

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juillet 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Rachid Hussein, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; 42 LAI ; 37 et 38 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissante de la République Démocratique du Congo, L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère (trois enfants nés en [...], [...] et [...]), est arrivée en Suisse en [...] ; elle bénéficie d'un permis de séjour C en Suisse. Sans formation professionnelle (annonçant la profession de vendeuse exercée dans son pays natal), elle a travaillé quelques années durant entre des périodes chômées (extrait du compte individuel [CI] AVS du 12 décembre 2016). Le 10 février 2016, elle a subi une extraction dentaire à la Policlinique médicale universitaire (PMU) du CHUV, avec anesthésie mandibulaire droite (injection locale d'Articaïne®) ; cette intervention lui a occasionné un trouble sévère de l'élocution dans un contexte de diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur.

A la suite d'un séjour de l'assurée dans le Service de neurologie du CHUV du 16 au 26 février 2016, les médecins spécialistes ont diagnostiqué un trouble fonctionnel avec ralentissement psychomoteur, une dysarthrie et un trouble de la marche. Dans la discussion du cas, ils ont constaté que l'intéressée présentait des troubles du langage et de la marche d'origine fonctionnelle ; ils ont observé une clinique « non anatomique » (langage exagéré), fluctuante et distractible. Le bilan biologique et l'imagerie cérébrale par IRM (imagerie par résonance magnétique) se révélaient dans la norme. L'assurée bénéficiait d'un entretien avec les médecins psychiatres du CHUV qui ne retrouvaient pas de syndrome dépressif associé et concluaient à un trouble de conversion. Finalement, l'examen neuropsychologique montrait également des arguments en faveur de cette étiologie. Selon les neurologues, en raison d'une amélioration due à la physiothérapie, l'intéressée avait pu rentrer à domicile le 26 février 2016, en compagnie de son mari. Un suivi physiothérapeutique et psychiatrique en ambulatoire était organisé (rapport du 2 mars 2016 des Drs X._____, médecin associé, Q._____, chef de clinique adjoint, et V._____, médecin assistant, du Service de neurologie du CHUV).

Dans un rapport du 16 août 2016, la Dre A._____, du Service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a diagnostiqué un trouble neurologique fonctionnel moteur (trouble de l'élocution). Ce rapport se termine comme suit :

“SYNTHESE & CONCLUSION

Nous avons pu convenir avec la patiente et son mari que les troubles ont été déclenchés par l'injection au niveau local lors de l'intervention dentaire d'Articaïne mais que le diagnostic actuel est un trouble neurologique fonctionnel qui n'est pas une séquelle habituelle de ce type d'injection. J'ai donc pu expliquer qu'il est fréquent de retrouver un facteur déclenchant d'ordre physique dans le trouble neurologique fonctionnel mais qu'un lien de cause à effet n'est pas établi clairement, en particulier avec l'Articaïne dans la littérature médicale.

J'ai donc encouragé la patiente et son mari à plutôt se concentrer maintenant sur le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel et son traitement qui consiste en une prise en charge multidisciplinaire en se focalisant sur une réadaptation du langage et la patiente reprendra contact avec sa logopédiste avec laquelle je suis en contact par email.

J'ai également proposé à Mme L._____ un soutien psychologique puisque souvent les troubles neurologiques fonctionnels bénéficient d'une telle prise en charge, même si les 1^{ers} contacts avec la psychiatrie qu'a eus Mme L._____ ne lui semblaient pas utiles. Elle n'est pas favorable à une telle prise en charge pour l'instant mais y réfléchira et je reste alors à disposition pour organiser un tel suivi si la patiente l'accepte.

Je lui ai signifié que puisqu'elle arrive par moment, lors des séries automatiques à prononcer correctement certaines syllabes et que les mouvements de la langue peuvent être normalisés devant le miroir, une amélioration peut être envisagée même s'il faudra compter sur de longs mois de réadaptation.

Nous avons d'ores et déjà prévu un contrôle clinique le 03.10.16.”

Selon la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 27 octobre 2016, l'assurée souffre d'un « ralentissement psychomoteur important » depuis le 10 février 2016.

Selon le formulaire 531bis complété le 15 décembre 2016, en bonne santé, l'assurée travaillerait à 100 % comme maman de jour par nécessité financière. Il ressort de l'anamnèse du Dr E._____, psychiatre traitant, du 8 novembre 2017 que l'assurée a travaillé comme femme de chambre dans des hôtels de la région [...], puis comme aide-

soignante à la J._____ et qu'elle avait le projet de faire une formation pour devenir maman de jour. Il ressort d'un extrait du 12 décembre 2016 du compte individuel (CI) AVS de l'assurée que celle-ci a travaillé comme femme de ménage dans un hôtel à [...] de 2010 à 2013. Elle a ensuite perçu des indemnités de chômage et effectué quelques activités pour une agence de placement.

Il ressort d'un entretien par téléphone du 15 décembre 2016 entre une collaboratrice à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) et l'assurée, que cette dernière s'est exprimée correctement, puis a commencé à bégayer fortement et à inverser les mots.

Le 16 décembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, et de l'examen en cours de son droit à d'éventuelles autres prestations.

Par demande du 31 janvier 2017, l'assurée a sollicité une allocation pour impotent. Elle précisait souffrir d'un ralentissement psychomoteur, d'une dysarthrie, de paroles saccadées, de troubles de la marche et de troubles de l'élocution. Elle invoquait, depuis février 2016, un besoin d'aide pour se vêtir/se dévêtir (besoin d'aide pour s'habiller/se déshabiller, enfiler les pantalons, fermer les boutons, enfiler les chaussures, etc.), se lever/s'asseoir (besoin d'aide pour effectuer les changements de posture, pour s'installer et se lever du lit), manger (besoin d'aide pour couper les aliments, grande fatigabilité et importantes douleurs aux membres qui ne lui permettent pas d'accomplir cet acte), soins du corps (besoin d'aide pour entrer dans la baignoire, se laver, se rincer, se sécher, etc. n'arrive pas à atteindre toutes les parties du corps. Besoin d'aide pour se coiffer), aller aux toilettes (besoin d'être accompagnée aux WC. Aide pour se déshabiller, puis se rhabiller), se déplacer/entretenir des contacts sociaux (déplacement difficile dans le logement, s'appuie aux murs, aux meubles. Pour les déplacements extérieurs, doit être systématiquement accompagnée, risque de chute.

Besoin d'aide pour entretenir des contacts d'un intermédiaire pour se faire comprendre [trouble du langage]). L'assurée avait également besoin d'aide pour la prise de médicaments ainsi qu'une surveillance personnelle en raison du risque de chute (perte d'équilibre). Elle avait également besoin d'un accompagnement pour établir des contacts sociaux hors de son lieu de vie puisqu'elle avait besoin d'un intermédiaire pour se faire comprendre et se rendre à ses rendez-vous.

Dans différents rapports de l'été 2016, la Dre A. _____ a posé le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur (trouble de l'élocution) (F44.4).

Dans un rapport du 27 mars 2017 en lien avec l'évolution de l'assurée un an après le début de ses troubles, les intervenantes de l'Unité de phoniatry et logopédie du CHUV ont noté en particulier que, concernant la parole, dans la lettre de sortie du Service de neurologie du 26 février 2016 était évoqué une normalisation de la parole, alors que l'examen de la parole effectué le 25 juin 2016 par P. _____, logopédiste au CHUV, concluait à une sévère atteinte de la parole, sous forme d'un bégaiement. L'assurée avait été adressée par cette logopédiste pour suite de prise en charge. On extrait le passage suivant de ce rapport médical :

“L'évolution est la suivante :

De manière générale, la patiente va mieux sur le plan de la mobilité, même si la marche ne s'est pas normalisée. Elle a retrouvé davantage d'autonomie, mais la fatigue est encore importante, et très variable d'un jour à l'autre. Une physiothérapie est en cours. Le mari dit que la famille s'est en quelque sorte habituée à la situation, et gère au mieux, avec l'aide de chacun.

Sur le plan de la communication : la parole a fluctué durant ces dix mois, passant d'une incapacité à s'exprimer (juin 2016) à une parole plus fluide (octobre 2016) avec une nette diminution des répétitions, mais une persistance de la dysarthrie (altération de la précision des phénomènes en raison des mouvements anormaux s'ajoutant aux mouvements de la parole). A ce moment-là, les capacités de communication étaient suffisantes pour avoir un réel échange avec la patiente durant les 45 minutes des séances. Lors du bilan intermédiaire de mars 2017, en présence de son mari, la parole est légèrement moins bonne, avec

- Une voix et une parole normales dans le chant, excepté une difficulté de démarrage (hésitations, mouvements buccaux parasites à l'amorce du premier son).
- En conversation spontanée, parole le plus souvent intelligible, mais ralentie, saccadée, avec répétitions de phénomènes initiaux, de mots, augmentation de la tension au niveau des organes de la phonation durant ces répétitions, dysarthrie en lien avec des mouvements buccaux anormaux qui parasitent les mouvements articulatoires, et une diminution de la précision des points articulatoires.
- En lecture à voix haute, et en répétition, importante péjoration avec parole inintelligible.
- A l'examen des praxies bucco-linguo-faciales (Batterie BECD), la mobilité de la langue, des lèvres et des joues est améliorée, avec des mouvements précis, symétriques, sans atteinte motrice, mais ralentis, avec des mouvements anormaux qui apparaissent à l'amorce du mouvement demandé, et disparaissent une fois l'initiation passée ; sensibilité tactile diminuée sur l'hémiface droite.
- Ressenti de la patiente : elle déplore le fait de ne jamais avoir retrouvé une parole normalisée ; elle reste également très gênée par son trouble de la marche, ses douleurs corporelles récurrentes et sa fatigue. Sa qualité de vie s'en trouve très altérée.
Elle trouve néanmoins que le traitement logopédique l'a aidée, car il lui a fourni un soutien, un lieu d'expression et une reconnaissance de son trouble."

En conclusion, ces intervenantes ont écrit qu'à un an de l'apparition des troubles, elles se retrouvaient face à une personne qui n'avait pas retrouvé la parole. La fluence était variable, globalement meilleure, les praxies bucco-linguo-faciales étaient également mieux réalisées mais toujours entravées par des mouvements anormaux. L'assurée se trouvait en cours d'investigations à la Clinique de [...]. Un traitement d'hypnose médicale lui avait été conseillé avec un premier rendez-vous fixé le 18 avril 2017. Son traitement logopédique était suspendu pour l'instant (rapport du 27 mars 2017 de Z._____, logopédiste-chef, et H._____, logopédiste de l'Unité de phoniatry et logopédie du CHUV).

Dans un rapport du 30 avril 2017, le Dr C._____, généraliste, a certifié que le besoin d'aide décrit dans la demande d'allocation pour impotent n'était ni sous-évalué ni surévalué. Le Dr C._____ joignait un rapport du 23 février 2017 du Prof. R._____, spécialiste en neurologie,

selon lequel le status neurologique restait sans particularité, avec des éléments fonctionnels, parfois démonstratifs sur le plan moteur (crispations, respiration accélérée, blocage lors de mouvements par exemple lors de l'épreuve talons-genoux). Il suggérait un traitement d'hypnose. Il relevait également que la patiente avait été capable de tenir son ménage et de s'occuper de ses trois enfants à domicile.

Dans un rapport du 16 mai 2017, la Dre G._____, interniste FMH, consultée depuis le 16 janvier 2016, a écrit que l'assurée n'avait jamais accepté une prise en charge psychologique. Elle a posé le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur (F44.4).

Dans un rapport du 8 novembre 2017, le Dr E._____ a posé le diagnostic de trouble dissociatif mixte (F44.7). Il explique avoir vu l'assurée à cinq reprises et que celle-ci présente un ralentissement psychomoteur important. Selon lui, la capacité de travail est nulle dans toute activité, soit également dans ses activités habituelles de femme de ménage et d'aide-soignante. Sous la rubrique intitulée « 1.5 Nature et importance du traitement actuel » de son rapport, ce psychiatre a notamment écrit ceci :

“Nous avons rencontré Mme L._____ à la recommandation du neurologue qui, constatant la gravité de son tableau clinique ainsi que l'inefficacité de toutes les méthodes thérapeutiques utilisées, il aurait vu une opportunité pour des éventuelles séances d'hypnothérapie. Malheureusement, durant nos entretiens et malgré nos explications, Mme L._____ a exprimé sa peur de faire des séances d'hypnose, craignant qu'elle soit « envahie par des esprits » si elle accepte l'hypnothérapie. Dans ce contexte, vu qu'elle n'a pas accès à une psychothérapie, vu qu'elle ne peut pas s'exprimer verbalement, qu'elle ne bénéficie pas de traitement médicamenteux et qu'elle refuse les séances d'hypnothérapie, nous avons décidé d'un commun accord avec la patiente et son mari d'arrêter le suivi psychiatrique dans mon cabinet.”

L'enquête pour impotence a eu lieu le 7 décembre 2017. S'agissant de l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'assurée a indiqué être aidée parfois pour se vêtir lorsqu'elle est trop fatiguée ou trop douloureuse sans que cela ne soit quotidien. Elle dit avoir besoin chaque soir de l'aide de son mari pour se dévêtir du fait des douleurs et de la fatigue plus marquée

en fin de journée, l'enquêtrice relevant que les limitations fonctionnelles figurant dans les rapports médicaux n'expliquent pas ce besoin d'aide. S'agissant de l'acte « se lever », l'assurée a indiqué pouvoir se lever seule si quelqu'un reste à ses côtés du fait des douleurs et de la fatigue. Elle n'avait pas besoin d'aide pour se coucher ni pour l'acte « manger ». S'agissant de l'acte « faire sa toilette », l'enquêtrice a indiqué que les limitations fonctionnelles décrites dans les rapports médicaux ne justifiaient pas l'aide rapportée par l'assurée. Concernant l'acte « aller aux toilettes », l'enquêtrice n'a pas retenu d'aide estimant que le dommage pouvait être réduit par l'usage d'un réhausseur de WC. En ce qui concerne l'acte « se déplacer », l'enquêtrice a relevé que l'assurée est accompagnée dans tous ses déplacements du fait de la fatigue et des douleurs qui provoquaient des troubles de l'équilibre et des risques de chute. Le fait d'être dehors lui demande beaucoup de concentration. L'enquêtrice a également relevé que l'assurée présentait des troubles d'élocution importants la rendant peu compréhensible (elle pouvait exprimer certaines choses puis ne plus y parvenir dans les minutes qui suivaient). S'agissant du besoin d'accompagnement, l'enquêtrice indiquait qu'elle ne pouvait se prononcer sans une évaluation du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité). L'enquêtrice décrit également des prestations d'aide permettant à l'assurée de vivre de manière indépendante et l'accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile. L'enquêtrice a conclu qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur le droit à l'allocation pour impotent sans un avis du SMR stipulant les limitations fonctionnelles, d'ordre physique et psychiatrique ainsi que les atteintes invalidantes.

Dans un rapport du 16 janvier 2018, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de trouble dissociatif mixte.

Une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) a été réalisée les 30 et 31 août ainsi que 8 novembre 2018 au S._____
(S._____) de [...] par les Drs Y._____, spécialiste en neurologie, et I._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Les experts

ont posé les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), de trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et de bégaiement fonctionnel. Les experts ont conclu à une capacité de travail totale dans leur rapport du 23 janvier 2019 et se sont livrés aux considérations suivantes :

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

L'expertisée présente un bégaiement fonctionnel, auquel s'ajoutent des éléments de démonstrativité et majoration avec une déformation volontaire de l'articulation, un ralentissement volontaire de la marche, et une collaboration limitée dans l'examen neurologique.

L'expertisée témoigne de capacités de compréhension orale et écrite parfaitement conservées, d'une expression écrite également conservée, et son expression orale varie selon le contexte, sans influence émotionnelle, évoluant depuis mutisme avec expression par gestes jusqu'à une intelligibilité orale.

Aucune limitation fonctionnelle ne peut être déterminée.

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

L'anamnèse retient que l'expertisée mentionne que « l'incident médical du 10.02.2016 a détruit ma vie ». Avant, l'expertisée se décrit comme attentive aux autres, généreuse, surtout avec ses enfants et travailleuse. Il n'y a pas de notion de comportements auto ou hétéro dommageables. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. L'expertisé[e] a une bonne conscience de soi et des autres. La recherche de traits de personnalité systématisés est négative. L'examen clinique objective quelques comportements démonstratifs et de majorations isolés. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'importance des difficultés mentionnées n'est pas explicable par la présence d'une affection psychiatrique.

L'expertisée a des difficultés à se faire comprendre dans l'expression orale, elle est capable de communiquer (communication gestuelles, écrite). Elle est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, elle est rationnelle. Elle est autonome. Elle n'est pas endurente elle a cependant des capacités relationnelles et de communication. Elle dispose de ressources familiales adéquates.

4.6 Contrôle de cohérence

Il existe des incohérences cliniques neurologiques ne laissant aucun doute sur l'aspect fonctionnel du bégaiement, et également des incohérences cliniques neurologiques compatibles avec une majoration. Il y a aussi de nombreuses divergences entre les symptômes décrits et les constatations de l'examen psychiatrique pratiqué dans le cadre de cette expertise. Par exemple, l'expertisée mentionne être beaucoup dépressive, alors qu'au status la thymie est dans la norme, elle se déplace avec semble-t-il beaucoup de difficultés alors que lorsque l'expert lui demande de se lever pour se peser, la marche est libre, elle ne prend pas sa canne (4 m aller/retour). Il y a des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Au terme de notre investigation, au vu de l'anamnèse et des constatations cliniques de la présente expertise nous retenons partiellement le même diagnostic de l'ancien psychiatre traitant le Dr E. _____ qui n'avai[t] pas pris en compte les éléments de majoration il n'est pas possible de valider son appréciation de l'incapacité de travail (*Rapport du 08.11.2017*).

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est conservée, à 100%, à condition d'une poursuite de la logopédie pour maintenir la CT [capacité de travail] et aider à la valorisation des compétences.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Sans objet, il n'y a pas de limitation fonctionnelle, il n'y a pas de diminution de rendement.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout

Cette question tombe.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

La reprise d'un traitement logopédique permet de maintenir la CT [capacité de travail], d'aider à la valorisation des compétences et d'espérer une évolution parfaitement favorable."

On extrait les passages suivants du rapport de l'expert psychiatre I. _____ (expertise, volet psychiatrique, pp. 12 et 13) :

"Événements particuliers à la naissance, développement dans la petite enfance, relations au sein de la famille, comportements particuliers à l'âge préscolaire et scolaire
Données recueillies avec l'expertisée seule.

Il n'y aurait eu aucun événement significatif sur le plan médical lors de l'accouchement. Le développement de l'expertisée durant la petite enfance aurait été sans particularité. Scolarité sans difficulté. Suite aux événements de 2005 en RDC [République démocratique du Congo], l'expertisée n'a pas craint pour sa vie, elle mentionne avoir quitté son pays d'origine dans de relativement bonnes conditions par un vol régulier à destination de la Suisse.

[...]

Activités professionnelles et positions occupées, date et contexte de la cessation de l'activité, expérience de mesures de réadaptation ou de placement à l'essai

Données recueillies en présence du mari.

27-31 ans (2006) : responsable d'un secteur de vente d'habits (2 collaborateurs lui répondent) dans un magasin de vente en gros.

2006-2008 : prise en charge par l'EVAM [Etablissement Vaudois d'accueil des migrants]

2010-2015 (licenciement) : travaille à 100% comme femme de chambre dans un hôtel de [...]

2015-2017 : chômage

Depuis 2017, l'expertisée est au bénéfice de prestations complémentaires famille.

[...]

Événements marquants

Données recueillies avec l'expertisée seule.

La mort de 4 membres de sa famille en RDC en 2005.

Les suites de l'extraction dentaire du 10.02.2016. [...]"

De son côté, le rapport de l'experte neurologue Y. _____ comporte en particulier les extraits qui suivent (expertise, volet neurologique, pp. 12 - 14) :

"4. CONSTATATIONS

Fonctions supérieures

Madame L. _____ est orientée, comprend parfaitement l'interlocuteur et les consignes simples et complexes.

Elle s'exprime aisément par écrit, avec une écriture au graphisme fluide, quelques erreurs d'orthographe plausibles et une syntaxe conservée.

Le discours oral, spontané ou en réponse aux questions, est marqué par un bégaiement, avec une répétition parfois très abondante de la première syllabe.

Il existe également une déformation volontaire des mots, avec une langue maintenue le plus souvent de façon active en légère protrusion à la lisière des incisives.

Ceci rend le discours difficilement intelligible, mais ne correspond pas à des paraphasies phonémiques au sens neurologique du terme, ni à aucun type de dysarthrie (extrapyramidale, pyramidale, cérébelleuse).

La présentation même du bégaiement est également fonctionnelle :

L'examen de la dénomination sur 10 images confirme l'aspect de déformation forcée de mots même unisyllabiques (*chat qui devient ha*), la répétition de mots simples complexes et phrases de non-mots est identique.

L'élaboration des séries automatiques (jours de la semaine) est marquée par la déformation volontaire susmentionnée, avec une nette diminution du bégaiement. L'assurée peut produire une mélodie (« frère jacques »), et à nouveau la répétition de la première syllabe tend à nettement diminuer, mais avec persistance d'une déformation sévère de tous les mots.

[...]

4.1 Observations relatives au comportement et à la présentation

Impression générale

L'assurée témoigne d'une importante démonstrativité, s'affalant par moments sur le bureau ou se renversant vers l'arrière sur sa chaise, la tête penchée en arrière.

4.2 Compréhension linguistique

L'assurée comprend parfaitement l'examineur et peut se faire comprendre par écrit au besoin.[...]"

Par communication du 20 février 2019, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'une planche de bain, remise sous forme de prêt, au titre de moyen auxiliaire.

Dans un avis du 28 mars 2019, le Dr M._____, du SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire du S._____.

Par projet du 2 avril 2019, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de rejeter la demande de prestations déposée le 27 octobre 2016. Cette dernière, par son conseil en la personne de Me Rachid Hussein, a fait part les 9 avril, 23 mai, 24 juin, et 2 septembre 2019 de ses objections sur ce préavis et a remis les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 22 juillet 2019 du Dr T._____ qui a écrit ceci à l'avocat (*sic*) :

“Suite à votre demande, je peux répondre comme suit :

Les diagnostics actuels sont :

Troubles dissociatifs mixtes.

Dysphasie motrice.

Obésité stade 1.

Dyslipidémie.

Fatigue importante, somnolence diurne.

Difficultés à la marche d'origine plurifactorielle (lombalgie, pathologie des hanches en cours d'investigation, influence du trouble dissociatif).

Lombalgies sur troubles statiques (augmentation de la lordose).

Sous réserves d'examens complémentaires au niveau de ses hanches et de son dos (radiographies, + IRM si nécessaire) et d'un éventuel examen ORL pour ses vertiges.

J'ai de la peine à comprendre que l'on ne reconnaisse pas les répercussions fonctionnelles de son trouble dissociatif sur sa capacité de travail.

Je ne vois pas comment la patiente pourrait travailler dans la mesure où elle est incapable de communiquer verbalement.

Par ailleurs, elle est incapable d'assumer aucune tâche ménagère, elle a besoin d'aide entre autre pour sa toilette, ses déplacements. Dans ce contexte, tout type de travail me semble impossible.

La patiente souffre aussi de manière importante psychologiquement de sa situation, de se sentir inutile, et a verbalisé à plusieurs reprises des idées suicidaires.

On se retrouve dans une situation où même les enfants et son mari ont peur de la laisser seule à la maison.

Dans ce contexte, à mon avis, tout refus de l'AI d'entrer en matière ne va que péjorer les symptômes de ma patiente." ;

- un rapport du 25 juin 2019 rédigé à l'intention de Me Hussein par la Dre K._____ et la psychologue D._____, du Centre de psychiatrie et psychothérapie B._____ à [...], libellé comme suit :

"La patiente est suivie depuis novembre 2018 et bénéficie d'un traitement psychothérapeutique auprès de Mme D._____, psychologue, et d'un traitement psychiatrique auprès du Dr K._____, médecin psychiatre. Un traitement par Quetiapine 25 mg a été introduit en mars 2019.

Sur le plan clinique, nous observons une symptomatologie anxio-dépressive avec humeur déprimée, tristesse, clinophilie, aboulie, anhédonie, perte d'élan vital, fatigabilité très importante et irritabilité, ralentissement psychomoteur majeur, troubles du sommeil et de l'appétit. Nous relevons par ailleurs la présence d'idées suicidaires fluctuantes scénarisées par intoxication médicamenteuse. Parallèlement à ces symptômes, nous relevons également des troubles cognitifs, notamment des troubles de la vigilance, de la concentration et de la mémoire ainsi qu'une désorientation tant dans le temps que dans l'espace.

Il est à noter que la prise en charge a été marquée par de nombreux rendez-vous manqués en raison de l'état de santé de la patiente ainsi que de l'importante perte d'autonomie rendant nécessaire un accompagnement pour ses déplacements.

De ce fait, ainsi qu'en raison des sévères atteintes à la parole dont souffre la patiente, les investigations et évaluations cliniques n'ont pu être réalisées que partiellement et difficilement et le travail psychothérapeutique s'avère laborieux.

Ainsi, au vu des éléments à notre disposition, nous ne pouvons pas nous prononcer quant au diagnostic. Néanmoins, au vu de l'altération globale du fonctionnement de la patiente dont l'étiologie demeure incertaine, nous estimons que Mme L._____ présente actuellement une incapacité de travail totale pour toute activité professionnelle."

Le Dr T._____ a rédigé un rapport sur l'impotence le 9 septembre 2019. Selon le médecin, une aide régulière et importante d'un tiers était nécessaire pour « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette », « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». En outre une surveillance personnelle permanente était nécessaire comme un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans un avis du 3 octobre 2019, le Dr M._____ a noté que le status neurologique complet ne relevait pas de limitations fonctionnelles au niveau de l'appareil locomoteur ni au niveau de l'équilibre (cf. rapport du 23 février 2017 du Prof. R._____). Il n'y avait donc pas de substrat médical justifiant des limitations régulières et importantes dans l'accomplissement des actes « se vêtir », « se déplacer », « faire sa toilette » ni « aller aux toilettes ». Ce médecin relève aussi que l'expertise a démontré que les troubles du langage étaient fluctuants et n'empêchaient pas l'assurée de se faire comprendre de ses interlocuteurs. En outre, il n'y avait aucune altération de la compréhension de l'assurée. Enfin, le Dr M._____ souligne que selon l'expertise, l'assurée est orientée dans le temps et dans l'espace, capable de respecter un cadre, de s'organiser et que sa perception de l'environnement était préservée. Le Dr M._____ conclut que les éléments objectifs au dossier ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles durables.

Dans un projet du 21 octobre 2019, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de rejeter la requête d'allocation pour impotent.

L'assurée a présenté ses objections par courrier du 25 novembre 2019, demandant la reprise de l'instruction de son droit à une allocation pour impotent, avec notamment une nouvelle visite à domicile dès lors que le rapport de visite de décembre 2017 n'était pas probant. Elle se référait pour le surplus à ses critiques formulées sur le projet du 2 avril 2019 rejetant sa demande de prestations du 27 octobre 2016.

Par décision du 17 décembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il en a fait de même s'agissant de l'allocation pour impotent par décision du 20 janvier 2020. Sur la base notamment de l'expertise médicale du 23 janvier 2019 ainsi que de l'avis SMR du 3 octobre 2019, il a maintenu que l'assurée n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et que le besoin d'un accompagnement de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas établi.

B. Par acte du 24 février 2020, L._____, représentée par Me Rachid Hussein, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 20 janvier 2020 en concluant, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur le recours formé le 3 février 2020 devant la Cour de céans à l'encontre de la décision rendue le 17 décembre 2019 par l'OAI, enregistré sous le n° de cause AI 37/20, et dont elle a produit une copie sous le bordereau de pièces en annexe à son acte. Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Outre l'annonce de la production de rapports médicaux complémentaires, elle a offert divers moyens de preuve dont en particulier son audition ainsi que subsidiairement, une expertise médicale.

Par réponse du 25 mars 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant de la requête de suspension de la procédure jusqu'à

droit connu sur l'issue de la cause AI 37/20, il était d'avis que le traitement en parallèle des deux recours était la solution à privilégier.

Le 8 avril 2020, la juge en charge de l'instruction a informé les parties qu'il n'y avait aucune raison de suspendre la procédure, l'instruction des deux recours pouvant se faire simultanément.

Avec sa réplique du 7 décembre 2020, persistant dans ses précédentes conclusions, la recourante a produit un rapport logopédique du 16 novembre 2020, faisant suite à un bilan logopédique effectué les 10 février et 20 octobre 2020 par W._____, logopédiste. Selon ce bilan, la recourante présentait un trouble de l'élocution sévère et persistant avec :

- Dysarthrie en lien avec des mouvements anormaux qui parasitent les mouvements articulaires ;
- Diminution de la précision des points articulaires ;
- Blocages laryngés, pré-phonatoires ;
- Tension importante de toute la musculature articulaire et phonatoire quand elle parle.

Ce rapport se termine ainsi (*sic*) :

“Actuellement, la patiente présente un trouble sévère de l'élocution avec des paroles saccadées, des répétitions et des prolongations (voyelles et syllabes), une diminution importante de la précision des points articulaires et des mouvements anormaux qui parasitent les mouvements articulaires. De plus, je retrouve les mêmes blocages laryngés pré-phonatoires, des crispations à l'effort, et une tension importante de toute la musculature articulaire et phonatoire. Son discours reste complètement inintelligible et les capacités de communication nécessaires pour le quotidien sont actuellement impossibles pour Mme L._____. Le pronostic de récupération est très réservé en vue de la sévérité de la dysarthrie qui persiste à ce jour et de la non amélioration suite à un suivi logopédique effectué au CHUV. De plus, le ralentissement moteur important persistant et le trouble cognitif relevé en neuropsychologie sont des facteurs néfastes à une récupération de la parole pour gérer le quotidien. Une prise en charge logopédique visant une rééducation à la parole n'est donc pas indiquée.

L'objectif d'une prise en charge serait plutôt de mettre en place un système de communication alternatif et augmentatif à la parole. J'ai d'ailleurs abordé le sujet avec Mme L._____ et son mari pour mettre en place un système de communication alternatif, tel qu'un logiciel sur tablette pour faciliter la communication (« Donner la

parole »). L'objectif de ce système de communication a pour but d'améliorer la communication avec les proches et la famille et lui permettre d'être plus active dans les conversations et non isolée de ses proches. Ce système n'est pas envisageable pour répondre aux demandes d'une activité professionnelle car Mme L._____ est aussi limitée par le ralentissement moteur important et des difficultés cognitives.

En vue des difficultés persistantes et sévères de la parole couplées au ralentissement moteur et des difficultés cognitives, j'imagine très difficilement comment la patiente pourrait avoir une activité professionnelle, même à temps partiel."

Dans sa duplique du 11 janvier 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée.

C. Par décision du 28 février 2020, L._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 février précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Rachid Hussein lui a été désigné.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 20 janvier 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. 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 (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) 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 une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé .

c) L'art. 42 al. 4, *in fine*, LAI prévoit que la naissance du droit à une allocation pour impotent est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI.

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que contrairement au renvoi de l'art. 42 al. 4, *in fine*, LAI, le début du droit à l'allocation pour impotent ne se détermine pas en fonction de l'art. 29 al. 1 LAI, mais de l'art. 28 al. 1 LAI (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5). Dès lors que les conditions posées par cette dernière disposition, s'agissant du droit à la rente d'invalidité, sont applicables par analogie au domaine des allocations pour impotent, il en résulte qu'un droit à une telle prestation ne peut pas naître avant l'échéance d'un délai de carence d'une année à compter de la survenance de l'impotence (TF 9C_326/2017 du 18 septembre 2017 consid. 3.1).

4. **a)** 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.

b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

5. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références).

b) De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'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 ; 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

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. 8011 CIIAI).

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. 8025 CIIAI). 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. 8026 CIIAI).

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. 8029 et 8030 CIIAI).

6. La notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI 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 assistance spécialement 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, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon probable soit lui-même soit des tiers (ATF 107 V 136 consid. 1b ; 106 V 153 consid. 2a ; TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

7. a) L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie 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 ; 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et références citées).

aa) Dans la première éventualité (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 ; ATF 133 V 450 consid. 10 ; TF 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). 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_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4).

bb) Dans la deuxième éventualité (art. 38 al. 1, let. b, RAI ; 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_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3).

cc) Dans la troisième éventualité (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_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2). Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des rencontres (ch. 8052 CIIAI).

b) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie 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 (ch. 8040 CIIAI).

c) Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie, la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la

fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_691/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.2).

d) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). 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) Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

9. a) Dans le contexte de l'évaluation de l'impotence, la visite réalisée en décembre 2017 ne constituant pas un document exhaustif afin d'examiner les difficultés rencontrées par la recourante dans ses activités quotidiennes, l'autorité intimée se rallie aux conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 janvier 2019 du S._____, confortées par l'avis SMR du 3 octobre 2019. L'OAI retient qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'est pas nécessaire et que le besoin d'un accompagnement de deux

heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois pour faire face aux nécessités de la vie n'est pas établi. Cela conduit au rejet de la demande d'allocation pour impotent du 31 janvier 2017 dès lors que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible ne sont pas remplies.

De son côté, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise du S._____, faisant intégralement référence aux moyens développés dans son recours du 3 février 2020 à l'encontre de la décision rendue le 17 décembre 2019 par l'OAI.

b) Par arrêt de ce jour (CASSO AI 37/20 - 209/2022), la Cour de céans considère que les moyens soulevés par la recourante à l'appui de sa cause sont infondés de sorte qu'ils ne sont pas susceptibles de mettre en cause le bien-fondé des constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 janvier 2019. On extrait le passage suivant de cet arrêt (CASSO AI 37/20 - 209/2022 du 1^{er} juillet 2022, consid. 4b-d) :

“b) La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise de janvier 2019 en lui opposant les avis divergents de ses médecins.

aa) Dans son mémoire de recours du 3 février 2020, c'est tout d'abord en vain que la recourante tente de remettre en cause la qualité du travail des experts en soutenant que l'examen neurologique a duré une heure et vingt minutes et l'examen psychiatrique une fois une heure et trente-cinq minutes et la seconde fois une heure et quarante minutes, étant d'avis que « la durée des investigations apparaît extrêmement brève au vu de la complexité de la situation ». Le rôle de l'expert consiste en effet à mettre ses compétences à la disposition de la justice et à se faire une idée sur l'état de santé du patient dans un délai relativement bref (TF 9C_352/2017 du 9 octobre 2017 consid. 5.1, 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1 et 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3.2; cf. aussi 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références). Les allégations de l'assurée sont encore infirmées par le fait que les conclusions des experts interviennent au terme d'examens complets du dossier et qu'elles reposent sur des constatations étayées et dûment motivées comme on le verra ci-après.

Quant au choix des examens à effectuer, dans un avis du 30 mai 2018 (pièce 54), le SMR concluait à la nécessité de procéder à une « expertise neurologique et psychiatrique (avec un bilan logopédique et neuropsychologique si besoin) ». Outre le fait qu'il n'y a aucune

obligation d'effectuer ces bilans, contrairement à ce que soutient la recourante, c'est le lieu de rappeler que l'expert dispose d'une grande liberté d'appréciation qui couvre aussi le choix des examens médicaux à entreprendre ; il apprécie également librement la question d'un recours ultérieur éventuel à d'autres experts (TF 8C_153/2021 du 10 août 2021 consid. 5.2 et les références). Du reste, le SMR s'est rallié aux conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 janvier 2019 du S._____, sans que de plus amples investigations ne s'avèrent nécessaires.

bb) Sur le plan somatique, la synthèse du dossier (dont en particulier un bilan paraclinique au CHUV avec scanner cérébral, une IRM cérébrale et un électro-encéphalogramme, tous trois dans la norme, ainsi qu'une IRM cérébrale du 17 avril 2018 sans pathologie objectivable susceptible d'expliquer la symptomatologie), l'anamnèse et l'examen clinique conduisent l'experte neurologue à constater l'existence d'un bégaiement et des troubles sensitifs de l'hémicorps gauche d'origine fonctionnelle. On extrait le passage suivant de l'expertise effectuée le 31 août 2018 (rapport d'expertise du 23 janvier 2019, p. 14 s.) :

"7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle

Spontanément l'expertisé[e] ne mentionne aucun symptôme psychiatrique.

L'anamnèse retient que dans les suites des événements du 10.02.2016, l'expertisée développe une symptomatologie anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité moyenne) purement réactionnelle.

Il n'y a pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché de poursuivre les activités professionnelles, sociales, familiales et ménagères. Il y a des incohérences dans les éléments recueillis sur l'activité quotidienne. Le mari de l'expertisée dit assumer l'entier des repas et des courses qui sont cependant effectués régulièrement avec l'expertisée qui détermine les achats à effectuer. Il devrait assister l'expertisée dans sa toilette en raison du risque de chute. « Je ne fais pas grand-chose, je reste beaucoup allongée sur le canapé, j'écoute toute la journée de la musique sur l'ordinateur ».

L'examen psychiatrique retient que l'expertisée se déplace lentement de la salle d'attente à la salle d'examen et avec difficultés. Elle s'appuie sur une canne portée à droite en déchargeant l'hémicorps gauche. Lorsque je lui demande de se lever pour se peser, la marche est libre, elle ne prend pas sa canne (4 m aller/retour). Elle semble confortable sur la chaise, elle se lève en grimaçant fortement, de sa chaise au terme de l'investigation. Il y a dans ce contexte des éléments de fluctuation qui sont du registre de la majoration. L'expertisée pleure un court moment lorsqu'elle évoque les événements de 2005 survenu en RDC [République démocratique du Congo], elle ne sourit pas, elle ne plaisante pas, elle ne fait pas de l'humour. Elle est relativement précise, elle est relativement collaborante. Elle n'est pas en retrait, elle n'est pas prostrée, il n'y a pas de

maniérisme, son visage est expressif. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Le français est bien compris, bien maîtrisé à l'écrit, l'expression orale est déficitaire. L'humeur est anxieuse (intensité faible) et dépressive (intensité faible). Il n'y a pas de trouble cognitif.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop long pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse, est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce genre de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

L'anamnèse, l'examen clinique et les consta[ta]tions de ma co-experte font retenir le diagnostic psychiatrique de trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7). L'expertisée se décrit triste et fatiguée, elle a des difficultés fluctuantes avec une certaine démonstrativ[ité] à se mobiliser et à s'exprimer. Il y a un sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres. Ma co-experte neurologue retient l'existence d'un bégaiement et troubles sensitifs de l'hémicorps gauche d'origine fonctionnelle. Les éléments de majoration sont suffisants pour retenir un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Compte tenu de ce qui précède le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu.

[...]

On retiendra que ce trouble n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisée n'a pas été victime de carences affectives, de maltraitance physique, psychique ou sexuelle. Suite à des troubles politiques avec conflit armé en 2005 en République Démocratique du Congo : RDC, le père de l'expertisée, deux de ses frères et une sœur ont été exécutés. L'expertisée n'a quant à elle, jamais craint pour sa vie. Elle mentionne avoir quitté son pays d'origine dans de relativement bonnes conditions par un vol régulier à destination de la Suisse. Il n'y a eu aucune symptomatologie psychiatrique objective avant l'extraction dentaire du 10.02.2016. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.

L'anamnèse retient encore que l'expertisée mentionne que « l'incident médical du 10.02.2016 a détruit ma vie ». Avant, l'expertisée se décrit comme attentive aux autres, généreuse, surtout avec ses enfants et travailleuse. Il n'y a pas de notion de comportements auto ou hétéro dommageables. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. L'expertisé[e] a une bonne conscience de soi et des autres. La recherche de traits de personnalité systématisés est négative. L'examen clinique objective quelques comportements démonstratifs et de

majorations isolés. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

Les diagnostics psychiatriques retenus n'ont jamais entraîné d'IT [incapacité de travail] durable, ils ne sont pas incapacitants, il n'y a pas de diminution de rendement.

7.2 Evaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., pronostic

Cette expertisée a donc développé de façon aiguë après une anesthésie locale en vue de soins dentaires, ressentie comme traumatisante, un trouble langagier et initialement un trouble de la marche, d'allure non neurologique. Des incohérences cliniques sont en effet décrites dès la consultation d'urgence et dans le rapport d'hospitalisation en neurologie au CHUV.

L'aspect fonctionnel du trouble langagier, qui s'apparente à un bégaiement, est sans équivoque.

Dès le début de la présentation, et de façon évidente ce jour, il s'ajoute à ce bégaiement une déformation volontaire de l'articulation, un ralentissement volontaire de la marche et des déplacements, et des éléments de démonstrativité ou de majoration, notamment à l'expression de la sensibilité lors de cette expertise, qui rendent l'appréciation globale délicate.

L'entretien ciblé recueilli auprès du mari à l'issue de l'examen va dans le sens de l'absence de fluctuation des troubles du langage, mais sans possibilité de vérification. Je relève une incohérence dans les propos du mari, qui affirme que lui-même et son épouse s'expriment entre eux en lingala, et qu'il arrive que les enfants les interpellent pour savoir ce qui s'est dit. Ceci contraste avec la sévérité du trouble langagier avancé par le couple et constaté lors de l'examen.

La présentation des difficultés d'expression a également varié entre le premier entretien psychiatrique (réponses oui/non), l'entretien neurologique en présence du mari (expression limitée à des gestes) et l'entretien seule avec moi-même.

Sur le plan du traitement, l'aspect fonctionnel du trouble a été d'emblée décrit à l'expertisée et à son époux par les différents intervenants, et une prise en charge logopédique et la proposition d'une prise en charge psychiatrique a été d'emblée avancée, ce qui est en adéquation avec la prise en charge multidisciplinaire habituellement proposée dans le cadre d'un trouble dissociatif moteur.

Le rapport de logopédie du 27.03.2017 atteste d'une amélioration progressive de la parole au fil des séances, ce qui n'est pas confirmé par l'expertisée.

Il ressort du dossier que la prise en charge psychiatrique a été difficile à mettre en œuvre. En particulier, la proposition du Pr R. _____ d'essayer l'hypnose était adéquate, mais n'a pas été mise en œuvre. Il ressort de l'entretien ciblé avec l'époux qu'une

prise en charge psychothérapeutique vient cependant d'être reprise à l'initiative du médecin traitant.

Sur le plan neurologique il s'agit donc d'un bégaiement d'origine fonctionnelle, qui pourrait bien répondre à une prise en charge multidisciplinaire de logopédie, et d'entretiens de valorisation des capacités résiduelles.

Sur ce tableau se greffent des éléments de majoration.

Aucune limitation fonctionnelle en rapport avec ce bégaiement ne peut dès lors être déterminée.

Traitement

Actuellement aucun.

Le pronostic reste bon avec entretiens de valorisation des compétences et poursuite de la logopédie.

Réadaptation

Il n'y a pas d'indication neurologique à des mesures de réadaptation.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il existe bien sûr de nombreuses incohérences cliniques menant au diagnostic de troubles fonctionnels. Il existe également des incohérences cliniques qui font suspecter des éléments de majoration ajoutés au bégaiement fonctionnel initial.

Certaines affirmations de l'expertisée ou de son époux sont impossibles à vérifier dans le contexte de l'expertise.

Cohérence

Cf. ci-dessus.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'assurée bénéficie de ressources familiales adéquates. L'époux de l'expertisée exprime d'ailleurs spontanément le fait que la famille s'est adaptée aux troubles, qui *grâce à Dieu devraient disparaître un jour*. L'assurée gagnerait à effectuer ses consultations médicales seule lorsque la présence du mari n'est pas indispensable aux yeux des intervenants.

Ressources

Cf. ci-dessus.

Ressources personnelles

Il faut souligner que malgré l'apparente sévérité du trouble du langage oral, l'expertisée comprend parfaitement son interlocuteur, peut parfaitement s'exprimer par écrit, et peut se montrer intelligible lorsque cela est essentiel.

Elle a pu supporter l'entièreté de l'examen neurologique seule.

Son autonomie dans ses différents rendez-vous médicaux mérite d'être valorisée.

Ressources externes

Cf. ci-dessus.”

Au vu de l'existence d'un bégaiement d'origine fonctionnelle, sans limitation fonctionnelle, l'experte neurologue estime la capacité de travail de l'assurée à 100 % (8h. par jour) dans toute activité, avec la précision que la reprise de la logopédie est souhaitable afin de maintenir la capacité de travail et aider à la valorisation des compétences. Hormis un bégaiement fonctionnel, seuls des diagnostics psychiatriques sont retenus de manière consensuelle par les co-experts du S._____.

De son côté, la recourante argue que l'experte neurologue n'indique pas pour quel motif elle s'écarte des diagnostics posés par les autres médecins. Ce faisant, elle perd de vue que l'experte neurologue a posé le diagnostic notamment de trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7), soit l'association de troubles précisés au ch. F44.0-F44.6 de la Classification internationale des maladies (CIM-10), dont les troubles moteurs dissociatifs (F44.4). Ce faisant, on ne voit pas en quoi l'experte neurologue s'est écartée des autres médecins qui ont tous retenu un trouble dissociatif. De même, l'experte, outre le développement d'un trouble langagier de façon aiguë après une anesthésie locale en vue de soins dentaires, n'a pas ignoré l'importante fatigue ni initialement un trouble de la marche, d'allure non neurologique. Elle a également tenu compte des différents indicateurs pour juger du caractère incapacitant des affections psychosomatiques ainsi que toutes les affections psychiques qui doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3b supra). S'en tenant à son rôle d'experte, elle a par ailleurs distingué les éléments subjectifs de ses propres observations pour évaluer la capacité de travail. Ainsi, elle a relevé de nombreuses incohérences cliniques menant au diagnostic de troubles fonctionnels qui font suspecter des éléments de majoration ajoutés au bégaiement fonctionnel initial ; dans son rapport du 23 février 2017, le Prof. R._____ a fait également part d'éléments démonstratifs. Cela étant, l'experte neurologue a dûment motivé ses conclusions, lesquelles sont cohérentes et en parfaite adéquation avec les éléments du dossier. Ne souffrant ni de contradictions ni de défauts manifestes, son expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

cc) Sur le plan psychiatrique, aux termes de ses examens des 30 août et 8 novembre 2018, l'expert retient les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), de trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7), ainsi que de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). On extrait le passage suivant de l'expertise effectuée les 30 août et 8 novembre 2018 (rapport d'expertise du 23 janvier 2019, p. 18 s.) :

“7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., pronostic

Il n'y a pas d'indication à un traitement psychiatrique psychothérapeutique. Il serait utile de valoriser les capacités adaptatives de l'expertisée, cela a probablement déjà été fait. Il serait utile de confronter l'expertisée au caractère subjectif de certains de ces troubles.

Traitement

Les évaluations psychiatriques ont été effectuées dans les règles de l'art. Comme ma co-experte je retiens qu'une prise en charge multidisciplinaire de logopédie, et d'entretien de valorisation des capacités résiduelles pourrait être utile.

Réadaptation

Il n'y a pas d'indication psychiatrique à des mesures de réadaptation.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il y a probablement des comportements d'autolimitations, particulièrement sur les tâches ménagères. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques qui les expliquent.

Cohérence

Il y a de nombreuses divergences entre les symptômes décrits et les constatations de l'examen clinique pratiqué dans le cadre de cette expertise. Par exemple, l'expertisé[e] mentionne être beaucoup dépressive, alors qu'au status la thymie est dans la norme (humeur dépressive intensité faible), elle se déplace avec semble-t-il beaucoup de difficultés alors que lorsque je lui demande de se lever pour se peser, la marche est libre, elle ne prend pas sa canne (4m aller/retour). Il y a des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Au terme de notre investigation, au vu de l'anamnèse et des constatations cliniques de la présente expertise, nous retenons partiellement le même diagnostic de l'ancien psychiatre traitant le Dr E. _____ qui n'avait pas pris en compte les éléments de majoration. Il n'est pas possible de valider son appréciation de l'incapacité de travail (*Rapport du 08.11.2017*).

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Elles ne sont pas limitées par une affection psychiatrique.

Ressources

L'expertisée est pourvu de ressources.

Ressources personnelles

L'importance des difficultés mentionnées n'est pas explicable par la présence d'une affection psychiatrique.

L'expertisée a des difficultés à se faire comprendre dans l'expression orale, elle est capable de communiquer (communication gestuelle, écrite). Elle est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, elle est rationnelle. Elle est autonome. Elle n'est pas endurente elle a cependant des capacités relationnelles et de communication.

Ressources externes

Elle dispose d'un réseau social personnel. Elle n'a plus de réseau professionnel."

L'expert psychiatre estime la capacité de travail de l'assurée à 100 % (8h. par jour) dans toute activité, précisant que les diagnostics psychiatriques retenus n'ont jamais entraîné d'incapacité de travail durable, qu'ils ne sont pas incapacitants, et qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle, ni de diminution de rendement. Au terme de son analyse, l'expert psychiatre est d'avis que le trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7) n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il constate l'absence d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisée n'a pas été victime de carences affectives, de maltraitance physique, psychique ou sexuelle. Elle a perdu des membres de sa famille suite à des troubles politiques avec conflit armé en 2005 en République Démocratique du Congo, mais n'a quant à elle jamais craint pour sa vie et mentionne avoir quitté son pays dans de relativement bonnes conditions par un vol régulier à destination de la Suisse. L'expert note l'absence de symptomatologie psychiatrique objective avant l'extraction dentaire du 10 février 2016, estimant que tous ces éléments vont dans le sens de la présence de ressources personnelles.

La recourante reproche à tort à l'expert psychiatre de ne pas avoir retenu de ralentissement psychomoteur puisque cet élément ressort de la rubrique « 4. Constatations » de son rapport d'expertise. Elle lui fait également grief de ne pas avoir lui-même constaté d'éléments de majoration en lien avec les troubles du langage, se référant exclusivement au rapport de sa co-experte. Au terme de ses deux entretiens, celui-ci a constaté de nombreuses divergences entre les symptômes décrits et les constatations de l'examen clinique pratiqué. Il a également mentionné des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Par ailleurs, on ne voit pas pour quel motif il ne pourrait pas se baser sur certaines constatations également effectuées par sa co-experte, d'autant plus que les éléments de majoration rapportés par cette dernière se basent sur des examens complets et convaincants. Dans ces conditions, l'expert psychiatre était fondé à retenir partiellement le même diagnostic de l'ancien psychiatre traitant en s'écartant toutefois de son appréciation de l'incapacité de travail qui ne prenait pas en compte les éléments de majoration.

Etant rappelé qu'en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant et lors d'une majoration des symptômes, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3b supra) n'a en principe pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2), contrairement à ce qu'argue la recourante. En l'occurrence, toutefois, l'expert psychiatre a non seulement dûment motivé ses conclusions, lesquelles sont claires et reposent sur l'ensemble des éléments du dossier mais également examiné les différents indicateurs. En ce qui concerne la cohérence, les experts relèvent des comportements d'autolimitations et de nombreuses divergences entre les symptômes décrits et les constatations de l'examen clinique ainsi que des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Les experts relèvent en outre que l'assurée dispose de ressources familiales et sociales adéquates et que malgré l'apparente sévérité du trouble du langage oral, l'expertisée comprend parfaitement son interlocuteur, peut s'exprimer par gestes ou parfaitement par écrit et peut se montrer intelligible

lorsque cela est essentiel. Elle est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser. Elle est autonome. Elle n'est pas endurente mais a des capacités relationnelles.

En l'absence de contradictions ni de défauts manifestes, l'expertise remplit dès lors tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante présente dès lors une capacité de travail entière dans son activité habituelle en Suisse, qui était celle de femme de ménage / femme de chambre (cf. extrait du 12 décembre 2016 du compte individuel [CI] AVS de l'assurée). Dans ce contexte, on observe, qu'en Suisse comme dans son pays natal, la recourante n'a jamais travaillé en tant que maman de jour ; selon ses déclarations, elle aurait œuvré également comme aide-soignante à la J. _____ et avait le projet de faire une formation pour devenir maman de jour en Suisse avant l'intervention dentaire.

c) Les pièces médicales produites par la recourante postérieurement à l'expertise du S. _____ ne permettent pas de remettre en doute les conclusions de celle-ci.

En effet, dans son rapport du 22 juillet 2019, le Dr T. _____ se limite à substituer sa propre appréciation à celle des experts, sans mentionner d'élément médical objectif nouveau qui n'aurait pas déjà été pris en compte par ceux-ci. Notamment lorsque ce médecin fait état d'une impossibilité de communiquer verbalement, il est clairement contredit par les experts qui ont constaté une expression verbale variable selon le contexte.

Le rapport du Centre de psychiatrie et psychothérapie B. _____ du 25 septembre 2019 ne fait également pas état d'éléments qui auraient été ignorés par les experts, ou qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en question leurs conclusions. La Dre K. _____ admet au demeurant ne pas pouvoir se prononcer quant au diagnostic, à l'inverse des experts.

Quant au rapport logopédique du 16 novembre 2020, outre qu'il n'émane pas d'un médecin est n'est donc par nature pas susceptible de rediscuter valablement l'appréciation des experts, il exprime de toute manière uniquement le propre point de vue de son auteure qui, malgré la mise en place d'un système de communication alternatif en vue des difficultés « persistantes et sévères » de la parole couplées au ralentissement psychomoteur et des difficultés cognitives, n'imagine que très difficilement que la recourante puisse avoir une activité professionnelle, même à temps partiel.

Dans ces conditions, les rapports postérieurs dont se prévaut la recourante ne permettent pas de s'écarter des constatations des experts ou de justifier un complément d'expertise.

d) Les moyens soulevés par la recourante à l'appui de sa cause sont infondés. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts, étant souligné que le rapport du 23 janvier 2019 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte

des anamnèses détaillées et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies. Compte tenu de l'absence de limitation de la capacité de travail, la recourante ne remplit donc pas les conditions pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de la recourante du 27 octobre 2016."

c) La recourante invoque, depuis février 2016, un besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie, pour la prise de médicaments ainsi que le besoin de surveillance permanente en raison du risque de chute (perte d'équilibre). Elle dit également avoir besoin d'un accompagnement pour établir des contacts sociaux hors de son lieu de vie ayant besoin d'un intermédiaire pour se faire comprendre et se rendre à ses rendez-vous.

En décembre 2017, l'enquêtrice à domicile a indiqué que les limitations fonctionnelles décrites dans les rapports médicaux ne justifient pas l'aide rapportée par l'intéressée pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette », et que pour « aller aux toilettes » le dommage peut être réduit par un rehausseur de WC. S'agissant de l'acte « se lever », l'assurée a déclaré pouvoir se lever seule si quelqu'un reste à ses côtés du fait des douleurs et de la fatigue. Il n'a également pas été constaté de besoin d'aide pour « se coucher » et « manger ». Concernant l'acte « se déplacer », l'enquêtrice a relevé que l'assurée est accompagnée dans tous ses déplacements en raison de la fatigue et des douleurs provoquant des troubles de l'équilibre ainsi que des risques de chute, que le fait d'être dehors lui demande beaucoup de concentration, relevant également que des troubles d'élocution importants la rendent peu compréhensible. S'agissant du besoin d'un accompagnement, l'enquêtrice indiquait ne pas pouvoir se prononcer sans une évaluation du SMR, décrivant également des prestations d'aide permettant à l'intéressée de vivre de manière indépendante et l'accompagnement pour les activités et contacts hors du domicile. L'enquêtrice restait dans l'attente d'un avis du SMR stipulant les limitations fonctionnelles d'ordre physique et psychiatrique ainsi que les atteintes invalidantes pour pouvoir se prononcer sur le droit à l'allocation pour impotent.

De son côté, dans un rapport sur l'impotence du 9 septembre 2019, le Dr T._____ a estimé un besoin d'aide régulière et importante depuis février 2016 pour accomplir les trois actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » ainsi que pour l'accompagnement et la surveillance médicale.

aa) S'agissant des actes ordinaires de la vie, à la lecture du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 janvier 2019 du S._____ (cf. pp. 13-14 du volet neurologique), il convient de constater que le status neurologique ne mentionne aucune limitation fonctionnelle affectant l'appareil locomoteur ni au niveau de l'équilibre. Dans ces conditions, il n'existe aucun élément médical objectif justifiant des restrictions régulières et importantes dans les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur ». Au terme de leurs examens respectifs, les experts retiennent encore que « l'expression orale varie selon le contexte, sans influence émotionnelle, évoluant depuis mutisme avec expression par gestes jusqu'à une intelligibilité orale » ; ainsi, il existe un bégaiement fonctionnel, avec une répétition parfois très abondante de la première syllabe, auquel s'ajoutent des éléments de démonstrativité et majoration avec une déformation volontaire de l'articulation. De plus, les experts constatent que « l'expertisée témoigne de capacités de compréhension orale et écrite parfaitement conservées, d'une expression écrite également conservée ». Ils conviennent que si celle-ci n'est pas endurante, elle a cependant des capacités relationnelles et de communication. Aussi, en l'absence de toute limitation fonctionnelle, la faculté de la recourante à établir des contacts n'est aucunement altérée et n'implique donc pas une aide telle que rapportée par celle-ci. Enfin concernant les actes « se coucher » et « manger », il n'a pas été constaté de besoin d'aide lors de l'enquête en décembre 2017.

bb) S'agissant ensuite du besoin de surveillance personnelle permanente en raison du risque de chute (perte d'équilibre), il n'existe au dossier aucun élément qui laisse à penser que la recourante nécessite, en

raison de son état de santé, une telle assistance. En l'absence de limitation fonctionnelle affectant l'appareil locomoteur ni au niveau de l'équilibre constatée par les experts, il n'apparaît pas que celle-ci doive être surveillée spécialement en toutes circonstances pour sa propre sécurité (ou pour la protection d'autres personnes).

cc) Enfin, s'agissant du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les experts relèvent que l'assurée « semble bien orientée dans les 4 modes », qu'elle « est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, elle est rationnelle. Elle est autonome ». Celle-ci a ainsi été en mesure de « supporter l'entièreté de l'examen neurologique seule » d'une durée d'une heure et vingt minutes ainsi que celui d'une heure et quarante seule avec l'expert psychiatre. Là encore, faute de toute limitation fonctionnelle durable constatée par les experts un besoin d'accompagnement ne peut être retenu dans le cas présent.

dd) Au vu de ce qui précède, la recourante n'a pas besoin de façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (cf. art. 37 al. 3 let. a RAI), ni d'une surveillance personnelle permanente (cf. art. 37 al. 3 let. b RAI) ni d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (cf. art. 37 al. 3 let. e RAI).

10. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'audition personnelle et d'expertise médicale judiciaire de la recourante doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Rachid Hussein peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer, sous déduction de l'indemnité allouée de 1'099 fr. 20, débours et TVA compris, pour la période du 24 février au 3 juin 2020, à 773 fr. 50, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 20 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Rachid Hussein, conseil de la recourante, est arrêtée à 773 fr. 50 (sept cent septante-trois francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.

- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Rachid Hussein (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :