C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 22 octobre 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est mariée sans enfants. Originaire de F***, sans formation, elle a travaillé en Suisse depuis 2003 comme ouvrière de production et, de janvier 2007 à février 2020, auprès de la société J._____ SA. Elle bénéficie du Revenu d'insertion (RI) depuis le 1er octobre 2019 et est suivie par le Centre social régional (CSR) J._____.

En incapacité de travail depuis le 22 mai 2019 en raison d'un conflit avec son employeur à l'origine d'une péjoration de son état de santé, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 janvier 2020.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, après avoir recueilli les renseignements usuels auprès des médecins consultés par l'assurée et pris connaissance du dossier médical constitué par l'assureur perte de gain L._____, qu'il a ensuite soumis à son Service médical régional, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a confié au K._____ SA (ci-après : le K._____) le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie). Dans leur rapport interdisciplinaire du 29 novembre 2022, les experts n'ont pas retenu de diagnostic incapacitant mais uniquement des diagnostics sans effet sur la capacité de travail à savoir, un trouble anxieux et dépressif mixte, un syndrome lombo-vertébral (avec dysbalance musculaire et insuffisance de la sangle abdominale, associés à une arthrose modérée selon IRM du 6 octobre 2020), des cervicalgies (sur troubles dégénératifs mineurs selon IRM en 2019 et 2020), une fibromyalgie (score de Wolfe à 23/31 et score de Waddell à 3/5), un déconditionnement physique, un syndrome du canal carpien (des deux côtés), une obésité de stade 1 (indice de masse corporelle à 33.26 kg/m^2), une hypertension artérielle (stabilisée), une dyspnée d'effort (d'origine indéterminée), une gastrite (à *helicobacter pylori* et duodénite érosive en 2020), une carence en fer (sans anémie), une notion de kyste ovarien à droite, une mastopathie fibro-kystique (status post-

ablation d'une tumeur phyllode du sein gauche en 2018 et status post-ponction d'un petit sérome en 2019), une insuffisance veineuse des membres inférieurs, une cholestase et cytolyse hépatique (d'origine indéterminée) et un status post-bactériémie (à *Escherichia coli* à point de départ urinaire en juin 2021). Ces experts étaient d'avis en particulier que le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) retenu au plan psychiatrique n'avait pas de répercussion sur la capacité à réaliser les tâches élémentaires de la vie quotidienne, ni sur la capacité de travail (expertise, p. 6). Du point de vue somatique, les experts n'observaient pas de limitation fonctionnelle chez l'assurée dont les troubles étaient de gravité mineure (expertise, pp. 8 et 9). Les experts estimaient que, tant du point de vue somatique que psychiatrique, il n'existait pas d'empêchements ménagers (expertise, pp. 27, 44 et 62). Les experts psychiatre et rhumatologue relevaient par ailleurs des éléments d'autolimitation et des incohérences entre les plaintes et le comportement de l'assurée en situation d'examen et entre le descriptif de la journée-type et l'ampleur des limitations décrites ainsi que les données objectives de l'examen clinique en raison des amplifications de la maladie (expertise, pp. 8 et 41).

Par décision du 22 mars 2023, l'OAI a rejeté sa demande de prestations, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité, si bien que le droit à des mesures professionnelles et à une rente devait lui être nié. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 15 mars 2024, B._____ a déposé une deuxième demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurance-invalidité en invoquant l'absence d'amélioration de son état de santé depuis 2019.

Par projet du 20 mars 2024 puis par décision du 14 mai 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations.

Le 7 juin 2024, l'OAI a enregistré au dossier un rapport daté du même jour du Dr M._____, médecin traitant, qui demandait la prise en charge de « nouveaux facteurs de santé » en renvoyant pour les détails auprès de la psychiatre traitante.

Le 31 juillet 2024, l'OAI a reçu diverses pièces médicales, dont notamment un rapport du 10 janvier 2024 du Dr N._____, spécialiste en neurologie, qui avait rassuré l'assurée quant à l'absence de maladie neurologique somatique sous-jacente.

Par arrêt du 26 août 2024, la juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré irrecevable le recours déposé le 11 juin 2024 par l'assurée contre la décision du 14 mai 2024 de l'OAI (CASSO aaa/bbb). Cet arrêt n'a pas été contesté.

C. Le 10 septembre 2024, B._____ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI en indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé « état dépressif sévère depuis 2019 ».

Il résulte des pièces médicales que l'assurée a été suivie du 19 mars au 10 juin 2024 auprès de l'Unité urgence-crise du P._____ (P._____) en raison d'un trouble dépressif récurrent, actuel moyen.

Selon la Dre I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de probable trouble de la personnalité histrionique (F60.4) le 23 novembre 2024, l'état anxio-dépressif s'est aggravé en septembre 2023 avec une demande d'hospitalisation pour une admission à l'E._____ mais sans une place disponible. L'état de santé psychique s'est également péjoré en avril 2024 après l'annonce d'un cancer pulmonaire diagnostiqué chez le mari alors que l'assurée avait été opérée quelques années en arrière d'une tumeur du sein et que sa mère était décédée d'un cancer, avec une intervention de crise par le P._____. La capacité de travail de l'assurée était évaluée à 70 % même dans une activité adaptée.

La psychiatre a augmenté le traitement à base de Duloxétine de 30 à 60 mg.

Le 25 octobre 2024, la Dre I._____ a fait part d'une évolution stationnaire de l'état de santé de sa patiente qui présentait une baisse du moral, une tristesse, une angoisse assez constante, un manque de motivation et du plaisir, une baisse de la concentration et de la motivation, une fatigabilité importante, une prise de poids, une irritabilité, un sentiment de détresse, une douleur généralisée persistante et une difficulté à mener à bien les activités de la vie quotidienne. Sa capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée, sans une mesure de réadaptation possible. Le pronostic était qualifié de sombre et d'incertain.

Sur le plan somatique, le Dr M._____ décrivait le 5 novembre 2024, une absence d'amélioration de l'état de santé de sa patiente depuis mars 2023 dont il estimait la capacité de travail comme nulle depuis 2023.

De son côté, le Dr N._____ annonçait une aggravation dramatique aux plans neurologique et psychiatrique en indiquant le 6 novembre 2024, que le syndrome dépressif était passé de modéré à sévère chez l'assurée limitée dans la réalisation de ses activités quotidiennes (la lessive, le ménage et les courses alimentaires) par un syndrome douloureux chronique et qui nécessitait l'aide de ses enfants. L'incapacité de travail était totale, même dans une activité adaptée.

Par décision du 18 novembre 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée, au motif que les rapports reçus n'apportaient aucun nouvel élément médical.

Par arrêt du 16 octobre 2025, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours déposé le 11 décembre 2024 par l'assurée et confirmé la décision du 18 novembre 2024 de l'OAI (cause ccc/ddd). Dans son arrêt, la Cour a considéré que les rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 10 septembre 2024 ne rendaient pas plausible une

modification durable (aggravation) de l'état de santé annoncée depuis la précédente décision de refus de prestations du 22 mars 2023. Sous la réserve de la prise en charge ambulatoire temporaire de mars à juin 2024 au P._____, il n'existait pas de prise en charge en milieu psychiatrique au long cours depuis la précédente décision de refus de prestations. Il n'existait par conséquent aucun élément médical, ni aucune limitation fonctionnelle objectifs susceptibles d'attester une modification durable de l'état de santé psychique de la recourante qui avait toujours présenté des hauts et des bas du moral en fonction des nouvelles médicales dont elle avait connaissance à son sujet ou à celui de son entourage. Seule l'intervention chirurgicale réalisée le 4 septembre 2024 au Centre de chirurgie ambulatoire D._____ des E._____ permettait de retenir une incapacité de travail totale passagère, soit durant deux semaines post-opération. Cet arrêt n'a pas été contesté.

D. Dans l'intervalle, B._____, agissant par Me Jean-Michel Duc, a déposé une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité le 11 décembre 2024 en indiquant souffrir d'atteintes à la santé aux plans psychiatrique et rhumatologique depuis 2018. Elle annonçait avoir besoin de l'aide de tiers, soit son époux et une voisine, depuis 2022, pour accomplir deux actes ordinaires de la vie, à savoir les soins corporels et se déplacer/entretenir des contacts sociaux, et présenter le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans un rapport du 19 décembre 2024, la Dre I._____ a posé les diagnostics de trouble anxieux dépressif récurrent (F33) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.1), avec un pronostic favorable. Elle a exposé qu'une aggravation notable de l'état psychique avait été observée ce qui avait nécessité une prise en charge de la recourante à l'Unité Urgences-Crise d'C*** au mois de mars 2024, hospitalisation qui n'avait permis qu'une amélioration partielle et transitoire. Elle a constaté chez sa patiente un besoin d'aide partiel pour un seul acte ordinaire de la vie, soit se déplacer/entretenir des contacts sociaux, et un besoin d'accompagnement partiel pour faire face aux nécessités de la vie, depuis 2021.

Dans un rapport du 19 décembre 2024, le Dr N._____ a fait part d'un état de santé stationnaire de l'assurée, sans poser de diagnostic. Il a relevé un besoin d'aide pour quatre actes ordinaires de la vie, soit se vêtir/se dévêtir, manger, faire sa toilette/soins du corps et se déplacer/entretenir des contacts sociaux, des soins permanents et un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, depuis le mois de mars 2019. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité, une perte d'énergie, une baisse de l'élan vital et des difficultés très importantes chez l'intéressée pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Dans un rapport du 11 janvier 2025, le Dr T._____ a retenu des limitations fonctionnelles sous la forme de douleurs polyarticulaires et d'un asthme. Ce médecin n'a pas constaté chez l'assurée d'impossibilité pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni de besoin de soins permanents ni d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans un rapport non daté enregistré au dossier le 16 janvier 2025 par l'OAI, le Dr M._____ n'a pas attesté chez sa patiente dont il précisait que la motivation à se soigner était limitée, d'impossibilité à réaliser les actes ordinaires de la vie, ni de besoin de soins permanents ni d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Invité par l'OAI à donner son point de vue sur les éléments médicaux récoltés au dossier, le SMR a, par avis médical du 1er septembre 2025, conclu à l'impossibilité de retenir l'existence de limitation fonctionnelle objective durablement incapacitante justifiant de rendre nécessaire un besoin d'aide régulier et important dans les actes ordinaires de la vie et le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Selon ses constatations, à l'occasion de la demande initiale de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente), l'expertise pluridisciplinaire ne retenait aucune atteinte incapacitante durable, ni de limitation fonctionnelle intrinsèque. Dans le cadre de l'instruction de la demande d'allocation pour impotent, la psychiatre traitante évoquait un éventuel besoin d'aide uniquement partiel pour un

acte ordinaire de la vie (se déplacer) et pour un accompagnement. Toutefois, le besoin d'aide n'était pas régulier ni important. Quant au neurologue, il annonçait un besoin d'aide régulier et important pour certains actes ordinaires de la vie et le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le tout depuis le mois de mars 2019. Cela ne correspondait pas aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2022. Enfin, les rapports établis par le rhumatologue et par le Dr M._____ n'indiquaient aucun besoin d'aide régulier et important pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par projet de décision du 2 octobre 2025, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait refuser sa demande d'allocation pour impotent, au motif que, selon les renseignements en sa possession, celle-ci ne présentait pas de limitations fonctionnelles durablement incapacitantes de sorte qu'elle n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie et que le besoin d'un accompagnement de deux heures par semaine pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas établi.

Le 7 novembre 2025, l'assurée, agissant par Me Duc, a fait part à l'OAI de ses objections contre ce projet de décision. Elle se plaignait de l'absence de la mise en œuvre d'une enquête effectuée à son domicile et était d'avis qu'à défaut de ladite enquête, l'appréciation du SMR, arbitraire, ne reposait sur aucun élément.

Par décision du 30 janvier 2026, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision du 2 octobre 2025. Dans un courrier du même jour, il a exposé à l'assurée qu'il disposait du point de vue du SMR qui estimait que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le préavis, lequel reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales. Au vu des éléments médicaux en sa possession, une évaluation à domicile n'était pas nécessaire.

E. Par acte du 4 mars 2026, B._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision du 30 janvier 2026 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme, en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une allocation pour impotent au moins de degré faible, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. En substance, elle reproche à l'OAI une violation de son devoir d'instruction. Elle observe que le rapport du Dr N._____ du 24 décembre 2024 (recte : 19 décembre 2024) indique un besoin d'aide pour les actes se vêtir, manger, faire sa toilette, se déplacer en lien avec une fatigabilité, une perte d'énergie et d'élan vital associé à un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, cela depuis mars 2019. Elle ajoute que la Dre I._____ fait également état d'un besoin d'aide. La recourante estime que l'appréciation du SMR est arbitraire car elle ne reposerait sur aucun élément médical objectif. La recourante est d'avis que l'absence d'une évaluation effectuée à domicile s'avère problématique car le manque d'une telle évaluation empêchait le SMR de mesurer les répercussions des atteintes à la santé présentées sur sa vie quotidienne. A titre de mesures d'instruction, la recourante a requis la production de son dossier complet en mains de l'OAI et la tenue de débats publics par la Cour de céans. Par ailleurs, elle a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 12 mars 2026, la juge instructrice a octroyé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 4 mars 2026 et l'a exonérée des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que du paiement de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 17 avril 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il maintient d'une part que les rapports des médecins traitants produits à l'appui de la demande d'allocation pour impotent ne permettent pas de rediscuter le bien-fondé de l'analyse effectuée par le SMR. D'autre part, il confirme qu'une rencontre au domicile de la recourante n'est pas indiquée au vu de l'absence de limitations dues à son état de santé dans le quotidien. L'OAI rappelle en outre que l'appréciation médicale objective prime sur les constats effectués

lors d'une évaluation domestique, susceptibles d'être influencés par le comportement de l'assuré. L'OAI a en outre produit le dossier de la recourante.

A l'appui de sa réplique du 20 mai 2026, la recourante a produit un rapport du 25 mars 2026 rédigé à l'intention de son avocat par le Dr N._____ qui a écrit ce qui suit :

> "Ces quelques lignes pour vous dire que j'ai revu en contrôle neurologique Madame B._____ que je connais depuis 2024 dans le cadre de son syndrome douloureux chronique qui est expliqué par une fibromyalgie, mais surtout un état dépressif bien documenté par la Dre I._____, psychiatre.
>
> Aujourd'hui, elle présente toujours une asthénie manifeste, une perte d'initiative, un manque de résistance à l'effort.
>
> La palpation de ses points d'insertion sont douloureux.
>
> Si la notion d'une fibromyalgie n'est pas reconnue par les assurances sociales, je reste extrêmement surpris que l'importance de son état dépressif ne le soit pas.
>
> Il me paraît bien légitime qu'elle puisse bénéficier d'une allocation pour impotente."

Le 11 juin 2026, la recourante a produit un rapport du 3 juin 2026 de la Dre I._____. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère, à évolution chronique (F33.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble somatoforme (F45), la psychiatre traitante a indiqué que l'aggravation notable de l'état de santé psychique observée avait justifié une prise en charge intensive de sa patiente à l'Unité Urgences-Crise d'C*** en mars 2024, laquelle n'avait permis qu'une amélioration partielle et transitoire. L'état de santé était resté fragile et instable avec une symptomatologie persistante et invalidante, une réponse partielle et fluctuante aux traitements, sans une amélioration durable. Les limitations fonctionnelles étaient : *Sur le plan psychique*, une incapacité à maintenir une attention soutenue, une difficulté à gérer le stress et les exigences professionnelles, une altération des interactions sociales, une baisse marquée du rendement et de la fiabilité, une fatigabilité importante et un ralentissement psychomoteur, des difficultés à prendre des décisions et une diminution de la productivité. *Sur*

le plan somatique : des douleurs chroniques diffuses [fibromyalgie] limitant la tolérance à l'effort, une gêne fonctionnelle liée à l'insuffisance veineuse [station prolongée difficile] et des céphalées et migraines fréquentes entraînant des interruptions d'activité). Les limitations fonctionnelles avaient un retentissement global et significatif sur le fonctionnement quotidien de l'assurée dont la capacité de travail était nulle dans toute activité, même adaptée.

Dans sa duplique du 12 juin 2026, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il relève que dans la réplique du 20 mai 2026 et le rapport du 25 mars 2026 du Dr N._____ il n'est fait état d'aucun argument ou élément objectivement vérifiable rattaché à la période jusqu'à la décision attaquée qui aurait été ignoré par ses services et de nature à remettre en cause sa position.

Dans ses déterminations du 10 juillet 2026, l'OAI expose que les observations rapportées le 3 juin 2026 par la Dre I._____ ne lui permettent pas de modifier sa position et les conclusions y relatives concernant le besoin d'aide régulier et important pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ou encore un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par courrier du 15 octobre 2026, la recourante a retiré sa requête de débats publics dans la présente cause.

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 sur le bienfondé du refus de l'intimé d'allouer une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à la recourante.

3. L'entrée en vigueur le 1er 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)** 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. 42bis al. 5 LAI est réservé.

b) 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.

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).

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).

c) Les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent, selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2), 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.

aa) 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). Si une personne assurée ne peut accomplir un acte ordinaire de la vie que d'une manière inhabituelle ou au prix d'un effort déraisonnable, on ne peut pas encore en déduire directement qu'elle a besoin d'aide et donc qu'elle est impotente au sens de l'art. 9 LPGA. Il est bien plutôt nécessaire que la personne assurée puisse accomplir l'acte de la vie en question avec l'aide d'un tiers d'une manière qui, par rapport à l'exercice autonome, corresponde aux usages habituels, respectivement implique moins d'efforts (ATF 150 V 83 consid. 4.3.2). Il n'y a pas d'impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.1 et la référence).

bb) L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin chaque jour ou pourrait éventuellement (de manière non prévisible) en avoir besoin chaque jour. L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle, ou encore qu'il ne peut l'accomplir sans incitation particulière en raison de son état psychique (ATF 117 V 146 consid. 3b ; TF 8C_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.3 et les références ; TF 9C_560/2017 du 17 octobre 2017 consid. 4.3).

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 consid. 9).

d) 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).

aa) Dans l’éventualité visée par l’art. 38 al. 1 let. a RAI, 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).

bb) Dans l’éventualité visée par l’art. 38 al. 1 let. b RAI, 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.

cc) Dans l’éventualité visée par l’art. 38 al. 1 let. c RAI, 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_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3).

dd) 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 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références citées). Cet accompagnement 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_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3).

5. **a)** 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) aa) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. l'art. 49 al. 1 RAI. De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références).

bb) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet

de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2).

cc) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. **a)** En l'espèce, l'office intimé a nié à la recourante le droit à une allocation pour impotent, faute pour celle-ci de présenter des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes pouvant rendre nécessaire un besoin d'aide régulier et important d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie d'au moins deux heures par semaine. De son côté, la recourante remet en cause le point de vue de l'intimé, lequel reposerait sur une appréciation erronée de son état de santé.

b) Dans le cadre de l'instruction de la première demande de rente d'invalidité en 2020, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (avec volets de médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie) réalisée par les médecins du K._____. Dans le rapport d'expertise du 29 novembre 2022, il n'est posé aucun diagnostic durablement incapacitant mais uniquement des atteintes à la santé légères. Sur le plan somatique, l'expertise retient un syndrome lombo-vertébral (avec dysbalance musculaire et insuffisance de la sangle abdominale, associés à une arthrose modérée selon IRM du 6 octobre 2020), des cervicalgies (sur troubles dégénératifs mineurs selon IRM en 2019 et

2020), une fibromyalgie (score de Wolfe à 23/31 et score de Waddell à 3/5), un déconditionnement physique, un syndrome du canal carpien (des deux côtés), une obésité de stade 1 (indice de masse corporelle à 33.26 kg/m^2), une hypertension artérielle (stabilisée), une dyspnée d'effort (d'origine indéterminée), une gastrite (à *helicobacter pylori* et duodénite érosive en 2020), une carence en fer (sans anémie), une notion de kyste ovarien à droite, une mastopathie fibro-kystique (status post-ablation d'une tumeur phyllode du sein gauche en 2018 et status post-ponction d'un petit sérome en 2019), une insuffisance veineuse des membres inférieurs, une cholestase et cytolyse hépatique (d'origine indéterminée) et un status post-bactériémie (à *Escherichia coli* à point de départ urinaire en juin 2021). Ces diagnostics ne sont pas à l'origine d'empêchements ménagers, ni d'une incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, l'expertise retient un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) sans limitation fonctionnelle significative et qui n'est pas à l'origine d'empêchements dans l'accomplissement des travaux ménagers/habituels, ni d'une incapacité de travail (expertise, pp. 37, 43 et 44). L'expert psychiatre relève des éléments d'autolimitations et des incohérences entre les plaintes et le comportement en situation d'examen et entre le descriptif de la journée-type et l'ampleur des limitations décrites et les données objectives de l'examen clinique. L'expert rhumatologue décrit également quelques éléments d'autolimitations, sans signe en faveur d'une simulation avérée. Ces éléments permettent d'expliquer la divergence d'appréciation entre l'expertise et les médecins traitants qui relaient pour l'essentiel les plaintes exprimées par la recourante, sans apporter de constats médicaux objectifs vérifiables.

S'agissant des deux nouvelles demandes de prestations déposées les 15 mars 2024 et 10 septembre 2024, elles n'ont pas justifié une entrée en matière de la part de l'OAI, ce qui, dans le cadre de la dernière demande, a été confirmé par la Cour de céans dans son arrêt du 16 octobre 2025 dès lors que les rapports médicaux produits ne rendaient pas plausibles une aggravation de l'état de santé de la recourante (CASSO ccc/ddd du 16 octobre 2025 consid. 4).

c) A l'appui de la demande d'allocation pour impotent du 11 décembre 2024, la recourante allègue un besoin d'aide pour accomplir deux actes ordinaires de la vie, à savoir faire sa toilette/les soins du corps et se déplacer/entretenir des contacts sociaux, et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le tout depuis 2022. Elle précise qu'elle bénéficie de l'aide de son mari et d'une voisine.

aa) Sur le plan somatique, dans un formulaire du 24 décembre 2024 (recte : 19 décembre 2024), le Dr N._____ a fait part d'un besoin d'aide depuis mars 2019 chez l'assurée pour quatre actes ordinaires de la vie, soit se vêtir/se dévêtir, manger, faire sa toilette/soins du corps et se déplacer/entretenir des contacts sociaux. Il a indiqué encore des soins permanents et un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, également depuis mars 2019. Selon le neurologue traitant, l'état de santé de sa patiente était stationnaire depuis mars 2019. Il s'agit donc d'une période antérieure à l'expertise du K._____ de 2022 de sorte que l'avis expertal qui conclut à l'absence de limitation fonctionnelle incapacitant reste valable. De plus, le neurologue relève comme limitations fonctionnelles une fatigabilité, une perte d'énergie, une baisse de l'élan vital et de très importantes difficultés à effectuer les actes de la vie. Outre qu'elles ne sont pas étayées par des éléments médicaux objectifs vérifiables, ces constatations ne relèvent pas de sa spécialisation médicale. A cela s'ajoute que dans un rapport du 10 janvier 2024, il a exclu une maladie neurologique somatique sous-jacente puis, le 6 novembre 2024, il a évoqué une aggravation dramatique aux plans neurologique et psychiatrique en raison d'un syndrome dépressif passé d'un état modéré à sévère chez sa patiente affectée d'un syndrome douloureux chronique qui limitait ses activités quotidiennes, sans toutefois invoquer des limitations fonctionnelles d'ordre somatique ni constat objectif médical.

Le 11 janvier 2025, le Dr T._____ a mentionné des limitations fonctionnelles, soit des douleurs polyarticulaires et un asthme. Ce rhumatologue n'a toutefois attesté aucune impossibilité de sa patiente à accomplir seule les actes ordinaires de la vie courante, ni la nécessité de

soins permanents ou d’un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans le formulaire reçu le 16 janvier 2025 par l’OAI, le Dr M._____, médecin traitant, n’a pas indiqué de besoin d’aide dans les actes ordinaires de la vie, ni fait état de soins permanents ou de besoin d’un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

bb) Sur le plan psychiatrique, dans un formulaire complété le 19 décembre 2024, la Dre I._____ a retenu un trouble anxieux dépressif récurrent (F33) et un syndrome douloureux somatoforme (F45.1), avec un pronostic stationnaire. Elle annonce que sa patiente présente un besoin d’aide partiel pour accomplir un seul acte ordinaire la vie, soit se déplacer/entretenir des contacts sociaux, et un besoin d’accompagnement également partiel pour faire face aux nécessités de la vie, le tout depuis 2021. Outre que ses diagnostics ne sont pas étayés par des éléments médicaux objectifs vérifiables, ils étaient déjà connus et pris en compte par l’expertise réalisée par le K._____ en 2022 dont les conclusions restent ainsi valables. De plus, il est uniquement rapporté par la psychiatre un besoin d’aide partiel en lien avec les diagnostics évoqués. Or pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie, l'aide doit être régulière et importante (au sens de l’art. 37 al. 3 let. a RAI), ce qui n’est pas le cas en l’espèce. Ensuite, il sied de rappeler qu’est considérée comme présentant une impotence de degré faible (au sens de l’art. 37 al. 3 let. e RAI), la personne (majeure) vivant chez elle qui, en raison d’une atteinte à la santé, a durablement besoin d’un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie, c’est-à-dire qui ne peut pas vivre de manière indépendante sans l’accompagnement d’une tierce personne ou faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l’accompagnement d’une tierce personne, ou éviter un risque important de s’isoler durablement du monde extérieur (art. 38 al. 1 let. a-c RAI). En l’occurrence, les conditions énoncées à l’art. 38 al. 1 let. a-c RAI ne sont pas réalisées dès lors que la psychiatre traitante atteste uniquement un besoin d’accompagnement partiel chez sa patiente, élément qui atteste de l’absence d’intensité de l’accompagnement. En l’absence d’un besoin

d'aide régulier et important dans les actes ordinaires de la vie et d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le rapport du 19 décembre 2024 de la psychiatre ne permet pas d'ouvrir le droit à une allocation pour impotent de degré faible, au sens de l'art. 37 al. 3 let. a ou let. e RAI. Par ailleurs, s'agissant des conditions mises pour une allocation pour impotent à la personne dont l'atteinte à la santé est uniquement psychique (cf. art. 42 al. 3 LAI), il sied de relever qu'elles ne sont manifestement pas remplies chez la recourante qui ne perçoit aucune rente d'invalidité.

d) Au cours de la présente procédure, la recourante a produit un rapport du 25 mars 2026 du Dr N._____. Le neurologue traitant se dit extrêmement surpris de l'absence de prise en compte de l'important état dépressif affectant sa patiente. Le 6 novembre 2024, ce médecin rapportait déjà cette situation. Or dans son arrêt du 16 octobre 2025, la Cour a estimé qu'outre le fait que le Dr N._____ n'objectivait pas l'aggravation, ni les diagnostics qu'il évoquait, au vu de sa spécialisation médicale, à savoir la neurologie, ce médecin sortait de son champ de compétences lorsqu'il se référait à l'état de santé psychique de la recourante (CASSO ccc/ddd du 16 octobre 2025 consid. 4c). Cette appréciation est applicable *mutatis mutandis* au rapport du 25 mars 2026 du neurologue traitant versé en la présente affaire.

La recourante a aussi produit un rapport du 3 juin 2026 de la Dre I._____. La psychiatre traitante pose les diagnostics de trouble anxieux dépressif récurrent (F33) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.1). Ces atteintes à la santé ressortent déjà des précédents rapports au dossier. Quant à l'indication de l'hospitalisation de la recourante en mars 2024 à l'Unité-Crise d'C***, la psychiatre l'a déjà évoquée dans ses rapports des 23 septembre et 25 octobre 2024. Cette prise en charge en urgence a du reste fait l'objet du rapport du 10 juin 2024 des Drs W._____ et X._____-crise du P._____. Ces éléments ont donc déjà été évalués par la Cour dans son arrêt du 16 octobre 2025 qui a retenu ceci : « L'aggravation de l'état de santé annoncée par la Dre I._____ n'est pas étayée sur la base d'examens cliniques objectifs ; la psychiatre traitante ne fait que motiver ses diagnostics, déjà retenus à l'époque de la précédente

décision de refus de prestations, en décrivant les mêmes symptômes » (CASSO ccc/ddd du 16 octobre 2025 consid. 4c). Le rapport du 3 juin 2026 tend à la reconnaissance du droit de la recourante à obtenir une rente d'invalidité, sur la base d'éléments identiques à ceux déjà allégués à l'époque. Ce rapport médical ne renseigne pas de manière ciblée sur les empêchements rencontrés par la recourante dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie mais il indique de manière toute générale que les limitations ont un retentissement global et significatif sur le fonctionnement quotidien de celle-ci, tant sur le plan personnel que professionnel.

e) Pour ce qui est de l'instruction de la demande d'allocation pour impotent du 11 décembre 2024, la recourante reproche à l'office intimé de ne pas avoir procédé à une évaluation à domicile, en l'absence de laquelle le SMR ne pouvait, selon elle, pas valablement se prononcer sur la nécessité d'un besoin d'aide dans la vie quotidienne.

aa) 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. Il est ainsi nécessaire qu'il existe une atteinte à la santé qui empêche l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne ; l'atteinte et ses limitations fonctionnelles doivent être constatés médicalement. Ce n'est qu'une fois les atteintes et les limitations fonctionnelles reconnues médicalement que l'instruction peut être poursuivie pour évaluer l'impact des restrictions retenues sur les actes ordinaires de la vie. Ainsi, 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. Compte parmi les exigences posées par la jurisprudence à la reconnaissance d'une pleine valeur probante à un rapport d'enquête à domicile le fait que cette enquête soit réalisée par une personne qualifiée, connaissant notamment la situation médicale et personnelle de la personne assurée (TF 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2).

bb) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

cc) *In casu*, l'OAI a invité son service médical régional (SMR) à se positionner sur les renseignements obtenus auprès des médecins consultés par le recourante. Le 1er septembre 2025, le SMR a relevé qu'à l'occasion de la demande initiale de rente en 2020, l'expertise pluridisciplinaire du K._____ réalisée en 2022 ne retenait aucune atteinte durablement incapacitante ou de limitation fonctionnelle. Ensuite, dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent déposée en 2024, les rapports médicaux produits par les médecins traitants de la recourante ne permettaient pas d'aboutir à un résultat différent. Le SMR a dès lors estimé qu'il lui était impossible de retenir la présence de limitation fonctionnelle objective durablement incapacitante pouvant rendre nécessaire un besoin d'aide régulier et important dans les actes ordinaires de la vie et la possibilité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il suit de là que la recourante n'est atteinte d'aucun handicap médical, de sorte qu'il n'y a pas lieu de déterminer quelle est son incidence sur les actes ordinaires de la vie à domicile. L'office intimé a, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, considéré que des empêchements n'étaient pas objectivés par son service médical régional. Une évaluation effectuée à domicile sur les répercussions de l'impotence, inexistante sur le plan médical, n'était dès lors pas nécessaire en l'espèce.

f) A la lumière du dossier, il apparaît que la recourante ne souffre pas d'une atteinte nécessitant une aide importante et régulière pour effectuer un des actes ordinaires de la vie, ni un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine. Elle ne remplit pas les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent, même de degré faible (cf. art. 37 al. 1 – 3 RAI). C'est donc à juste titre que

l'office intimé lui a nié le droit à une telle prestation de l'assurance-invalidité.

7. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 30 janvier 2026 par l'intimé 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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 30 janvier 2026 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.

La présidente : Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, pour B._____,
- Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :