

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 avril 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges  
Greffier : M. Favez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.X.** \_\_\_\_\_, à Z\*\*\*, recourante, représentée par **B.X.** \_\_\_\_\_, à Z\*\*\*,  
et

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

---

**Art. 29 Cst ; art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 RAI.**

**En fait :**

**A.** A.X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196\*\*\*, mariée et mère de deux enfants majeurs, femme au foyer, a séjourné du \*\*\* au \*\*\* auprès de Service de neurologie du CHUV en raison de troubles neurocognitifs dans le cadre d'une encéphalite limbique, auto-immune à anti-LGI-1. Selon le rapport de la Prof. F.\_\_\_\_\_ et du Dr G.\_\_\_\_\_ du Service de neurologie du CHUV du 1<sup>er</sup> septembre 2023, le tableau clinique était celui de troubles cognitifs prédominants au niveau mnésique ainsi que d'une épilepsie temporale. Sur le plan neuropsychologique, une évaluation comparative avait été réalisée le 3 août 2023 et avait mis en évidence une péjoration des troubles mnésiques. La patiente présentait une anxiété. L'évolution en cours d'hospitalisation était néanmoins progressivement favorable avec une diminution de l'agitation psychomotrice. L'atteinte mnésique restait néanmoins sévère et indiquait une rééducation neurologique pour laquelle la patiente avait été transférée le 21 août 2023.

L'assurée a déposé le 15 novembre 2023 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte « *encéphalite limbique, auto-immune à anti-LGI-1* » existant depuis le 22 juin 2023.

L'assurée a séjourné du \*\*\* au \*\*\* au service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV. Dans un rapport du 6 décembre 2023, la Dre H.\_\_\_\_\_ du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV a notamment établi un bilan neuropsychologique qui montrait une évolution partiellement favorable, avec une amélioration au niveau de l'orientation. Elle a indiqué que l'assurée était orientée sur sa personne et dans l'espace ainsi que partiellement dans le temps et qu'elle était nosognosique de ses difficultés cognitives lorsqu'elle était confrontée à celles-ci. Elle a relevé qu'il persistait

des troubles mnésiques sévères antérogrades verbaux et possiblement rétrogrades ainsi qu'un ralentissement de la vitesse de traitement/recherche visuo-spatiale, des signes de la lignée anxieuse et une thymie semblant parfois abaissée. Elle a ajouté ce qui suit :

« D'un point de vue strictement neuropsychologique, [l'assurée] doit être accompagnée par une tierce personne pour les déplacements extérieurs. Nous recommandons par ailleurs une surveillance pour la gestion et la prise médicamenteuse, un encadrement pour la préparation des repas (stimulation pour initier l'activité) et la reprise de l'administratif par son mari. »

L'assurée a complété le formulaire intitulé « *détermination du statut* » le 4 janvier 2024, en indiquant que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle n'aurait pas d'activité professionnelle et que lorsqu'elle était en bonne santé, elle se consacrait à la tenue de son ménage à plein temps.

Dans un rapport du 11 janvier 2024, la Dre H.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que sa patiente présentait des difficultés mnésiques sévères et des difficultés à s'orienter à l'intérieur comme à l'extérieur. La Dre H.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée devait toujours être accompagnée et surveillée. Elle a précisé que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation de l'intéressée étaient limitées par les troubles mnésiques et attentionnels observés et que sa capacité de résistance sur le plan cognitif était également limitée.

Dans un rapport du 15 janvier 2024, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic d'encéphalite limbique auto-immune et estimé que la capacité de travail de sa patiente était de 0 % à compter du 22 juin 2023.

L'assurée a été examinée à la consultation de neuro-immunologie du CHUV le 6 mai 2024 par le Dr G.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 7 mai 2024 adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, il a fait savoir que l'évolution était globalement stable sur le plan neurologique depuis la dernière consultation avec un status neurologique marqué par la persistance de troubles mnésiques importants avec un retentissement fonctionnel notable. Il a

néanmoins relevé que sa patiente était indépendante à la maison pour la plupart des activités de la vie quotidienne sans la présence de son mari. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée parvenait à se déplacer dans son quartier et à prendre les transports publics sans aide. Il a mentionné que l'époux décrivait toujours la présence de myoclonies d'endormissement le soir. Pour le reste, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'anamnèse neurologique était sans particularité, sans argument pour une récurrence de crise ou des épisodes de dystonie facio-brachiale. S'agissant du traitement, le Dr G.\_\_\_\_\_ a fait savoir que la corticothérapie semblait bien tolérée et avait été diminuée progressivement jusqu'à 5 mg, que sa patiente poursuivait la prise en charge rééducative ergothérapeutique, qu'il n'y avait actuellement plus de suivi neuropsychologique, mais qu'une consultation était agendée au mois de juillet 2024 chez le Prof. I.\_\_\_\_\_ pour les séquelles cognitives qui persistaient. Il a ajouté qu'un suivi oncologique préventif (scanographie) avait été mis en place pour une durée de cinq ans et que sur le plan clinique, un suivi était agendé à six mois.

Dans un rapport à l'OAI du 15 mai 2023 [recte : 2024] et son annexe, le Dr G.\_\_\_\_\_, a fait savoir que l'assurée n'était pas limitée au niveau de sa mobilité et de ses facultés fonctionnelles (positions, charges, marche, montée, résistance, etc.) mais que ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptations étaient limitées depuis le mois de juin 2023.

Dans un compte rendu du 1<sup>er</sup> octobre 2024, le SMR (Service médical régional de l'AI) a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, un trouble mnésique sévère avec impossibilité de retenir des nouvelles informations, une mémoire à court terme très déficitaire et un encodage impossible. Le SMR a indiqué que la capacité de travail dans toutes activités avait été réduite à néant avec un pronostic défavorable à moyen et à long terme sans nécessité de révision médicale.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 14 avril 2025 au domicile de l'assurée. Aux termes du rapport du 16 avril 2025, l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 100 %

ménagère. Elle a indiqué qu'au vu du parcours de l'assurée, de celui de son mari, nécessitant de nombreux déménagements de la famille puis du couple pendant plus de vingt ans, et du fait que l'assurée n'avait pas la nécessité de travailler par souci financier, le statut de 100 % ménagère était plausible. Dans le cadre de l'évaluation, le mari de l'assurée a indiqué à l'enquêtrice que son épouse était en « *bonne santé physique* » et qu'elle était « *en mesure de tout faire encore par elle-même* », sous réserve de l'organisation et de la planification qui lui incombaient désormais. L'enquêtrice a également, sur la base des éléments décrits par le mari de l'assurée et avec l'accord des époux, effectué une évaluation concernant l'allocation pour impotence, informant le couple des modalités de cette prestation.

Le rapport d'enquête sur l'impotence du 28 avril 2025 a conclu que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie. L'enquêtrice a relevé un besoin d'accompagnement permettant de vivre de manière indépendante à raison de 1 heure et 35 minutes par semaine et d'un besoin d'accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile à raison de 1 heure et 10 minutes par semaine dans un contexte de risque important d'isolement durable. L'enquêtrice a noté que, sans l'accompagnement apporté par son époux, l'assurée serait institutionnalisée au vu de ses limitations fonctionnelles neuropsychologiques. En substance, l'enquêtrice a indiqué que l'assurée présentait d'importantes difficultés d'organisation et d'initiative dans la structuration de ses journées, dont une partie avait été d'ailleurs constatée *in situ*. Si les périodes de repos n'exigeaient pas d'accompagnement, l'assurée dépendait largement de son époux le reste de la journée. Il était parfois nécessaire de rappeler à l'intéressée l'heure du repas. L'époux de l'assurée avait organisé un agenda pour noter tâches et rendez-vous, mais l'intéressée ne pensait pas à le consulter d'elle-même, si bien que des alarmes quotidiennes avaient été programmées pour l'inciter à vérifier l'agenda et les tâches à réaliser. Ce système fonctionnait tant qu'une distraction (sonnette, téléphone, intervention du mari) ne survenait pas. L'enquêtrice a relevé que l'organisation des rendez-vous et la gestion globale du quotidien étaient entièrement assurées par l'époux, l'assurée

n'ayant plus de capacité d'initiative ni d'organisation autonome. L'enquêtrice a également noté que des rappels étaient nécessaires pour qu'elle se lave les cheveux et adapte son habillement aux circonstances. L'assurée avait également besoin d'aide pour s'approvisionner en médicaments, en produits d'hygiène, en commissions et qu'elle ne signalait pas les manques. Elle parvenait à réaliser des tâches simples (micro-ondes, cuissons sans danger, vaisselle, repasser), mais elle ignorait où ranger les choses et ne parvenait pas à faire sa lessive. L'enquêtrice a indiqué qu'en cas d'imprévu ou de problème, l'assurée sollicitait son mari, ne sachant plus faire face seule. L'enquêtrice a ajouté que l'assurée ne reconnaissait pas ses troubles mnésiques et les minimisait. Elle a fait savoir que l'intéressée présentait des comportements de vérification répétés (porte fermée, emplacement du portefeuille) nécessitant des validations fréquentes. S'agissant des rendez-vous médicaux et des démarches administratives, l'assurée devait être systématiquement accompagnée et ne parvenait plus à restituer les informations transmises ni à expliquer sa situation. Concernant les achats et les loisirs, l'intéressée ne savait plus utiliser les paiements électroniques ni la carte bancaire, mais pouvait encore occasionnellement se rendre à la boulangerie. Le reste demandait un accompagnement. Elle n'était pas davantage en mesure d'utiliser les transports publics. L'assurée prenait sa médication seule grâce aux alarmes, avec rappel si distraction. Elle ne présentait pas de mise en danger immédiate et pouvait rester seule jusqu'à huit heures selon son époux.

Par projet de décision du 29 avril 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a indiqué que l'intéressée, dont le statut était à 100 % ménagère, présentait des empêchements dans l'accomplissement de ses travaux habituels de l'ordre de 1,66 %. Il en a déduit un degré d'invalidité du même ordre, lequel n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> juin 2024. Il a retenu, sur la base de l'évaluation à domicile réalisée le

14 avril 2025, que l'intéressée était autonome dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, mais qu'elle avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis le mois de juin 2023.

L'époux de l'assurée, au bénéfice d'une procuration, a contesté ce projet le 20 mai 2025 en revendiquant l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen. En substance, il a exposé que son épouse avait besoin de tout son soutien, qu'elle ne retrouvait pas les objets dont elle avait besoin au quotidien (notamment : outils, lunettes, portefeuille, clés), qu'elle oubliait constamment et immédiatement ce qui avait été discuté et décidé, qu'elle ne pouvait pas accomplir ses travaux ménagers habituels (agenda, organisation de la journée, des vacances, des rendez-vous, des tâches, etc.), qu'elle ne parvenait plus à s'organiser (cuisine, courses, ménage, lessive, etc.), à se déplacer, notamment en transports publics, à s'orienter et à garder des contacts avec ses proches. Il a ajouté que l'assurée avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie dès lors qu'elle ne pouvait plus du tout vivre de manière indépendante, qu'elle ne pouvait plus maintenir de contacts sociaux sans l'aide d'un tiers et qu'il existait un risque important d'isolement durable.

Par un acte séparé du même jour, l'époux de l'assurée a également contesté le refus de rente en se demandant comment l'OAI était arrivé à un degré d'invalidité de 1,66 %.

Par décision du 6 juin 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans le projet de décision du 29 avril 2025. Par courrier séparé du même jour, il a exposé les principes relatifs à l'évaluation de l'invalidité des personnes dont le statut était celui de ménagère à 100 %.

Dans le délai prolongé à cet effet par l'OAI, l'assurée, par son époux, a fait valoir le 25 juillet 2025 ses objections complémentaires au projet de décision lui reconnaissant le droit à une allocation pour impotent de degré faible. Elle a réitéré les arguments soulevés dans sa contestation

du 20 mai 2025, et relevé avoir besoin d'une aide régulière de l'ordre de deux heures par jour pour son hygiène (shampooing), pour se déplacer à l'extérieur de son appartement et pour se nourrir (organisation des menus pour la semaine, courses, cuisine). Elle a ajouté qu'elle n'était pas en mesure de mettre son appareillage orthopédique et ses gouttières dentaires sans assistance ni de prendre régulièrement ses médicaments.

Par prise de position du 26 septembre 2025, l'OAI s'est déterminé sur les objections de l'assurée au projet d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible. Au vu des renseignements médicaux recueillis, il estimait que le dossier était complet, si bien qu'il n'y avait pas lieu de requérir de nouveaux rapports auprès de ses médecins traitants. Il a encore expliqué à l'assurée, s'agissant du besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, que le besoin d'aide indirecte devait être d'une certaine intensité. L'OAI a conclu que la contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 29 septembre 2025, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1<sup>er</sup> juin 2024.

L'époux de l'assurée s'est étonné par courrier du 5 octobre 2025 que l'OAI n'ait pas contacté les médecins qui suivaient son épouse, à savoir le Prof. I. \_\_\_\_\_ et le Dr J. \_\_\_\_\_, reprenant pour le surplus les explications développées dans ses précédentes observations.

**B.** Par acte du 7 octobre 2025, A.X. \_\_\_\_\_, toujours représentée par son époux au bénéfice d'une procuration, a recouru contre la décision du 29 septembre 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen en lieu et place d'une allocation de degré faible. En substance, elle a repris l'argumentation déjà présentée dans le cadre de ses objections au projet de décision, selon lesquelles c'étaient au moins deux actes

ordinaires de la vie qui auraient dû être retenus en sus d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a en outre requis la mise en place d'une nouvelle enquête à domicile, déplorant pour le surplus que l'OAI n'ait pas contacté le Prof. I. \_\_\_\_\_ ainsi que le Dr J. \_\_\_\_\_, et le fait que l'OAI n'ait pas tenu compte de ses objections au projet de décision du 29 avril 2025 transmises le 24 juillet 2025.

Par réponse du 4 décembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en reprenant pour l'essentiel les explications données à l'assurée pour sa prise de position du 26 septembre 2025.

Par réplique du 26 décembre 2025, la recourante a confirmé ses motifs et ses conclusions.

### **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)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi 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 droit de la recourante à une allocation pour impotent pour de l'assurance-invalidité de degré moyen et non pas faible.

**3.** Les modifications législatives et réglementaires entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, dans le cadre du « *développement continu de l'AI* » (RO 2021 705 ; RO 2021 706), n'ont pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent.

**4. a)** Aux termes de l'art. 9 LPGGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

**b)** Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa version en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022) prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si l'atteinte à la santé est uniquement psychique, la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42<sup>bis</sup> al. 5 est réservé.

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

**d)** Enfin, l'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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).

**5. a)** Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence (CSI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

**b)** De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non

conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

**aa)** Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI).

**bb)** Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI).

**cc)** L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement

sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2016 à 2018 CSI).

**6.** La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une prestation d'aide médicale ou sanitaire rendue nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré (sur le plan physique, psychique ou mental). Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (TF 9C\_809/2015 du 10 août 2016 consid. 5.2), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (ch. 2076 CSI ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 33 ad art. 42 LAI, p. 607).

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

Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex.

problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C\_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

**b)** L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées). La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

**c)** L'accompagnement doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être

placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (cf. ch. 2098 CSI).

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

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

**b)** Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C\_354/2023 du 15 novembre 2023 consid. 2.3 ; 9C\_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C\_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**c)** L'aide exigible de tiers dans le cadre de l'organisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée,

sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens (TF 9C\_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). Il faut néanmoins se demander comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ch. 2100 CSI).

**9. a)** En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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

**c)** Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il

s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

**10.** Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint, à tout le moins implicitement, d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'OAI n'aurait pas tenu compte des objections complémentaires du 24 juillet 2025 qu'elle a formulées à l'encontre du projet de décision du 29 avril 2025, intervenues pourtant dans le délai valablement prolongé par l'OAI.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V

557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

**b)** En l'occurrence, l'OAI a bien pris position sur les arguments soulevés par la recourante dans le courrier du 26 septembre 2025 faisant intégralement partie de la décision, en explicitant les motifs pour lesquels les objections de l'intéressée n'apportaient pas de nouvel élément au dossier. La recourante a été en mesure de faire recours à l'encontre de cette décision et de soulever tous ses moyens dans ce cadre. Partant, on ne discerne en l'occurrence aucune violation de son droit d'être entendue.

**11. a)** En l'espèce, la recourante fait valoir un besoin d'aide pour deux actes ordinaires de la vie (manger et soins du corps), en sus du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie que l'OAI a reconnu sur la base du rapport d'enquête sur l'impotence du 28 avril 2025.

**aa)** Sur le plan formel, ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante : il a été effectué au domicile de la recourante, tient compte des indications de l'assurée et de son mari et consigne les opinions divergentes de ces derniers, dont on comprend bien le point de vue. En outre, les compétences de l'évaluatrice ne sont pas remises en cause.

**bb)** Sur le fond, ce rapport est motivé et rédigé de manière circonstanciée. Son contenu coïncide avec les observations des médecins traitants de la recourante (rapports du 11 janvier 2024 de la Dre H. \_\_\_\_\_ et des 7 et 15 mai 2024 à l'OAI du Dr G. \_\_\_\_\_ du CHUV) et du SMR (compte rendu du 1<sup>er</sup> octobre 2024).

La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme ne pas être autonome pour les actes « *manger* » et « *soins du corps* ». Les éléments qu'elle avance ne consistent en effet pas en une incapacité à effectuer les actes concernés, mais démontrent que celle-ci a besoin d'être *incitée* à les effectuer. Tel était au demeurant déjà le cas lorsque la recourante est sortie de l'hôpital, en décembre 2023. Dans son rapport du 6 décembre 2023 relatif à l'hospitalisation au CHUV du 21 août au 1<sup>er</sup> décembre 2023, la Dre H. \_\_\_\_\_ a ainsi relevé que la recourante devait être accompagnée par une tierce personne pour les déplacements extérieurs et qu'une surveillance était nécessaire pour l'administration des médicaments, ce que l'intimé ne remet pas en cause (cf. rapport d'enquête sur l'impotence du 28 avril 2025). La Dre H. \_\_\_\_\_ relevait également le besoin d'un « *encadrement pour la préparation des repas (stimulation pour initier l'activité)* ».

Dans son rapport du 7 mai 2024, le Dr G. \_\_\_\_\_ du CHUV a constaté que l'évolution était globalement stable sur le plan neurologique

(troubles mnésiques importants ; retentissement fonctionnel notable), relevant que sa patiente était indépendante à son domicile pour la plupart des activités de la vie quotidienne sans la présence de son mari et parvenait même, à tout le moins, à se déplacer dans son quartier et à prendre les transports publics sans aide. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a encore observé dans son rapport du 15 mai 2024 à l'OAI que l'assurée n'était pas limitée au niveau de sa mobilité et de ses facultés fonctionnelles (positions, charges, marche, montée, résistance, etc.). Du reste, lorsque l'enquêtrice s'est rendue au domicile de la recourante et de son époux, ce dernier lui a fait savoir que l'assurée était en « *bonne santé physique* » et qu'elle était « *en mesure de tout faire encore par elle-même* » sous réserve de l'organisation et de la planification (cf. rapport du 16 avril 2025 d'évaluation économique sur le ménage).

On ne saurait dès lors retenir pour l'acte « *manger* », une aide, même indirecte. En effet, celle-ci n'atteint pas le seuil nécessaire, étant rappelé qu'une simple injonction ne suffit pas à établir le besoin d'aide importante (ch. 2017 CSI) et qu'il en va de même des indications verbales et rappels pour accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome pas considérés comme une aide importante (ch. 2014 CSI). Il ressort d'ailleurs du rapport d'enquête sur l'impotence du 28 avril 2025 qu'il s'agit à ce propos de rappeler à l'intéressée l'heure du repas et d'aucune manière d'apporter de l'aide à la recourante pour se nourrir (ex. porter un aliment à la bouche). L'enquêtrice a du reste relevé que si la recourante était active, elle pensait d'elle-même à prendre son repas et que le rappel de l'époux n'était pas toujours nécessaire.

Il en va de même de la question des soins capillaires. La recourante ne prétend pas ne pas être en mesure de se laver les cheveux par elle-même, mais qu'il faut, parfois, lui rappeler qu'il est nécessaire de se laver les cheveux. Il s'agit à nouveau d'une injonction, laquelle ne suffit pas à établir le besoin d'aide importante (ch. 2014 et 2017 CSI).

Certes l'OAI a relevé que l'époux de la recourante répétait les consignes. Il a toutefois retenu, sans être contredit par les observations à

domicile, que le mari de l'assurée ne contrôlait pas l'exécution de l'acte et n'intervenait pas. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a nié le besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

La situation de la recourante demande certes un surcroît d'organisation à celle-ci ainsi qu'à son époux. Elle ne relève toutefois pas d'un besoin d'aide pour les actes élémentaires de la vie quotidienne et doit être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2016 à 2018 CSI), lequel n'est pas remis en cause par l'intimé (rapport d'enquête sur l'impotence du 28 avril 2025, ch. 4.2 ss) et fonde le droit de l'intéressée à une allocation pour impotent de degré faible.

On notera encore que l'OAI a rappelé, ce qui n'est pas non plus remis en cause, qu'un besoin d'aide est nécessaire pour les activités et les contacts hors du domicile en référence au chiffre 2103 CSI (cf. TF 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008). Il a ajouté que la recourante ne pouvait toutefois pas se voir reconnaître un besoin d'aide pour accomplir l'acte ordinaire de la vie « *se déplacer/entretenir des contacts sociaux* » dès lors qu'une prestation ne peut pas être comptée à double titre (cf. chiffre 3008 CSI ; cf. Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Commentaire, Zurich 2018, n. 26 ad 42 LAI). Cette prise de position peut elle aussi être confirmée.

**b)** A cette appréciation, la recourante n'oppose aucun avis médical contraire dans lequel un médecin soutiendrait qu'elle ne serait pas autonome pour l'un ou l'autre des actes élémentaires de la vie quotidienne.

L'OAI a bien interpellé les médecins traitants, en particulier les spécialistes du CHUV, et a réuni tous les éléments médicaux de nature à lui permettre de statuer sur la demande de prestations de la recourante. Il n'est en outre pas contesté que la recourante n'a plus de capacité de travail, et que ses limitations fonctionnelles consistent en un trouble mnésique sévère avec impossibilité de retenir des nouvelles informations (cf. compte rendu du 1<sup>er</sup> octobre 2024 du SMR, intégralement repris dans le cadre du rapport d'enquête sur l'impotence du 28 avril 2025). Au stade du recours,

c'est à la recourante qu'il incombait de requérir les pièces médicales dont elle entendait se prévaloir en mains de ses médecins traitants. Or, malgré une prolongation du délai pour présenter des objections complémentaires, elle n'a produit aucun élément médical dans le cadre de la procédure administrative ni en recours de nature à remettre en doute les conclusions du rapport d'évaluation de l'impotence.

**12.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une nouvelle enquête relative à l'allocation pour impotent. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**13. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée.

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

**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 29 septembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- M. B.X. \_\_\_\_\_ (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :