. Elle dit qu'elle ne lit pas à cause de ses problèmes de concentration lié à son TDA [trouble du déficit de l'attention]. L'assurée aime les animaux. Elle a deux chiens dont elle est capable de s'occuper seule. Elle avait des poneys qu'elle a dû vendre car elle n'arrivait plus à s'en occuper et que cela n'était plus possible financièrement. »

Par projet de décision du 15 mars 2024, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui nier le droit à une allocation pour impotent, faute de nécessité d'aide régulière et importante dans l'accomplissement d'au moins deux actes ordinaires de la vie et en l'absence d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie d'au moins deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois.

Dans un courrier du 28 mars 2024, cosigné par le Dr F.\_\_\_\_\_, l'assurée a formulé des objections à l'encontre dudit projet de décision. En substance, elle a fait valoir qu'elle n'était pas en mesure d'effectuer certains actes de la vie quotidienne, notamment en matière d'hygiène personnelle, d'alimentation, de déplacements et d'entretien des contacts sociaux. En raison d'une obésité morbide (BMI 41) et de ses troubles psychiques, elle rencontrerait des difficultés importantes pour la toilette, l'habillage, l'entrée et la sortie de la baignoire, ainsi que des problèmes d'incontinence. Son alimentation était gravement déséquilibrée, marquée par une incapacité à faire les courses, à gérer la péremption des aliments et à préparer des repas, ce qui compromettrait la stabilisation de son diabète de type 2. Il était également relevé des limitations significatives de la mobilité, des douleurs chroniques et des difficultés à se déplacer, ainsi qu'une incapacité à entretenir des contacts sociaux en raison du trouble du spectre de l'autisme, de l'obésité et de la dépression sévère. L'assurée avait fait l'objet de plusieurs hospitalisations psychiatriques en 2022 et 2023 et présenterait encore un risque suicidaire élevé, avec un repli social quasi total. Une surveillance personnelle régulière était nécessaire, notamment en raison de comportements liés à la désorganisation et au risque suicidaire élevé. Ainsi, sans aide externe, l'assurée n'était pas capable de se gérer seule (hygiène, alimentation, factures, ménage). Les aides actuellement mises en place ne suffisaient pas à garantir une autonomie minimale et visaient principalement à éviter une nouvelle hospitalisation, raison pour laquelle l'assistance sociale du CMS était en recherche active d'une place dans un appartement protégé pour l'assurée.

Par décision du 7 août 2024, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent.

**C.** Par acte du 11 septembre 2024, B.\_\_\_\_\_, représentée par Procap, a déféré la décision du 7 août 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'elle avait besoin

d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie sous la forme de soutien pour les contacts sociaux, d'aide pour structurer sa journée, en particulier pour le ménage et les tâches administratives, et de soutien pour éviter le risque d'isolement. La prise en charge reposait sur la mise en place d'un réseau de soutien permettant à l'assurée de voir au moins une personne par jour, afin de l'aider à structurer sa semaine. Ce réseau avait pour objectifs de prévenir l'isolement, de surveiller son état de santé, de l'assister dans les actes de la vie quotidienne et d'éviter de nouvelles hospitalisations en milieu psychiatrique. Il était organisé comme suit : l'assurée voyait le Dr L. \_\_\_\_\_ une fois par mois (soit environ quinze minutes par semaine), G. \_\_\_\_\_ deux fois par mois (soit trente minutes par semaine), J. \_\_\_\_\_ deux fois par mois (soit une heure par semaine), l'infirmière en santé mentale une fois par semaine (soit une heure par semaine) et l'ergothérapeute du CMS deux fois par mois (soit trente minutes par semaine), ce dernier intervenant notamment pour l'organisation du domicile, la définition d'objectifs de rangement, le maintien de l'ordre, la condition physique et les soins. S'y ajoutait une aide au ménage du CMS à raison d'une heure et demie tous les quinze jours (soit quarante-cinq minutes par semaine). En outre, elle se rendait aux ateliers de T\*\*\* le mardi pour un atelier de groupe et le vendredi pour un repas. L'accompagnement était ainsi à la fois régulier et important, représentant environ quatre heures par semaine. Par ailleurs, il ressortait des rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ que, sans aide externe, l'assurée était incapable d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne dans plusieurs domaines, notamment l'hygiène, l'alimentation, le ménage, les courses, la gestion des factures, les déplacements, les contacts sociaux et les soins. En l'absence de ce soutien régulier, elle ne serait pas en mesure de vivre de manière autonome.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Tout en soulignant que le rapport d'enquête à domicile du 13 mars 2024 satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, il a relevé que l'assurée était capable de structurer sa journée et sa semaine. En particulier, elle se rendait seule à ses ateliers à T\*\*\*, sans rappel d'un tiers, se lavait avant de s'y rendre, sortait quotidiennement ses chiens et les nourrissait, et était capable de prendre contact avec le

vétérinaire et de s'y rendre en cas de besoin. En outre, elle était en mesure de cuisiner des plats simples, tels que des pâtes ou des œufs, et de consommer des plats préparés.

Répliquant le 5 décembre 2024, l'assurée a intégralement maintenu ses conclusions. Elle a expliqué que, si elle était en mesure de structurer ses journées et ses semaines, cela n'était possible qu'en raison du réseau mis en place ainsi que de l'aide et du soutien réguliers des différents intervenants. Ce réseau de soutien était organisé de manière à ce qu'elle voie au moins une personne par jour, afin de structurer sa vie quotidienne et de l'inciter à accomplir les différentes tâches du quotidien.

L'OAI a confirmé ses conclusions dans une duplique du 19 décembre 2024.

Par détermination du 14 janvier 2025, l'assurée a une nouvelle fois confirmé ses conclusions. Elle a relevé que l'accompagnement était régulier et important et que, sans ce soutien, elle ne pourrait pas vivre seule.

Le 28 janvier 2025, Procap a déposé sa liste des opérations.

### **En droit :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art 60 al. 2 LPGA) 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'occurrence, l'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. Est litigieux, à la lecture de la motivation développée par la recourante dans ses écritures, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

**3.** L'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 une allocation pour impotent.

**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 (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI 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<sup>bis</sup> al. 5 LAI est réservé.

**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)** L'art. 38 al. 1 RAI dispose que 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).

**6. a)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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)** Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. 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).

**c)** L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est

fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; ch. 2015 à 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et les références citées).

**7. a)** 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). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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 a 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 autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI).

**c)** L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 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)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

**9.** En l'espèce, la recourante a sollicité l'octroi d'une allocation pour impotent en raison des atteintes dont elle souffre, à savoir un épisode dépressif sévère, un trouble du spectre de l'autisme ainsi qu'un trouble du déficit de l'attention. Le caractère invalidant de ces atteintes a été reconnu par l'intimé, qui lui a octroyé une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2021. La condition du droit à un quart de rente au moins posée par l'art. 42 al. 3 LAI est ainsi remplie.

Dans sa demande, la recourante a fait valoir les besoins suivants : une aide pour un acte ordinaire de la vie, à savoir l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ainsi qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. À l'appui de ses objections, elle a en outre soutenu avoir un besoin particulier d'aide en matière d'hygiène personnelle et d'alimentation, ainsi qu'un besoin de soins permanents et d'une surveillance personnelle (cf. courrier du 28 mars 2024). Dans son recours, la recourante a essentiellement insisté sur la nécessité d'un accompagnement excédant deux heures par semaine pour faire face aux nécessités de la vie.

**10.** On observe que la recourante fait valoir un besoin d'aide pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». À cet égard, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle ne sortait pratiquement pas de son domicile et que plusieurs intervenants ont dû être mis en place pour l'inciter à sortir (cf. rapport du 8 septembre 2023). L'enquêtrice de l'intimé a toutefois nié l'existence d'un tel besoin, estimant que la recourante disposait des ressources nécessaires pour accomplir cet acte de manière autonome. Il y a lieu de rappeler qu'il y a impotence lorsque l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer de manière autonome dans son logement ou à l'extérieur (ch. 2054 CSI). Or, il ressort du rapport d'enquête du 13 mars 2024 que la recourante est en mesure de se déplacer seule. Elle dispose en effet de sa propre voiture et elle se rend de manière autonome, à raison de deux à trois fois par semaine, aux ateliers de T\*\*\*, ce qu'elle ne conteste au demeurant pas. Dans ces circonstances, le fait que la recourante limite ses sorties ne saurait, à lui seul, fonder l'existence d'un besoin d'aide pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » au sens des actes ordinaires de la vie, dès lors qu'il n'existe pas d'incapacité fonctionnelle objective à se déplacer. En outre, les différents intervenants mentionnés par le Dr F. \_\_\_\_\_, à savoir l'assistante sociale, l'ergothérapeute et l'aide-ménagère, seront pris en considération dans l'examen du besoin d'accompagnement visant à permettre à la recourante de faire face aux nécessités de la vie (cf. *infra* consid. 12), étant précisé que la nécessité de l'aide pour entretenir des contacts afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes présentant un

handicap psychique), doit être prise en compte uniquement au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et non de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (ch. 2056 CSI).

Concernant les actes ordinaires de la vie, la recourante a encore évoqué les soins d'hygiène ainsi que l'alimentation (cf. courrier du 28 mars 2024). S'agissant de l'acte « manger », il n'est pas contesté que la recourante est en mesure de s'alimenter seule, sans l'aide d'un tiers. Le dossier ne fait état ni de troubles de la déglutition, ni d'une incapacité fonctionnelle à porter la nourriture à la bouche ou à mâcher. Le seul fait d'adopter une alimentation déséquilibrée ou inadaptée ne suffit pas à fonder un cas d'impotence. À cet égard, il convient de rappeler qu'un régime alimentaire particulier, notamment en lien avec une pathologie telle que le diabète ou la maladie cœliaque, ne justifie pas non plus la reconnaissance d'une impotence (ch. 2038 CSI). S'agissant de l'acte « faire sa toilette », la recourante a indiqué rencontrer des difficultés pour sortir de la baignoire, raison pour laquelle elle privilégiait une toilette au lavabo (cf. rapport d'enquête du 13 mars 2024). Il ressort toutefois du dossier qu'elle demeure en mesure de procéder elle-même aux soins d'hygiène élémentaires, sans aide extérieure, en dépit de ses problèmes de mobilité. En particulier, il lui appartient de faciliter les soins d'hygiène en recourant à des moyens auxiliaires courants, telle qu'une planche de bain. En ce qui concerne un éventuel besoin d'aide indirecte, il a été relevé par l'assistante sociale que la recourante procédait aux soins d'hygiène principalement lorsqu'elle devait se rendre à des rendez-vous ou voir des tiers (cf. courrier du 17 août 2023). A cet égard, un besoin d'aide indirect est reconnu lorsqu'un assuré a besoin d'incitations permanentes pendant leur accomplissement (cf. TF 9C\_236/2024 du 23 octobre 2024 consid. 6.1.2). Or, il n'apparaît pas qu'un tiers doive intervenir dans une telle proportion durant l'accomplissement des soins d'hygiène par la recourante.

Il convient ainsi de déduire, à l'instar de l'intimé, que la recourante n'a pas besoin d'une assistance régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

**11.** Il en va de même s'agissant des besoins de soins permanents et de surveillance personnelle permanente.

D'une part, les soins permanents visés par l'art. 37 al. 1 RAI sont des soins médicaux quotidiens, fournis durant une période assez longue. La préparation d'un pilulier ou l'accompagnement d'un patient chez le médecin ne sont pas pris en compte (ch. 2058 ss CSI). Quant aux soins particulièrement astreignants visés par l'art. 37 al. 3 RAI, il s'agit de soins qui durent plus de quatre heures par jour ou de soins qui cumulent une durée supérieure à deux heures par jour et des conditions difficiles, tels les soins de nuits ou l'alimentation par sonde (ch. 2063 ss CSI). Les soins perçus par la recourante, principalement psychothérapeutiques, auxquels s'ajoutent un traitement lié à son diabète, n'entrent manifestement pas dans ces définitions.

D'autre part, la surveillance personnelle permanente visée par les alinéas 2 et 3 de l'art. 37 RAI concerne la nécessité de la présence d'un tiers tout au long de la journée (cf. TF 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; ch. 2075 ss CSI). En l'occurrence, le fait que la recourante bénéficie de l'intervention régulière de plusieurs professionnels à domicile au cours de la semaine ne saurait être assimilé à une surveillance personnelle permanente au sens de la disposition précitée. Par ailleurs, il n'est pas contesté que la recourante vit seule et qu'elle est en mesure de se rendre de manière autonome aux ateliers de T\*\*\* deux à trois fois par semaine. Dans ces circonstances, et nonobstant les préoccupations exprimées par le Dr F. \_\_\_\_\_ quant à son état dépressif (cf. courrier du 28 mars 2024), aucun élément concret ne permet de retenir que la recourante nécessiterait, de façon durable et continue, la présence permanente d'un tiers, dans la mesure où elle capable de rester seule à son domicile.

**12.** Demeure litigieuse la question de savoir si la recourante a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il convient ainsi d'examiner si elle ne peut, en raison de son atteinte à la santé, vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne.

**a)** La recourante se prévaut d'un besoin d'accompagnement accru pour faire face aux nécessités de la vie. Sur ce point, elle a allégué qu'elle avait besoin d'être accompagnée dans tous les domaines de la vie, que ce soit pour planifier son quotidien, organiser son hygiène personnelle, s'alimenter, faire son ménage ou prévenir un isolement social, rapportant avoir désormais recours à plusieurs intervenants, à savoir :

- Le Dr F.\_\_\_\_\_, une fois par mois durant une heure, soit quinze minutes par semaine ;
- G.\_\_\_\_\_, deux fois par mois durant une heure, soit trente minutes par semaine ;
- un ergothérapeute du CMS, deux fois par mois durant une heure pour l'organisation de la semaine et la fixation d'objectifs, soit trente minutes par semaine ;
- une infirmière en santé mentale une fois par semaine durant une heure en vue d'un entretien thérapeutique ;
- une assistante sociale du CMS deux fois par mois durant deux heures pour le contrôle des paiements et la gestion de tâches administratives plus complexes, soit une heure par semaine ;
- une aide au ménage du CMS, deux fois par mois durant une heure et trente minutes, soit quarante-cinq minutes par semaine.

L'intimé, de son côté, s'en tient aux propos relevés par l'enquêtrice à l'issue de l'enquête sur l'impotence réalisée au domicile de la recourante le 12 mars 2024.

**b)** Il ressort du dossier que l'assurée bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire comprenant notamment des consultations médicales régulières et des interventions à visée thérapeutique. Elle consulte ainsi le Dr F.\_\_\_\_\_ à raison d'une fois par mois et G.\_\_\_\_\_ deux fois par mois.

Il convient de souligner que cette prise en charge médicale, bien qu'assidue et structurée, ne saurait constituer un accompagnement destiné à aider l'assurée dans la gestion concrète et quotidienne de sa vie, puisqu'il a pour principal objectif le suivi médical et thérapeutique de ses pathologies. Elle était également suivie par une infirmière en santé mentale. À cet égard, le rapport d'enquête du 13 mars 2024 précise toutefois que ce suivi infirmier avait été interrompu et qu'aucun remplacement n'avait été mis en place. En tout état de cause, ce suivi s'inscrivait dans une démarche thérapeutique, et n'avait pas non plus pour objectif d'assister la recourante dans l'organisation pratique de la vie quotidienne. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel suivi, dès lors qu'il vise principalement le traitement de la pathologie et la stabilisation de l'état de santé, constitue une mesure thérapeutique qui ne peut être prise en compte comme accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (cf. ATF 133 V 450). Ainsi, ces prestations, bien qu'indispensables, relèvent en principe de l'assurance obligatoire des soins et ne sauraient, en tant que telles, fonder un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

En revanche, l'assurée bénéficie également d'interventions qui ne poursuivent pas uniquement une finalité thérapeutique, mais qui visent concrètement à lui permettre de structurer son quotidien et à faire face aux situations courantes. Elle est suivie par une assistante sociale du CMS à raison d'une heure par semaine. Cette dernière l'accompagne dans la gestion de ses affaires administratives et financières, l'aide à effectuer ses paiements et lit avec elle le courrier qu'elle reçoit. Elle soutient également l'assurée dans la recherche et le maintien d'activités hors du domicile, contribuant ainsi à prévenir l'isolement social (cf. courrier du 17 août 2023). L'assurée bénéficie en outre de la visite à domicile d'un ergothérapeute du CMS, deux fois par mois, soit trente minutes par semaine. Son rôle consiste à organiser la semaine de l'intéressée, à fixer des objectifs précis relatifs au ménage et à d'autres activités, et à accompagner la mise en œuvre concrète de ces tâches. Ces interventions ont pour objet principal de compenser les limitations fonctionnelles de la recourante dans l'organisation de son environnement et la planification de ses activités

quotidiennes. Elles constituent ainsi un soutien important qui contribue au maintien de l'autonomie de la recourante à domicile.

À cela s'ajoute une aide au ménage fournie par le CMS à raison d'une heure et demie tous les quinze jours, soit quarante-cinq minutes par semaine. Cette aide apparaît indispensable non seulement pour l'exécution matérielle de certaines tâches ménagères, mais également en tant que soutien structurant et incitatif, sans lequel l'assurée ne parvient pas à maintenir un niveau d'ordre et d'hygiène suffisant dans son logement (cf. rapports des 3 juin et 31 août 2021 du Dr F. \_\_\_\_\_).

**c)** Au surplus, il y a lieu de relever que les considérations qui précèdent sont confirmées par les rapports médicaux versés au dossier, lesquels attestent le besoin d'une tierce personne afin de permettre à la recourante de vivre de manière autonome. En effet, le Dr F. \_\_\_\_\_ a souligné, dans son rapport du 31 août 2021, que la situation de la recourante s'était nettement dégradée, rendant nécessaire la mise en place d'une aide du CMS, notamment pour la tenue du ménage, l'appartement se trouvant alors dans un état d'insalubrité, ainsi que l'intervention d'une assistante sociale pour l'accomplissement des tâches administratives, ces mesures ayant pour objectif d'éviter une hospitalisation. Dans un rapport du 8 septembre 2023, il a précisé que, malgré la mise en place des différents intervenants et de l'aide au ménage, l'autonomie de la recourante ne s'était pas améliorée. A son sens, il était indispensable qu'elle réside en appartement protégé avec une aide permanente. Dans les objections du 28 mars 2024, cosignées par le Dr F. \_\_\_\_\_, il a été relevé que la recourante demeurait dans l'incapacité de planifier, d'organiser et d'initier de manière autonome les tâches administratives et domestiques courantes, en raison d'altérations sévères des fonctions exécutives. Il est fait état d'une nécessité de supervision régulière pour les tâches administratives, incluant l'ouverture du courrier, le classement des documents, l'exécution des paiements, la gestion des rendez-vous médicaux, l'obtention de prescriptions et les contacts avec les différents prestataires de soins, ainsi que pour la tenue du ménage.

En outre, l'appréciation du psychiatre traitant de la recourante sur le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie est étayée par les éléments rapportés par l'assistante sociale du CMS (cf. courrier du 17 août 2023). Elle a relevé que la recourante éprouvait des difficultés marquées dans l'entretien de son logement, la gestion administrative et la structuration de la semaine, celles-ci étant directement liées à ses troubles psychiques. En outre, l'isolement social provoquait chez la recourante des angoisses importantes et des ruminations envahissantes. Enfin, elle ne prenait soin de son hygiène personnelle que lorsque qu'elle recevait la visite des intervenants, ce qui rendait nécessaires des passages réguliers à domicile. Selon l'assistante sociale, l'ensemble des interventions mises en place visait à prévenir l'isolement de l'intéressée et de nouvelles hospitalisations psychiatriques.

Dans ces circonstances, il convient de retenir que la recourante ne dispose pas, en l'absence de l'intervention régulière des professionnels précités, des capacités nécessaires pour planifier sa semaine, tenir son ménage et faire face de manière autonome aux situations de la vie quotidienne. Quoiqu'en dise le rapport d'enquête du 13 mars 2024, le besoin d'aide ne peut être nié, l'intervention effective des professionnels du CMS attestant clairement que cet accompagnement est indispensable. Celui-ci ne se limite dès lors pas à un soutien ponctuel ou accessoire, mais constitue une aide durable, avec pour objectif le maintien de son autonomie à domicile.

**d)** Quant à l'obligation de diminuer le dommage, on ne voit pas quelles mesures supplémentaires pourraient être prises par la recourante pour pallier son besoin d'assistance, celle-ci ne pouvant avoir recours à l'aide de membres de sa famille, dans la mesure où elle vit seule.

**e)** Etant donné les éléments qui précèdent, il convient de constater que la recourante peut prétendre à une allocation pour impotent de degré faible, dans la mesure où elle ne peut pas gérer seule sa vie quotidienne, puisqu'elle présente un besoin d'assistance – au minimum – pour faire face aux situations courantes et tenir son ménage. Eu égard à la

fréquence et à la durée cumulées des interventions des différents intervenants du CMS, l'aide fournie excède deux heures par semaine. On peut en conclure que la première alternative prévue à l'art. 38 al. 1 let. a RAI est réalisée *in casu*. Il en découle que les questions de savoir si la recourante nécessite, compte tenu de ses pathologies, un accompagnement pour vaquer aux différentes activités qui requièrent qu'elle quitte son domicile, au sens de l'art. 38 al. 1 let. b RAI, respectivement est confrontée actuellement à un risque important et durable d'isolement social, au sens de l'art. 38 al. 1 let. c RAI, peuvent être laissées ouvertes.

**13.** Il convient enfin de déterminer à partir de quelle date l'allocation pour impotent de degré faible doit être versée.

**a)** L'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance. Le droit naît dès qu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4 LAI).

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

**c)** En l'espèce, il ressort de la demande d'allocation pour impotent du 24 août 2023 que le besoin d'aide s'est manifesté depuis le mois d'avril 2021, date qui correspond à la mise en place des différents suivis assurés par les intervenants du CMS. Le droit à une allocation pour impotent s'est donc ouvert, au plus tôt, au mois d'avril 2022. Toutefois, la recourante ayant déposé sa demande le 24 août 2023, le droit à une allocation pour impotent de degré faible ne peut être reconnu que depuis le 1<sup>er</sup> août 2022, soit douze mois avant le dépôt de la demande (cf. art. 48 al. 1 LAI).

**14. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée dans le sens que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1<sup>er</sup> août 2022.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 28 janvier 2025 par Procap, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que B.\_\_\_\_\_ a droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1<sup>er</sup> août 2022.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour B.\_\_\_\_\_),
- 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 :