

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

MM. Piguet et Tinguely, juges

Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à C***, recourante, représentée par Procap Suisse, 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), ressortissante brésilienne née en ***, mariée, établie en Suisse depuis le mois de novembre 2019 et ayant essentiellement travaillé dans ce pays en tant que femme de ménage, a déposé le 27 août 2021 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en lien avec une tumeur au genou gauche.

De l'instruction menée par l'OAI, il ressort qu'à la suite d'une consultation le 11 avril 2021 pour des gonalgies gauches, l'assurée s'est vu diagnostiquer le 11 juin 2021 une tumeur à cellules géantes ténosynoviales de forme diffuse du genou gauche (rapport du 8 juillet 2021 du Dr K._____, médecin associé à l'Unité d'orthopédie oncologique du Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après : le CHUV]). Dite tumeur ayant été jugée inopérable, un traitement ciblé par Imatinib a été instauré dès le mois de juillet 2021 (rapport du 19 août 2021 des Drs L._____ et M._____, respectivement médecin associée et chef de clinique au Service d'oncologie médicale du CHUV). Dans ce contexte, une incapacité de travail totale a été signalée par la Dre D._____, médecin généraliste traitante (rapport du 6 décembre 2021), de même que par la Dre P._____, cheffe de clinique au Service d'oncologie médicale du CHUV (rapports non datés, indexés les 10 février et 24 juin 2022).

S'étant vu soumettre le cas, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu, par avis du 19 août 2022, que l'atteinte oncologique induisait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 11 avril 2021, avec des limitations fonctionnelles sous forme de fatigue, de troubles de la concentration et d'une diminution des capacités d'adaptation et de résistance physique, ce à quoi s'ajoutaient la nécessité d'éviter la position statique debout ou assise, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, les activités à genoux ou accroupi, les escaliers, les échelles ou les échafaudages, ainsi que le port de charges.

Le 18 janvier 2023, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens de l'octroi, en faveur de l'assurée, d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2022. Par décisions des 28 mars et 30 mai 2023, l'office a confirmé le projet susdit et fixé le montant des rentes dues.

B. Entre-temps, le 24 mai 2023, B._____ a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI. Invoquant son atteinte oncologique et une dépression, elle a indiqué avoir besoin d'aide, depuis le 11 avril 2021, pour les actes de la vie ordinaire « *se lever/s'asseoir/se coucher* », « *soins du corps* » et « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* ». Elle a également mentionné un besoin de prestations d'aide médicale, de surveillance personnelle, de moyens auxiliaires, d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que de services spécialisés, depuis le 11 avril 2021. Au pied du formulaire de demande, figurait une note manuscrite rédigée par Q._____, infirmier en santé mental auprès de la Fondation R._____, mentionnant ce qui suit :

"Suivi par un infirmier en santé mentale à raison de une fois tous les 15 jours. La prise en charge se révèle nécessaire par le fait de la surcharge mentale et émotionnelle que génère l'ensemble de la situation. Nos entretiens représentent un espace privilégié pour permettre à M^{me} B._____ de pouvoir influencer sur une clinique dépressive. Même si elle a pu consentir à une bonne alliance thérapeutique[,] reste qu'un tableau dépressif demeure. M^{me} B._____ se montre authentique et collaborante dans le cadre du suivi ambulatoire."

Aux termes d'un rapport du 19 juin 2023, la Dre P._____ a mentionné un besoin d'aide pour l'acte « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* » depuis le mois de juin 2021, relevant à cet égard que l'assurée, atteinte d'une tumeur à cellules géantes ténosynoviales, présentait des difficultés à marcher de manière prolongée et à rester longtemps debout pour les activités de ménage. La Dre P._____ a de surcroît fait état d'un besoin de soins permanents et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, depuis le mois de juillet 2021.

Dans un rapport daté également du 19 juin 2023, la Dre D._____ a signalé un besoin d'aide pour les actes « *se lever/s'asseoir/se coucher* », « *faire sa toilette/soins du corps* » et « *se déplacer/entretenir des*

contacts sociaux », depuis le mois d'avril 2021, en lien avec des troubles de la marche et de l'équilibre nécessitant l'utilisation d'une canne simple, un risque de chute avec des douleurs intermittentes, ainsi qu'une tendance à l'isolement social, dans le contexte d'une tumeur au genou gauche et de troubles dépressifs réactionnels. A cela s'ajoutaient, toujours depuis le mois d'avril 2021, un besoin de soins permanents et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En annexe, la Dre D._____ a notamment joint un rapport du 24 février 2023 de la Dre L._____ et des Drs T._____ et V._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant au Service d'oncologie du CHUV, relevant que le traitement d'Imatinib – avec, entre autres, de la morphine en réserve – était globalement bien toléré et que la douleur au genou gauche s'était améliorée, même si la patiente nécessitait encore des cannes pour la marche. Parmi les pièces produites par la Dre D._____, figurait de surcroît un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche du 7 mars 2023, aux termes duquel les Drs W._____ et X._____, radiologues, relevaient en particulier une stabilité de la tumeur à cellules géantes.

A teneur d'un rapport du 17 août 2023, le Dr M._____ a retenu un besoin d'aide pour les actes « *faire sa toilette/soins du corps* », depuis le mois de juin 2023, et « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* », depuis le mois de juillet 2021. Dans ce cadre, il a exposé que la patiente, atteinte d'une tumeur au genou gauche, présentait des douleurs à ce niveau et ne pouvait pas se déplacer sans aide ; de plus, depuis le mois de juin 2023, elle souffrait de fortes douleurs dorsales en raison d'une discopathie dégénérative. Le Dr M._____ a ajouté que l'assurée avait également besoin de soins permanents et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, depuis le mois de juillet 2021. Il a notamment versé au dossier un rapport d'IRM du genou gauche du 5 juillet 2023, dans lequel la Dre Y._____, radiologue, concluait à la stabilité de l'atteinte synoviale, ainsi qu'un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 20 juillet 2023, à teneur duquel le Dr W._____ relevait en particulier l'existence de deux hémangiomes des corps vertébraux de L1 et L2 et d'une discopathie débutante en L4-L5 et L5-S1.

Par envoi du 26 janvier 2024, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport d'IRM lombaire du 12 juillet 2023 de la Dre Y._____, concluant à des discopathies dégénératives aux trois derniers étages lombaires, ainsi qu'à un hémangiome du corps vertébral de L1.

L'OAI a diligenté une enquête sur l'impotence au domicile de l'assurée, le 25 janvier 2024. Aux termes de son rapport du 29 janvier suivant, l'enquêtrice mandatée par l'office a retenu que l'intéressée avait besoin d'aide pour l'acte « *se vêtir/se dévêtir* », relevant à cet égard qu'elle enfilait et retirait seule les vêtements du haut du corps, mais que l'aide quotidienne de l'époux était nécessaire pour le bas du corps, cela en raison de la mobilité limitée au niveau du membre inférieur gauche, de la difficulté à se baisser, se pencher en avant et se redresser, du manque de force et des pertes d'équilibre (vertiges) avec risque de chutes. Pour les actes « *se lever* » et « *s'asseoir* », l'enquêtrice a nié tout besoin d'aide, relevant que le lit de l'assurée avait été aménagé, que l'aide de l'époux n'était que périodique et que l'intéressée parvenait à se mettre en position assise, en prenant des appuis ; en revanche, pour l'acte « *se coucher* », l'aide indirecte de l'époux était nécessaire pour sécuriser le transfert et rassurer l'assurée, compte tenu du risque de chutes avec pertes d'équilibre et du manque de force ; périodiquement, une aide directe était apportée pour adopter la position couchée et remonter les jambes dans le lit. Concernant l'acte « *faire sa toilette* » une aide directe était nécessaire pour « *se laver* » au niveau du bas du corps, du fait de la mobilité limitée au niveau du membre inférieur gauche, des difficultés à se baisser, se pencher en avant et se redresser, des problèmes d'équilibre et du manque de force ; pour « *se baigner/se doucher* », l'assurée avait besoin de la présence de son époux afin de sécuriser le transfert dans la douche, le besoin d'aide étant pour le surplus similaire à celui de l'acte « *se laver* ». Concernant l'acte « *se déplacer* », un besoin d'aide était retenu pour tous les déplacements à l'extérieur, dès lors qu'une tierce personne devait soutenir l'assurée par un bras tandis qu'elle utilisait une canne avec l'autre bras ; l'intéressée avait de surcroît besoin d'être véhiculée pour tous les longs déplacements, compte tenu de la marche très limitée (à cent mètres maximum), des pertes

d'équilibre avec risques de chute, de la mobilité très limitée du membre inférieur gauche, ainsi que du manque de force. L'enquêtrice de l'OAI a également retenu que l'assurée avait besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, étant précisé qu'elle ne pourrait pas vivre seule à domicile sans l'aide de son époux. En particulier, l'intéressée avait besoin d'un encadrement et de stimulation en ce sens qu'elle ne parvenait pas à gérer un horaire et que, submergée par ses douleurs, elle ne parvenait pas à se concentrer sur ce qu'elle devait faire. Elle avait ainsi besoin d'aide pour structurer sa journée, faire face aux situations quotidiennes, les repas, le ménage et la lessive, cela à raison de trois heures et quarante minutes par semaine. L'assurée avait également besoin de soins permanents, n'ayant plus la capacité de gérer la prise de médicaments, et d'une surveillance personnelle permanente, n'étant jamais laissée seule en raison du risque de chutes et de prise erronée de médicaments.

Dans un questionnaire non daté, indexé par l'OAI le 2 août 2024, la Dre D. _____ a indiqué que l'assurée était suivie par une infirmière en santé mentale pour des troubles anxio-dépressifs réactionnels marqués par un tableau dépressif, une dévalorisation, une baisse de l'estime de soi, une diminution de l'autonomie, ainsi qu'une surcharge mentale et émotionnelle. Pour le surplus, aucun traitement psychotrope n'était prescrit.

S'étant vu soumettre le cas, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu ce qui suit par avis du 6 septembre 2024 :

"Une évaluation impotence est réalisée le 25/01/2024 (GED 31/01/2024). Il est décrit un besoin d'aide pour se vêtir depuis avril 2021 en raison des douleurs du membre inférieur gauche rendant difficile d'enfiler les vêtements du bas du corps. Il est décrit un besoin d'aide indirecte pour se lever, pour permettre une sécurisation et de la réassurance, ainsi que de manière périodique pour se mettre en position couchée et remonter les jambes dans le lit. Le besoin d'aide n'est pas important et régulier, nous [n']avons pas d'éléments médicaux et de limitation fonctionnelle pour expliquer le besoin d'une présence pour la réassurance. Un besoin d'aide important régulier pour faire sa toilette notamment en lien avec les douleurs du membre inférieur gauche limitant les amplitudes et augmentant le risque de chute lors du transfert dans la douche. Il est retenu également un

besoin d'aide pour se déplacer, au vu des douleurs du membre inférieur gauche et qui correspond aux limitations fonctionnelles retenues par l'oncologue. Nous [n']avons aucun élément médical pour permettre de retenir un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Notre assurée n'a pas de suivi médical psychiatrique. Nous n'avons pas d'éléments médicaux pour comprendre pourquoi notre assurée n'est jamais laissée seule, il n'est pas décrit de risques d'abandon tout en prenant en compte l'ORD.

Nous avons continué notre instruction notamment d'un point de vue psychiatrique. Nous avons réinterrogé le médecin traitant Dr D. _____ (GED 02/08/2024). Notre assurée n'a pas de suivi médical psychiatrique mais uniquement par une infirmière en santé mentale. Il est retenu un trouble anxiodépressif réactionnel sans traitement psychotrope. Il est noté une dévalorisation et une baisse de l'estime de soi, une surcharge mentale émotionnelle.

Conclusion

Au vu des limitations fonctionnelles retenues lors de la demande de prestation R&R, nous pouvons effectivement retenir un besoin d'aide important et régulier [...] pour les actes vêtir, et se déplacer. Concernant l'acte se lever, le besoin d'aide est décrit comme périodique et non comme régulier / important. Des moyens auxiliaires ont également été mis en place. Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, nous n'avons pas d'atteinte, notamment psychiatrique, nous permettant de retenir que sans aide notre assurée serait placée en EMS et serait à risque d'abandon. Il est décrit un trouble anxiodépressif réactionnel sans suivi médical psychiatrique, sans traitement psychotrope."

En date du 19 septembre 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} mai 2022, compte tenu d'une aide régulière et importante de tiers nécessaire depuis avril 2021 pour exécuter les actes ordinaires de la vie « *se vêtir/se dévêtir* », « *faire sa toilette/soins du corps* » et « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* », ainsi que pour des soins permanents. Il était précisé que les conditions du droit l'allocation étaient remplies depuis le 1^{er} avril 2022, à l'échéance du délai de carence d'une année, mais que, la demande ayant été déposée tardivement le 26 mai 2023 [sic], les prestations ne pouvaient être fournies que pour les douze mois précédant cette date, soit dès le 1^{er} mai 2022.

Le 17 octobre 2024, l'assurée, par son mandataire, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité, se prévalant en substance d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans ce contexte, l'intéressée a produit une attestation émise le 12

septembre 2024 par le Dr BC._____, chef de clinique adjoint au Service d'oncologie médicale du CHUV, certifiant que la patiente avait besoin de l'aide constante de son époux en raison « *d'une invalidité permanente pour raison de maladie* » et devrait, à défaut, être placée en institution.

Répondant le 8 janvier 2025 à un questionnaire adressé par le SMR, le Dr BC._____ a indiqué, s'agissant des éléments médicaux susceptibles d'entraîner un placement en institution, que l'assurée ne gérait pas ses médicaments et qu'elle était très invalidée sur le plan physique pour les activités de la vie quotidienne. Il a également précisé qu'aux limitations fonctionnelles somatiques en lien avec l'atteinte du genou gauche, s'ajoutaient des discopathies diffuses et des troubles de la marche avec moyen auxiliaire mis en place. Le Dr BC._____ a de surcroît relevé ne pas avoir connaissance de troubles neurocognitifs ou de la sphère psychiatrique, et n'avoir aucune idée du déroulement d'une journée-type de sa patiente. Il a ajouté que le traitement par chimiothérapie entrepris depuis 2021 entraînait de la fatigue, des œdèmes périphériques, des arthralgies et des troubles du sommeil. Enfin, il a précisé que la patiente était actuellement sous Imatinib, Algifor, morphine et Co-Dafalgan et que la compliance était bonne, sous supervision du conjoint.

Par avis médical du 28 janvier 2025, le SMR a estimé qu'aucun élément médical ne justifiait de revenir sur l'appréciation émise le 6 septembre 2024.

Aux termes d'un avis du 5 février 2025, une juriste de l'OAI a retenu qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du SMR et de nier tout besoin d'accompagnement. Si l'assurée présentait en particulier une fatigue due à la chimiothérapie prise par voie orale, elle ne serait toutefois pas placée en institution sans l'aide de son époux, lequel avait l'obligation de réduire le dommage.

Par correspondance du 13 février 2025, l'OAI a réfuté les objections de l'assurée.

Par décision du 17 février 2025, l'office a confirmé son projet précité, dont il a repris la motivation, et fixé le montant des prestations dues.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, B._____ a recouru le 13 mars 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la recourante a fait valoir que l'évaluation sur dossier faite par le SMR ne pouvait l'emporter face au rapport d'enquête domiciliaire, dont les constatations étaient compatibles avec la reconnaissance d'une allocation pour impotence moyenne.

Dans sa réponse du 14 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 29 avril 2025, la recourante a persisté dans ses motifs et conclusions.

Dupliquant le 22 mai 2025, l'intimé a confirmé sa position. Il a en particulier relevé que c'était à bon droit que le SMR avait examiné le dossier – singulièrement, le rapport d'enquête domiciliaire – et émis un avis médical sur le sujet, renvoyant à cet égard au chiffre 8016 de la Circulaire sur l'impotence (CSI).

Par envoi du 20 novembre 2025, la recourante a versé en cause les documents suivants :

- un rapport du 28 octobre 2025 de la Dre BF._____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale du CHUV, décrivant une prise adéquate de l'Imatinib, à jeun et sans interaction médicamenteuse, et mentionnant la persistance de gonalgies gauches très invalidantes, limitant le périmètre de marche, entraînant des déséquilibres avec risque de chute

et d'importants œdèmes nécessitant la surélévation du membre inférieur plusieurs heures par jour, avec une impotence fonctionnelle importante ;

- une attestation du 11 novembre 2025 de la Dre D._____, signalant que l'intéressée avait besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne « *se vêtir/se dévêtir* », selon les habits (chaussures avec lacets, pantalons), « *se lever/se coucher* », moyennant une barrière latérale, ainsi que « *faire sa toilette* », une surveillance étant nécessaire en cas de chute. Pour l'acte « *se déplacer* », il était précisé que la patiente utilisait une canne simple et qu'elle avait besoin d'aide pour la montée/descente d'escaliers, ainsi que d'une stimulation pour entretenir des contacts sociaux, étant à cet égard suivie par une infirmière en santé mentale.

Prenant position le 16 décembre 2025, l'intimé a maintenu son appréciation, se référant plus particulièrement à un avis médical SMR du 28 novembre 2025, aux termes duquel ce service confirmait son évaluation.

Par écriture du 27 janvier 2026, la recourante s'est plus particulièrement prévalu d'un besoin d'aide pour « *se lever/se coucher* », nonobstant l'installation d'un double matelas et de barrières sur le bord de son lit, ainsi que d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, renvoyant à cet égard à l'attestation émise le 12 septembre 2024 par le Dr BC._____, toujours d'actualité.

En droit :

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) 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. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. Est plus spécifiquement contestée l'ampleur de l'impotence, l'intimé ayant retenu une impotence de degré faible tandis que la recourante se prévaut d'une impotence de degré moyen.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du « *développement continu de l'AI* » (RO 2021 705 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 150 V 323 consid. 4.2 et les références). En d'autres termes, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la prestation sollicitée. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur depuis cette date.

b) En l'espèce, la recourante a déposé sa demande d'allocation pour impotent en mai 2023, alléguant dans ce contexte un besoin d'aide et d'accompagnement remontant à avril 2021. Selon les prescriptions légales topiques, qui n'ont pas été matériellement affectées par les changements intervenus au 1^{er} janvier 2022, le droit à l'allocation naît lorsqu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4 LAI, dont le texte a été seulement reformulé dans le cadre de la modification législative susdite), des arriérés de prestations pouvant être versés pour les douze mois précédant le dépôt de la demande en cas de dépôt tardif (art. 48 al. 1 LAI, non modifié). Il en

découle que la naissance du droit à l'allocation litigieuse s'avère, quoi qu'il soit, postérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

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) Il résulte de l'art. 42 LAI que les assurés impotents au sens de l'art. 9 LPGa qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). 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 (al. 3, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2022).

Est réservé le régime applicable aux assurés mineurs (art. 42^{bis} LAI).

c) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) 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).

d) 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, on considère qu'un assuré n'est pas en mesure d'accomplir un acte ordinaire de la vie lorsqu'il ne peut réaliser cet acte que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c) et que l'aide d'un tiers lui permet d'exécuter l'acte en question d'une manière qui corresponde aux usages (ATF 150 V 83 consid. 4.3.2.1 ; 106 V 153 consid. 2b ; TF 9C_116/2026 du 7 juillet 2026 consid. 5.2). En revanche, 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) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 148 V 28 consid. 6.5.1 ; 121 V 88 consid. 3c ; 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TF 8C_752/2025 du 10 juillet 2025 consid. 5.1.3 et les références).

cc) L'aide est par ailleurs réputée régulière si l'assuré en a besoin ou pourrait 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, qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle, ou encore qu'il ne peut pas l'accomplir sans une incitation particulière en raison de son état psychique (TF 8C_440/2025 du 30 janvier 2026 consid. 5.1 et les références).

dd) Enfin, l'aide est qualifiée d'indirecte lorsque la personne assurée est fonctionnellement en mesure d'accomplir elle-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps si elle était livrée à elle-même (ATF 133 V 450 consid. 9). L'aide indirecte, qui concerne avant tout les personnes présentant un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, lui demandant de réaliser des actions, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin (ATF 133 V 450 consid. 7.2). Une aide indirecte de tiers peut aussi être nécessaire pour les personnes atteintes d'un handicap physique. C'est le cas de l'assuré qui est certes fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-

même les actes ordinaires de la vie, mais qui a besoin d'une surveillance personnelle – et pas seulement générale – pour en effectuer certains (par ex. en raison d'un risque d'étouffement en mangeant, d'un risque de noyade dans le bain, d'un risque de blessure en cas de chute dans la douche ou lors d'un déplacement ; TF 9C_497/2024 du 26 mars 2026 consid. 3.2.2 et les références).

e) 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). Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3).

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). 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. 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_221/2025 du 23 juin 2025 consid. 2.2 et les références).

L'accompagnement est régulier, au sens de l'art. 38 al. 3 RAI, lorsqu'il nécessite en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ATF 146 V 322 consid. 6.1 avec les références ; TF 9C_698/20225 du 21 juillet 2026 consid. 5.1 et les références).

f) Dans les situations où la personne assurée nécessite non seulement une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, mais aussi un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les éléments de fait qui conduisent à admettre le besoin d'une assistance pour effectuer certains actes ordinaires de la vie ne peuvent pas être retenus en même temps pour justifier le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI. Il n'est pas admissible de prendre certaines aides en considération à double titre, 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 (ATF 133 V 450 ; TF 9C_497/2026 précité consid. 3.2.3). Il est néanmoins possible de considérer le besoin d'aide uniquement pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (et non au titre de l'aide pour les actes ordinaires de la vie) si ce motif seul permet de fonder le droit à une allocation pour impotent (TF 9C_497/2026 précité consid. 7.2.1 ; voir également la note n°21 de l'annexe 4 CSI).

g) Conformément au principe général prévalant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 7 ad art. 42 LAI).

5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) 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).

Concernant plus spécifiquement les troubles d'ordre psychique, l'enquête à domicile constitue un moyen de preuve approprié pour connaître l'étendue des empêchements que l'assuré rencontre dans ses activités habituelles en raison de telles affections. Lorsque les conclusions de l'enquête ne coïncident pas avec les constatations médicales relatives à la capacité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, on accorde en règle générale plus de poids à ces dernières (ATF 133 V 450 consid. 11.1.1 ; TF 9C_836/2017 du 20 avril 2018 consid. 4.3.1 ; TF 9C_497/2014 du 2 avril 2015 consid. 4.1.1 ; Stéphanie Perrenoud, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.],

Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n° 27a ad art. 9 LPGa).

c) 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).

6. Aux termes de la décision attaquée, l'intimé, se fondant sur l'appréciation du SMR, a reconnu à l'assurée un besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne « *se vêtir/se dévêtir* », « *faire sa toilette/soins du corps* » et « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* », ainsi qu'un besoin de soins permanents, justifiant l'allocation d'une allocation pour impotence faible.

Cette appréciation est contestée par la recourante, laquelle considère, en particulier à la lumière du rapport d'enquête domiciliaire du 29 janvier 2024, pouvoir prétendre à une allocation pour impotence moyenne.

a) Sur le plan médical, il est constant que la recourante souffre d'une tumeur à cellules géantes ténosynoviales de forme diffuse du genou gauche, jugée inopérable et faisant l'objet d'un traitement ciblé par Imatinib (cf. rapport du Dr K. _____ du 8 juillet 2021 ; cf. rapport des Drs L. _____ et M. _____ du 19 août 2021). Sur le plan des limitations fonctionnelles, il est admis que l'atteinte en question engendre de la fatigue, des troubles de la concentration et une diminution des capacités d'adaptation et de résistance, et qu'elle s'avère, de surcroît, incompatible avec la position statique debout ou assise, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, les

activités à genoux ou accroupi, les escaliers, les échelles et les échafaudages, ainsi que le port de charges (cf. avis médical SMR du 19 août 2022). Ces éléments, mis en évidence dans le cadre des démarches entreprises en vue d'obtenir une rente de l'assurance-invalidité, n'apparaissent guère discutables et ne sont, du reste, pas remis en question par les parties.

A l'appui de la demande d'allocation pour impotent déposée le 24 mai 2023, l'assurée a, de surcroît, fait mention d'une dépression. A cet égard, l'infirmier en santé mental Q. _____ a plus particulièrement exposé, au pied du formulaire de demande, que l'intéressée présentait un tableau dépressif, dans le cadre d'une surcharge mentale et émotionnelle liée à sa situation, et qu'elle était conséquemment suivie à raison d'un entretien tous les quinze jours. Le 19 juin 2023, la Dre D. _____ a, pour sa part, signalé des troubles dépressifs réactionnels. Nonobstant un tableau évocateur d'une potentielle décompensation psychique, l'OAI n'a cependant mis en œuvre aucune mesure d'instruction spécifique avant la réalisation de l'enquête domiciliaire. Postérieurement à cette enquête, l'OAI a interpellé la Dre D. _____, laquelle a confirmé le diagnostic précédemment posé et a notamment fait état, dans ce contexte, d'une diminution de l'autonomie (cf. rapport du 2 août 2024), ainsi que le Dr BC. _____, lequel a indiqué ne pas avoir connaissance de troubles neurocognitifs ou psychiatriques et n'avoir aucune idée de la journée-type de la patiente (cf. rapport du 8 janvier 2025). Nonobstant les observations de la Dre D. _____, médecin généraliste traitante évoquant une perte d'autonomie d'origine psychique, et les propos pour le moins évasifs du Dr BC. _____, oncologue ayant manifestement une vue fragmentaire de la situation de sa patiente, l'OAI a ensuite coupé net à toute mesure d'instruction supplémentaire, sans chercher à investiguer davantage la présence d'éventuels troubles psychiques susceptibles d'influencer l'autonomie de l'assurée au quotidien. En l'état, le dossier ne permet donc pas de se prononcer, sous l'angle de l'impotence, quant à la nature et à l'étendue de la symptomatologie dépressive mise en avant par la médecin traitante de la recourante et donnant lieu à un suivi infirmier spécialisé.

Au cours de l’instruction diligentée par l’OAI, il est par ailleurs apparu que l’assurée présentait de fortes douleurs dorsales (cf. rapport du Dr M._____ du 17 août 2023), en lien avec une discopathie dégénérative au niveau des deux ou trois derniers étages lombaires, ainsi qu’un hémangiome du corps vertébral de L1, voire de L2 également (cf. rapports d’IRM lombaire de la Dre Y._____ du 12 juillet 2023 et du Dr W._____ du 20 juillet 2023). Ces éléments n’ont cependant fait l’objet d’aucune instruction de la part de l’intimé, préalablement à la mise en œuvre de l’évaluation à domicile réalisée en janvier 2024. Hormis la référence à des discopathies diffuses faite ultérieurement par le Dr BC._____ (cf. rapport du 8 janvier 2025), rien au dossier ne permet, en l’état, de circonscrire plus précisément l’étendue de l’atteinte lombaire ou ses répercussions sur l’aptitude de l’assurée à gérer son quotidien.

Quant à la synthèse opérée par le SMR, elle ne permet pas de combler les lacunes constatées sur le plan médical. En effet, ledit service n’a intégré à son évaluation que les limitations fonctionnelles liées à l’atteinte oncologique, telles que retenues dans le cadre de la procédure afférente à la rente d’invalidité (cf. avis médicaux des 19 août 2022, 6 septembre 2024, 28 janvier 2025 et 28 novembre 2025). En revanche, il ne s’est pas prononcé sous l’angle des troubles dorsaux postérieurs à la reconnaissance du droit à la rente. Si par ailleurs le SMR s’est fondé sur l’absence de suivi médical psychiatrique et de traitement psychotrope pour réfuter toute atteinte psychique pertinente du point de vue de l’impotence, il reste que le défaut d’un cadre thérapeutique spécifique ne suffit pas, à lui seul, pour faire fi des éléments concrets au dossier évoquant une potentielle symptomatologie psychique – en particulier la mise en œuvre de soins infirmiers psychiatriques réguliers et la mention d’une perte d’autonomie d’origine psychique signalée par la Dre D._____, dont les constatations ne sauraient être remises en question par les observations pour le moins laconiques du Dr BC._____.

A ce stade, il convient par conséquent d’admettre que l’instruction médicale du dossier s’avère insuffisante.

b) Dans le cadre de l'enquête à domicile réalisée le 25 janvier 2024, l'enquêtrice de l'OAI a retenu un besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne « *se vêtir/se dévêtir* », « *se lever/s'asseoir/se coucher* », « *faire sa toilette* » et « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* ». Elle a de surcroît conclu à un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, un besoin de soins permanents et un besoin de surveillance personnelle permanente (cf. rapport d'enquête du 29 janvier 2024 ch. 4 à 6).

Si cette enquête repose effectivement sur un examen concret de la situation de l'assurée, elle a toutefois été réalisée alors même que l'ensemble des éléments médicaux pertinents – et leurs éventuelles interactions – n'avait pas été suffisamment investigué (cf. consid. 6a supra). Ainsi, faute d'un quelconque avis spécialisé définissant de manière claire et objective l'impact des troubles psychiques allégués, on doit admettre que l'évaluation de l'enquêtrice n'a, sous cet angle, pas été faite en connaissance de cause. De même, l'enquêtrice n'a pu que relever l'apparition d'une nouvelle symptomatologie lombaire en juillet 2023, sans disposer d'un avis médical permettant d'en saisir concrètement la portée. Plus particulièrement, la Cour de céans observe que les limitations fonctionnelles avérées en l'état – lacunaire – du dossier, découlant de l'atteinte oncologique (fatigue, troubles de la concentration, diminution des capacités d'adaptation et de résistance physique, et nécessité d'éviter la position statique debout ou assise, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, les activités à genoux ou accroupi, les escaliers, les échelles ou les échafaudages, ainsi que le port de charges), peuvent difficilement expliquer, à elles seules, le portrait dressé par l'enquêtrice, évocateur d'une assurée incapable de gérer son quotidien de manière autonome et ayant besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (cf. rapport d'enquête du 29 janvier 2024 ch. 4.2.1) et d'une surveillance personnelle permanente (cf. rapport d'enquête du 29 janvier 2024 ch. 4.4).

Aussi ladite enquête ne peut-elle être tenue pour probante, dès lors qu'elle ne permet pas une évaluation de l'impotence satisfaisant aux réquisites légaux en la matière, tenant compte des empêchements et

handicaps résultant des diagnostics médicaux pertinents (cf. consid. 5b supra).

c) Il apparaît par ailleurs que les conclusions du rapport d'enquête du 29 janvier 2024 n'ont été que partiellement suivies par le SMR et, corrélativement, l'OAI.

Ledit service a en effet admis un besoin d'aide pour les actes « *se vêtir/se dévêtir* », « *faire sa toilette* » et « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* ». Il a en revanche réfuté tout besoin d'aide pour l'acte « *se lever* », ainsi que tout besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, et ne s'est en outre pas prononcé sur le besoin de surveillance personnelle permanente (cf. avis médicaux des 6 septembre 2024, 28 janvier 2025 et 28 novembre 2025).

On constate, en particulier, que le SMR a nié tout besoin d'aide pour l'acte « *se lever* » au motif que l'aide était décrite comme périodique et que des moyens auxiliaires avaient été mis en place (cf. avis médical du 6 septembre 2024). A la lecture du rapport d'enquête, il apparaît que le besoin d'aide pour l'acte « *se lever* », moyennant un lit aménagé, a bien été considéré comme périodique et pas comme régulier et important. En revanche, un besoin régulier et important d'aide indirecte a été retenu par l'enquêtrice pour l'acte « *se coucher* », dans la mesure où la présence de l'époux s'avérerait nécessaire pour sécuriser le transfert, en raison du risque de chutes avec pertes d'équilibre et du manque de force (cf. rapport d'enquête du 29 janvier 2024 ch. 4.1.2). A cet égard, il convient de souligner que la Dre D._____ a attesté l'existence de troubles de l'équilibre avec risque de chute (cf. rapport du 19 juin 2023) et que la Dre BF._____ a plus particulièrement décrit, du point de vue du suivi oncologique, la persistance de gonalgies gauches très invalidantes entraînant des déséquilibres avec risque de chute (cf. rapport du 28 octobre 2025). Cet aspect, signalé tant par l'enquêtrice que par les médecins traitants, s'avère pourtant absent de l'analyse du SMR. S'agissant par ailleurs du recours à des moyens auxiliaires, force est de constater que l'enquêtrice a conclu à un besoin d'aide pour l'acte « *se coucher* » nonobstant l'utilisation d'un lit aménagé –

ces aménagements consistant, selon les pièces au dossier, en un double matelas et l'installation d'une barrière latérale (cf. attestation de la Dre D._____ du 11 novembre 2025 ; cf. déterminations de l'assurée du 27 janvier 2026) – et qu'elle a de surcroît retenu que mis à part l'utilisation d'une canne, aucun moyen auxiliaire ne pouvait diminuer l'impotence constatée (cf. rapport du 29 janvier 2024 ch. 4.5). Ces éléments ont toutefois été ignorés par le SMR. Sous l'angle du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice de l'OAI a expliqué, notamment, que l'assurée était submergée par ses douleurs et qu'elle ne parvenait plus à se concentrer sur ce qu'elle devait faire ou à gérer un quelconque horaire (cf. rapport d'enquête du 29 janvier 2024 ch. 4.2.1). Le SMR s'est toutefois gardé de prendre clairement position sur ces éléments, qui excèdent de toute évidence la seule fatigue liée à la chimiothérapie (cf. avis juriste du 5 février 2025). L'enquêtrice a de surcroît indiqué que la recourante n'avait plus la capacité de prendre ses médicaments, qu'elle mélangeait les prises de morphine avec les anti-inflammatoires ou la chimiothérapie et qu'elle ne savait pas quelle médication prendre en fonction de ses douleurs (cf. rapport d'enquête du 29 janvier 2024 ch. 4.3), le risque de chutes et de prise erronée de médicaments faisant par ailleurs obstacle à ce que l'intéressée soit laissée seule (cf. rapport d'enquête du 29 janvier 2024 ch. 4.4). Le Dr BC._____ a confirmé, par ailleurs, que la recourante ne gérait pas ses médicaments et qu'elle bénéficiait, sur ce plan, de la supervision de son conjoint (cf. compte-rendu du 8 janvier 2025). Là encore, ces aspects ont été passés sous silence dans le cadre de l'appréciation du SMR, étant précisé qu'ils ont cependant été partiellement reconnus par l'OAI sous la forme d'un besoin de soins permanents.

En définitive, il apparaît que le SMR a rejeté les conclusions de l'enquête à domicile pour fournir sa propre appréciation du cas, sans avoir cependant procédé à une évaluation des capacités de l'assurée quant aux conditions de la prestation en cause en fonction d'un examen concret de l'intéressée, alors même qu'une enquête sur place pour déterminer les circonstances concrètes est en principe nécessaire pour l'évaluation de l'impotence (TF 9C_41/2023 du 27 juin 2023 consid. 4.1). Peu importe, sur ce plan, le chiffre 8016 CSI invoqué par l'intimé (cf. duplique du 22 mai

2025). En effet, l'Office fédéral des assurances sociales y prévoit uniquement que le SMR peut émettre un avis lorsqu'une évaluation médicale s'impose à la place d'une instruction sur place et qu'il peut, en outre, être à tout moment impliqué dans l'évaluation de l'impotence, sous la forme d'un contrôle de plausibilité (cf. également duplique du 22 mai 2025). En revanche, rien dans le chiffre 8016 CSI n'habilite le SMR à fournir une appréciation autonome de l'impotence. Au surplus, si le SMR estimait que les seuls troubles de nature oncologique ne pouvaient expliquer l'étendue des empêchements constatés aux termes de l'enquête du 25 janvier 2024, il lui appartenait de procéder à des investigations complémentaires sur le plan médical et/ou de réinterpeller l'enquêtrice afin que cette dernière précise ses conclusions, plutôt que de substituer sa propre appréciation à celle de l'enquêtrice. C'est dire que le positionnement du SMR ne peut être tenu pour convaincant.

Il découle de ce qui précède que l'OAI ne pouvait pas se contenter de rejeter les résultats de l'enquête à domicile diligentée par ses soins, au profit des conclusions d'un médecin n'ayant pas évalué les capacités de l'assurée du point de vue de l'impotence en fonction d'un examen concret de celle-ci (voir dans ce sens Perrenoud, op. cit., n° 27a ad art. 9 LPGA *in fine*).

7. a) En définitive, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'impotence de la recourante. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il revient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra ainsi à l'OAI de mettre en œuvre toute mesure utile afin de compléter l'instruction sur le plan médical, s'agissant plus particulièrement des symptomatologies lombaire et psychique mises en avant par les médecins de l'assurée, puis de procéder à une nouvelle évaluation de l'impotence de la recourante ainsi que des besoins spécifiques de cette dernière. Il incombera ensuite à l'office intimé

de rendre une nouvelle décision en matière d'allocation pour impotent à l'égard de l'intéressée.

b) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se prononcer sur les autres arguments des parties.

8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, 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 LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 17 février 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à ce office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (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 :