

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 novembre 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28, 29 al. 1, 36 al. 1 et 39 al. 1  
LAI ; 42 al. 1 LAVS**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissante portugaise née le [...] [...], A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), est arrivée en Suisse le [...]. Elle est titulaire d'un permis d'établissement C. Mariée et mère de deux enfants (nés en [...] et [...]), sans formation professionnelle, elle a travaillé en dernier lieu du 14 février 2012 au 28 février 2014 comme aide-gouvernante à 50 %, puis à 100 % dès le 22 mai 2013, pour le compte de la société D. \_\_\_\_\_ SA à [...] (elle a été licenciée à la suite d'une réorganisation budgétaire au sein de cette société prestataire de services). Après une période chômeuse, elle était au bénéfice des prestations complémentaires pour familles depuis le mois de septembre 2015.

**B. a)** En raison de troubles neuropsychologiques secondaires à un accident vasculaire cérébral (AVC) thalamique et cérébelleux gauches en août 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) le 30 septembre 2015.

**b)** Dans le cadre de la phase d'intervention précoce liée à cette demande, un gestionnaire en réadaptation à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est entretenu avec l'assurée et son mari le 7 décembre 2015. A la rubrique « objectifs et stratégie » du document intitulé « IP - Rapport initial » du même jour, le gestionnaire a constaté qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison du refus d'y participer signifié par l'assurée qui se déclarait incapable de travailler ni de suivre une mesure en raison de son état de santé (car elle se sentait trop fatiguée); il convenait de poursuivre l'instruction du cas. Par communication du 7 décembre 2015, l'OAI a informé l'intéressée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu de son refus d'aborder les mesures proposées en raison de son état de santé.

**c)** Dans le cadre de son instruction de la demande, l'OAI a requis des renseignements médicaux. Dans un rapport du 18 janvier 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, suivant l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis 2005, de personnalité dépendante (F60.7) depuis l'adolescence et de trouble panique (F41.0) depuis 2011. On extrait ce qui suit de la rubrique « anamnèse » de ce rapport :

“Mme A.\_\_\_\_\_ est une patiente d'origine portugaise en Suisse dès [...]. Issue d'une famille pauvre, a fait la scolarité obligatoire, sans formation professionnelle. 4<sup>ème</sup> d'une fratrie de 4, Mme est mariée et elle a 2 enfants de ce mariage. La relation de couple est extrêmement conflictuelle. La patiente est incapable de mettre fin à cette relation même si elle est ambivalente (dépendance affective). Les enfants sont suivis par l[e] SPJ [Service de protection de la jeunesse].

Jusqu'à son départ en Suisse, Madame a travaillé dans le café propriété de ses parents comme serveuse. En 2006 a commencé à s'occuper d'enfants et à faire du ménage à temps partiel (variable) jusqu'à son arrêt.

En 2005 la patiente a eu un premier épisode dépressif dans le cadre de son immigration et éloignement de sa famille (personnalité dépendante). Elle a été prise en charge par son médecin traitant et médiquée avec de la fluoxétine avec rémission quasi complète après quelques mois (symptômes résiduels - tristesse, anxiété et fatigue).

En 2011 la patiente a fait un accident vasculaire cérébral ischémique. Elle a eu comme séquelles des troubles du langage, troubles moteurs secondaires à une hémiparésie et une diplopie. Le traitement mis en place a réussi une quasi rémission complète. Actuellement elle ne présente plus de troubles neurologiques. A la sortie de cette hospitalisation la patiente présentait un 2<sup>ème</sup> syndrome dépressif et a pris aussi un traitement antidépresseur de fluoxétine. Ce traitement s'est poursuivi jusqu'à notre premier entretien.

La patiente aurait eu une rémission très partielle. Quelques mois avant notre premier rendez-vous la patiente avait présenté de[s] symptômes de rechute avec péjoration des symptômes anxieux et dépressifs (ceci toujours sous traitement de fluoxétine). Si Mme A.\_\_\_\_\_ présenta des attaques de panique après son AVC, ceux-ci se sont péjoré[s]. La thymie s'est franchement effondré avec des somatisations accrues et des idées suicidaires.

Dès mars 2015, la patiente avait commencé un suivi psychothérapeutique avec Mme [...], psychologue.

L'évolution clinique est fluctuante. Le traitement antidépresseur a été changé avec une efficacité moyenne. Les mesures thérapeutiques et sociales sont efficaces, mais la patiente demeure incapable de se structurer et de s'engager dans un emploi dans le marché du travail.

#### Constat médical

Patiente collaborant, bon contact. Orientée aux 4 modes. Tenue et hygiène correcte. La thymie est abaissée (intensité modérée en ce moment), anhédonie, fatigue, baisse [de l'] estime de soi et confiance en soi.

Anxiété permanente avec des paroxysmes d'angoisse qui prennent forme d'attaques de panique avec d'importants symptômes neurovégétatifs et sensation de perte de connaissance. Restriction des contacts sociaux, évitement d'endroits publics et des situations stressantes. Idées noires sans scénario occasionnelles. Troubles de l'appétence anorexie alterne avec épisodes boulimiques. La patiente présente des troubles du sommeil qui peuvent être tant d'insomnie que d'hypersomnie.

Prise par l'angoisse la patiente est vite déstructurée, incapable de comprendre les instructions données et incapable d'exécuter de[s] tâches simples.

#### Pronostic

La prise en charge et traitements actuels ont été partiellement bénéfiques. Nous nous questionnons s'il y a des séquelles cognitives de l'AVC. Quand prise par des crises de panique, la patiente est vite incapable de comprendre les tâches simples. Comme si la patiente avait une faible réserve cognitive. Pour l'heure une reprise professionnelle n'est pas envisageable, éventuellement après des mesures de réinsertion sociale, visant [à] diminuer l'anxiété et augmenter la confiance en soi."

Le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré auprès du Dr P.\_\_\_\_\_ comprenait la prise d'Escitalopram® (20 mg par jour) et de Tradodone® (50 mg au coucher). Ce médecin a constaté une capacité résiduelle de travail de 30 à 50 % dans la profession de femme de ménage en fonction de l'évolution clinique.

Dans le questionnaire de l'employeur complété le 16 février 2016, il est notamment écrit que le salaire versé à l'assurée de 44'200 fr. par an, pour son emploi à plein temps auprès de D.\_\_\_\_\_ SA, correspondait au rendement.

Dans un rapport du 28 février 2016, la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, consultée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'accident vasculaire cérébral ischémique vertébro-basilaire pluri-étagé cérébelleux gauche et thalamique paramédian gauche d'origine embolique probable le 7 août 2011, de foramen ovale perméable avec anévrisme du septum interauriculaire (excursion max. de 15mm), de fermeture du FOP percutanée le 14 février 2012 par Figulla PFO Occluder 23-25 (service de cardiologie CHUV), de shunt résiduel minime au Valsalva (2-3 bulles) et d'état dépressif traité. Sans effet sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une HTA (hypertension artérielle) et une dyslipidémie traitées. Cette médecin ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail, ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles, restant dans l'attente des résultats d'un examen neuropsychologique avec une évaluation de la mémoire, l'assurée décrivant des troubles mnésiques probablement en relation avec la lésion thalamique.

Dans un rapport du 7 juin 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, consulté depuis le 17 novembre 2006, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après AVC (accident vasculaire cérébral) ischémique vertébro-basilaire pluri-étagé, cérébelleux gauche et thalamique paramédian G (gauche), d'origine embolique, en août 2011, de séquelles neuropsychologiques et psychologiques probables, et de troubles dépressivo-anxieux récurrents, depuis 2006. Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un status après fermeture foramen ovale perméable en février 2012, une HTA (hypertension artérielle), une dyslipidémie et un excès pondéral. Il ressort ce qui suit de la rubrique « anamnèse » de ce rapport :

“Il s'agit d'une jeune femme d'origine portugaise, marié, mère de deux filles que j'ai brièvement suivie de novembre 2006 à juin 2007, environ 1 an après son arrivée en Suisse ou avait rejoint son mari, pour des troubles de l'adaptation avec réaction dépressivo-anxieuse, ayant motivé des entretiens et la prescription de Remeron. De Juin 2007 à l'été 2011, elle a été suivie par le Dr [...] à [...]. Lors des vacances au Portugal, le 7 août 2011, elle présente un AVC avec brusque apparition de céphalées, de dysarthrie associé à une diminution de la force des membres à droite et diplopie. Elle avait été hospitalisée durant 10 jours au Portugal avec une bonne

récupération. Un traitement de Fluoxetin 20 mg a été introduit au Portugal durant son hospitalisation.

A son retour en CH, la patiente e[s]t vue par la Dresse E. \_\_\_\_\_, neurologue, le 1 septembre 2011, qui précise le diagnostic d'AVC, d'origine embolique probable (voir documents annexes). Le bilan cardiologique effectué par le Dr [...] (voir documents annexes) met en évidence un FOP qui bénéficiera d'une fermeture percutanée le 14.02.2012.

Les suites de l'AVC sont marqués par la persistance d'une fatigue chronique, de troubles dépressivo-anxieux, de difficultés de concentration et d'attention.

Cela s'inscrit également dans le contexte d'un conflit conjugal, ayant nécessité l'intervention du [...] [Service de protection de la jeunesse] et un suivi familial à la consultation des [...].

Depuis l'été 2015, la patiente bénéficie d'un suivi psychothérapeutique par Mme [...], au centre des [...] à [...], sous la supervision du Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre, qui prescrit la médication psychotrope.

Depuis l'AVC de 2011, la patiente est clairement fragilisée psychiquement.

La situation familiale s'est par ailleurs depuis lors apaisée, et le suivi aux [...] terminé fin 2015.

Pour ma part, je vois la patiente régulièrement, aux 3 mois, pour le suivi de son hypertension de sa fatigue chronique.

Lors du dernier contrôle, en avril 2016, elle relate l'apparition 4 semaines auparavant de brachialgies G [gauches] et paresthésies (début par paresthésies distales du MSG [membre supérieur gauche], remontant proximatement et s'accompagnant de douleurs et manque de force) durant plusieurs heures puis fluctuantes, les 3 semaines suivantes. Absence de céphalées. Cela l'a beaucoup inquiété vu ses antécédents, et elle a pris un rendez-vous chez la Dresse E. \_\_\_\_\_, dont je n'ai pas de nouvelles.

Au plan professionnel, Mme A. \_\_\_\_\_, sans formation, travaillait à l'époque au Portugal dans la restauration dans le café de sa mère. En CH, elle faisait des ménages et a travaillé à sa grande satisfaction à temps partiel 2 ans à la caf[é]téria de [...]. Elle est au chômage depuis février 2014, fin des prestations fin septembre 2015 et bénéficie de l'aide sociale actuellement.

Sa fatigue chronique, ses probables discrets troubles cognitifs, l'empêche[nt] d'envisager une activité à un taux supérieur à 50%.

Une évaluation complémentaire neuro-psychologique et en situation lors d'un stage devrait permettre de corroborer cela."

Etaient annexés à ce rapport plusieurs documents dont un rapport du 26 août 2015 adressé au Dr F. \_\_\_\_\_, consécutif à une consultation du jour précédent du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, dont il ressort ce qui suit :

"J'ai revu Madame A. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'un contrôle après fermeture d'un foramen ovale perméable en février 2012 pour un

AVC ischémique vertébro-basilaire pluri-étagé d'origine embolique en août 2011 traité par thrombolyse.

Durant l'année écoulée, elle n'a pas présenté de symptômes neurologiques suspects mais ressent de temps à autre des piquées dans la tête. Elle n'a plus ressenti de palpitations et ne mentionne pas de malaise ni perte de connaissance. Elle signale une fatigabilité accrue sans dyspnée à l'effort ou autre élément à l'anamnèse suspect d'une insuffisance cardiaque. A noter qu'elle effectue comme travail des ménages qui la fatiguent plus qu'à son habitude et pour lesquels un arrêt de travail a dû être donné pendant quelques jours au mois de juillet. Elle suit également une psychothérapie de couple en raison de problèmes conjugaux avec son mari.

Son traitement actuel consiste en de l'Aspirine Cardio 100mg 1x/j, Pravalotin 20 mg 1x/j, Atacand 16mg 1x/j et Fluoxétine 20mg 1x/j.

A l'examen clinique son état général est bon. Le poids reste élevé à 75 kg pour 160 cm ce qui fait un BMI [Body Mass Index] à 29.3 kg/m<sup>2</sup>. La tension artérielle est normale à 128/79 mmHg avec une fréquence cardiaque régulière et normale à 62 bpm. A l'auscultation cardiaque je retrouve un léger souffle systolique connu, maximal au foyer aortique, sans irradiation dans les carotides ni souffle diastolique. Je ne mets pas en évidence de signe d'insuffisance cardiaque.

L'électrocardiogramme au repos montre un rythme sinusal légèrement bradycarde à 56 bpm sans trouble significatif de la conduction. Je ne retrouve pas d'onde Q pathologique ni trouble suspect de la repolarisation. Le bilan est complété par une échocardiographie afin de juger de l'état du dispositif de fermeture. Ce dernier est bien en place au niveau du septum interauriculaire sans anomalie visible ni image doppler couleur de shunt gauche-droit. Le reste de l'examen montre sinon un ventricule gauche non dilaté ni hypertrophié dont la fonction systolique est parfaitement normale au vu d'une fraction d'éjection estimée à 70-75%, sans anomalie de la cinétique segmentaire. Au niveau valvulaire, je retrouve une insuffisance aortique à l'heure actuelle jugée de légère avec une discrète sclérose des feuillets, sans défaut d'ouverture significatif. Je ne mets pas en évidence de dilatation de la racine de l'aorte mais une portion proximale ascendante restant à la limite supérieure de la norme.

Du côté droit, le ventricule est de taille et de fonction normale avec une mesure précise de la pression pulmonaire impossible mais sans élément indirect pour des valeurs élevées.

En résumé, l'évolution sur le plan cardiologique reste favorable avec à l'heure actuelle un dispositif de fermeture percutané du foramen ovale tout à fait en ordre chez une patiente n'ayant pas de symptômes suspects sur le plan cardiaque. Pour ce qui est de la valve aortique, l'insuffisance est légère mais n'a pas de conséquence sur le plan hémodynamique et nécessite un bon contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire. Je l'ai donc rassurée en lui expliquant que je ne voyais pas de relation entre la fatigue signalée et son cœur. L'origine la plus probable est un état

anxio-dépressif sous-jacent pouvant néanmoins être favorisé par le status post AVC. Je propose de la revoir dans une année mais reste bien sûr à disposition en cas de soucis dans l'intervalle."

Le 25 juillet 2016, la Dre E. \_\_\_\_\_ a rapporté des troubles cognitifs modérés à sévères mnésiques, attentionnels, du langage, comportementaux et acalculie dont se plaignait l'assurée depuis l'accident vasculaire cérébral, avec changement de comportement, irritabilité, et a posé le diagnostic incapacitant de troubles cognitifs modérés à sévères séquellaires consécutifs à l'accident vasculaire cérébral de 2011 (atteinte langagière, mnésique, attentionnelle, exécutive et du traitement des nombres). Elle a émis un pronostic réservé compte tenu de ces troubles cognitifs et de leur répercussion dans les activités simples de la vie quotidienne, avec la précision qu'une prise en charge en rééducation neuropsychologique et logopédique serait prochainement initiée à [...]. Notant des capacités de concentration et d'adaptation ainsi qu'une résistance limitées, cette médecin a constaté une totale incapacité de travail de l'assurée. La Dre E. \_\_\_\_\_ a notamment fondé ses constatations sur un rapport du 23 juin 2016 de bilan neuropsychologique et ambulatoire des 30 mai, 2 et 9 juin 2016 effectué auprès de l'Institution de [...] (Fondation [...]), dont il ressort notamment que l'assurée avait terminé sa scolarité obligatoire sans redoublement avec quelques difficultés d'ordre relationnel (très effacée et timide face à une maîtresse stricte) motivant ses parents à la mettre dans une école privée.

Dans un rapport du 11 septembre 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles cognitifs modérés à sévères séquellaires (atteinte langagière, mnésique, attentionnelle, exécutive et traitement des nombres) remontant au 7 août 2011. Partageant le point de vue de sa consœur neurologue (la Dre E. \_\_\_\_\_), ce médecin a qualifié l'assurée comme étant « inapte à 100 % ».

Le 25 novembre 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

*"1. Quelle est l'évolution clinique depuis janvier 2016 ?*

Mme A. \_\_\_\_\_ présente une évolution plutôt décevante au niveau clinique. Les symptômes dépressifs et anxieux demeurent aussi intenses qu'handicapants. Comme en janvier, nous observons au premier plan un handicap secondaire au trouble de la personnalité décompensé.

2. *A quelles dates l'assurée vous a-t-elle consulté depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016 ?*

Pendant l'été la patiente n'a plus fixé de rendez-vous. Le dernier entretien a eu lieu le 31.10.2016. Le suivi est assuré, sur le point de vue psychothérapeutique, par Mme [...], psychologue, qui se déplace à domicile (en raison des difficultés de la patiente à assumer ses rendez-vous).

3. *Pourriez-vous réaliser à nos frais un dosage plasmatique de l'antidépresseur prescrit actuellement par vos soins ?*

Dosage plasmatique de l'antidépresseur : escitalopram le 07.11.2016 : 163 nmol/l"

Le 16 février 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait part d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuée le 6 février 2017 et dont il indiquait qu'elle retrouvait les lésions décrites en 2011 au niveau cérébelleux et thalamique gauches qui corrélaient bien avec les troubles cognitifs mis en évidence par ses collègues. Notant la persistance de gros troubles cognitifs séquellaires ainsi qu'une fatigabilité importante, ce médecin a estimé que toute activité (professionnelle ou occupationnelle) était compromise en indiquant que même les activités de la vie quotidienne posent problèmes, sans compter les troubles dépressifs concomitants.

Aux termes d'un avis médical du 24 février 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a estimé que le lien de causalité entre l'accident vasculaire cérébral de 2011 et les empêchements à une reprise d'activité professionnelle n'étaient pas démontré par les éléments recueillis au dossier. Selon ce médecin, l'accident vasculaire cérébral n'avait pas entraîné d'incapacité de travail durable en 2011. Dans ce contexte, il proposait la mise en œuvre de mesures d'observation professionnelle dans une activité légère, simple manuelle, plus ou moins répétitive.

Le 6 mars 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a remis une copie d'un rapport du 2 mars 2017 établi dans le cadre de la prise en charge neuropsychologique dont bénéficiait l'assurée depuis le 15 septembre 2016 ; au vu des répercussions des troubles cognitifs dans le quotidien, la fréquence du suivi, hebdomadaire, pouvait être augmentée à deux fois par semaine.

Dans un rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI du 28 avril 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a notamment écrit ceci :

"3. Brève anamnèse :

Mme A.\_\_\_\_\_ souffre depuis plusieurs années d'un syndrome dépressif et anxieux avec un trouble de la personnalité mixte dépendant et borderline. Après avoir e[u] plusieurs AVC elle présente des troubles cognitifs importants. Les troubles psychiques collaborent à une péjoration des troubles cognitifs. La patiente dépend de sa famille, en spécial d'une fille mineure et du mari pour la gestion de son quotidien."

Du 4 au 29 septembre 2017, l'assurée a bénéficié de la prise en charge par l'OAI d'une mesure d'observation et d'évaluation (au sens de l'art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) à un taux de présence de 100 % auprès de [...] à [...]. Cette mesure a été interrompue le 25 septembre 2017 en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 19 septembre précédent attestée par la neurologue de l'assurée. L'OAI a clos le mandat le 4 octobre 2017 (« Assuré - Note d'entretien » du 4 octobre 2017).

Le 29 novembre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux nouvelles questions complémentaires de l'OAI :

"1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*

- F.33 Trouble dépressif récurrent ;
- F06.4 Trouble anxieux organique ;
- F07.0 Trouble organique de la personnalité.

2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Les difficultés de contrôle émotionnel et les déficits organiques de Mme A. \_\_\_\_\_ persistent mais elle accepte davantage ses limitations, ce qui atténue ses sentiments de révolte et facilite une meilleure adaptation aux contextes. Les symptômes cognitifs ainsi qu'anxieux et dépressifs continuent à être handicapants. Un suivi par une assistante social hebdomadaire est nécessaire et est en cours. Un suivi ergothérapeutique et logopédique sont en cours.

3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?*

Mme A. \_\_\_\_\_ a une incapacité de travail à 100%, même pour des tâches de travail plus simples, depuis son AVC en août 2011.

4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*

Mme A. \_\_\_\_\_ a une capacité de travail à 100%, même pour des tâches de travail plus simples, depuis son AVC en août 2011 (yc pour les tâches ménagères).

5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

Mme A. \_\_\_\_\_ présente une diminution des capacités exécutives, de mener des activités dirigées vers un but, de structurer un plan d'action et d'achever ses objectifs. Du point de vue émotionnel, Mme A. \_\_\_\_\_ présente de grandes difficultés dans la gestion de l'anxiété et du stress et une labilité émotionnelle significative, avec des épisodes dépressifs, des crises d'éclats sans contrôle et sans motif, des moments d'irritabilité ou agressivité exacerbés et une agitation psychomotrice significative.

6. *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*

---

7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

Mme A. \_\_\_\_\_ bénéficie d'une prise en charge TPPI. Elle est très collaborative et engagée aux traitements.

8. *Autres remarques.*

Mme A. \_\_\_\_\_ a également bénéficié d'une intervention de stimulation cognitive à l' [...], [...] et va commencer avec une logopédiste."

De son côté, le Dr K. \_\_\_\_\_ a fait part d'une évolution stable sur le plan neurologique et cardiaque, en renvoyant auprès du médecin

traitant sur la question de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée (rapport du 4 décembre 2017).

Le 20 décembre 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_ a pour sa part confirmé son évaluation précédente dans le sens d'une capacité de travail de l'assurée nulle en toute activité en renvoyant auprès des spécialistes consultés s'agissant des restrictions fonctionnelles.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les pièces médicales au dossier (avis du 3 avril 2018 de la Dre G. \_\_\_\_\_), l'OAI a confié une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et neurologique) au centre d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_ SA de [...]. Dans leur rapport du 18 janvier 2019, les Drs O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ont diagnostiqué, avec une incidence sur la capacité de travail, une personnalité dépendante (F60.7) et, sans incidence, une suspicion de limitation cognitive volontaire, un status après AVC cardio-embolique responsable de deux petites lésions thalamique gauche et cérébelleuse gauche, asymptomatiques, un status après fermeture d'un foramen ovale perméable, et une sténose aortique non significative sur le plan clinique. Ils ont fixé la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée depuis le 11 avril 2012, l'incapacité de travail étant totale depuis l'accident vasculaire cérébral jusqu'à cette date. Selon les experts, l'incapacité de travail était définie par l'expertise psychiatrique ; il n'existait pas d'atteintes à la santé ni de limitations fonctionnelles sur le plan neurologique. Ils ont indiqué que, sur le plan psychiatrique, les restrictions fonctionnelles étaient nouvelles et que les carences liées à l'éducation de base et au profil de personnalité pathologique et dépendante de l'expertisée étaient des éléments péjorant ses capacités cognitives. Les troubles cognitifs étaient apparus immédiatement après l'accident vasculaire cérébral et ils s'étaient manifestés de façon progressive dans tous les domaines de la vie. Selon l'experte psychiatre, l'intéressée était dépendante de son entourage, depuis son plus jeune âge, mais encore plus depuis l'accident vasculaire cérébral. Au moment d'étayer le diagnostic retenu de trouble de la

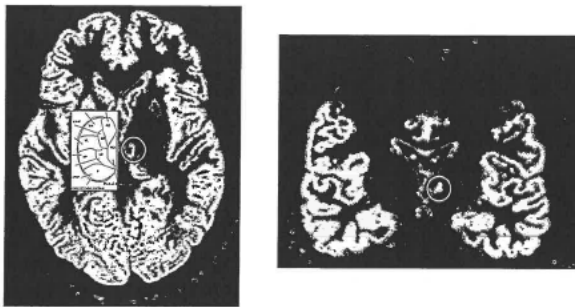
personnalité dépendante (F60.7), l'experte psychiatre a écrit que la personne assurée, de par sa fragilité de base, avait vécu durablement la période de l'accident vasculaire et ceci avait été le déclencheur des symptômes de décompensation progressive, actuellement résolus, mais étant à l'origine de la floraison des traits de personnalité pathologique expliquant le vécu subjectivement douloureux des conséquences de l'AVC pour la personne assurée. Il s'agit de symptômes qui ne l'avaient pas empêchée de travailler dans un premier temps, mais qui ne lui avaient plus permis de reprendre. L'experte a précisé que les atteintes de l'intéressée ne l'avaient pas beaucoup affectée lorsqu'elle était jeune car elle avait toujours eu des postes simples. Compte tenu de l'évolution, l'état actuel de l'expertisée était compatible avec une capacité de travail partielle dans les tâches ménagères et les tâches répétitives dans son domaine de compétences, tels que les cafés et restaurants. De son côté, l'expert neurologue a fait l'appréciation suivante (expertise p. 42 s.) :

#### “III.6.a.4 Épicrise : observations et conclusions médicales

La personne assurée signale qu'elle n'a pas pu suivre l'école primaire standard de son pays et a dû être mise dans une école privée. Cela laisse supposer que le développement cognitif était soit retardé soit limité. Par la suite elle n'a pas eu de formation professionnelle et n'a aucun intérêt culturel, ne lit pas et n'a aucun hobby et a une vie sociale limitée.

L'anamnèse objective de la personne assurée d'après le dossier signale l'apparition subite de troubles de la vue avec une amnésie survenue le 07.08.2011 alors que la personne assurée était en vacances dans sa famille au Portugal. Une lésion thalamique gauche ainsi cérébelleuse gauche est retrouvée lors de[s] examens radiologiques et une thrombolyse est effectuée semble-t-il avec succès. Par la suite un foramen ovale perméable est découvert avec un anévrysme du septum inter-auriculaire qui a été fermé par voie endocavitaire. Les examens cardiologiques subséquents démontrent l'efficacité de cette opération et plus aucun traitement cardiologique n'est considéré comme nécessaire même si une sténose aortique non significative a été découverte.

Les examens radiologiques ont démontré une lésion du noyau médiodorsal du thalamus gauche.



La lésion est entourée, en face se trouve une carte des noyaux thalamiques. Comme il est possible de le voir, la lésion se trouve dans le noyau médio-dorsal (MD).

Il a aussi été mentionné une lésion cérébelleuse gauche contemporaine de la lésion thalamique.

Des examens IRM ont été faits le premier le 05.09.2011 et le dernier le 17.02.2017 avec une diminution de la taille des 2 lésions entre ces 2 examens. Il est aussi constaté l'absence d'atrophie ou de lésions nouvelles.

La personne assurée a bénéficié d'examens neuropsychologiques et de traitements qui ont d'abord démontré (rapport du 23.06.2016) une atteinte importante touchant entre autres le langage, la mémoire, les capacités de calcul et un déficit exécutif. Dans le rapport final du 02.03.2017, les neuropsychologues constatent une amélioration dans tous les champs précédemment considérés comme sévèrement atteints, avec la persistance de déficits notamment dans les capacités de calcul, dans des tâches visuelles comme lire l'heure numérique, dans le maniement de l'argent au sens de maîtriser cette notion dans la vie courante. Le nouvel examen neuropsychologique de novembre et décembre 2018 semble montrer une nouvelle aggravation des déficits par rapport à l'examen du 02.03.2017 mais les résultats sont incohérents.

Les conséquences de la lésion thalamique ne peuvent être que modérées. L'absence de souvenir précis de la période aiguë est possible, les effets les plus probables d'une telle lésion sont un trouble des capacités mnésiques voir une amnésie pendant la phase aiguë de la lésion comme le précise un récent article de revue dédié aux lésions du noyau médiadorsal du thalamus :

*« Executive functions, attention control, prospective memory, arousal, motivation, language, and behavioral deficits are also often reported in the acute phase of focal MD lesions, but in general LTM deficits outlast them ».*

(Traduction par l'expert : « Les fonctions exécutives, le contrôle attentionnel la mémoire prospective, l'éveil, la volonté, le langage et les troubles du comportement sont aussi souvent rapportés dans la phase aiguë des lésions focales du noyau thalamique médio-dorsal, mais en général ils sont largement dominés par des troubles de la mémoire à long terme (LTM) »).

Concernant l'évolution des déficits il est mentionné :

*« At the chronic phase (>3 months after lesion onset), most patients have a poorly defined complaint of being less efficient or having slight memory problems. The functional outcome of these patients is largely unknown. On this basis, there is no agreement on a clinically*

*relevant chronic outcome of MD damage, except perhaps for a mild LTM impairment ».*

(Traduction par l'expert : « A la phase chronique (>3 mois après l'apparition de la lésion), la plupart des patients ont une plainte mal définie de se sentir moins efficaces ou d'avoir de légers troubles de la mémoire. Sur cette base, il n'y a pas de consensus sur un déficit clinique chronique dû à une lésion du noyau médiodorsal, mis à part éventuellement une légère atteinte de la mémoire à long terme »).

Le dossier radiologique et particulièrement le dernier examen IRM de février 2017 ne démontrent pas d'arguments pour une maladie autre et singulièrement une atrophie qui puisse laisser penser à une maladie dégénérative ou à des lésions nouvelles et multiples qui puissent expliquer un tel déficit.

Les déficits neuropsychologiques de la personne assurée ne peuvent pas être mis sur le compte de l'AVC et doivent être considérés comme volontaires.

En conclusion, la cause de l'AVC ayant été traitée définitivement et les lésions cérébrales s'étant atténuées au vu de l'IRM récent, il n'y a pas de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique.

- Évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures

Dans le dossier, il n'est pas envisagé que les déficits puissent être sans rapport avec l'AVC de 2011 et il n'y a pas de critique sur le rapport entre la localisation de la lésion thalamique et les déficits cognitifs.

- o Discussion des diagnostics différentiels

Néant.

- o Appréciation motivée de la gravité des troubles

Du point de vue neurologique, il n'y a pas de déficit.

- o En cas de maladie addictive, existence ou non d'un autre trouble important ayant causé le développement de la dépendance, et/ou la présence ou non de dommages irréversibles consécutifs à la dépendance.

Néant."

L'expert neurologue a conclu à une capacité de travail complète actuelle depuis le 11 avril 2012 dans l'activité habituelle de l'expertisée, sur le marché ordinaire du travail. Il a précisé que les limitations fonctionnelles, du point de vue neurologique, n'étaient pas nouvelles et pouvaient être mises sur le compte d'une faible scolarité et de l'absence de formation professionnelle.

Aux termes d'un rapport du 20 mars 2019, la Dre G. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il était nécessaire de réinterroger l'experte psychiatre compte tenu de nombreuses contradictions en lui posant des questions complémentaires auxquelles la Dre O. \_\_\_\_\_ a répondu dans son complément d'expertise du 3 mai 2019 comme suit :

"1. Vous reprenez une capacité de travail de 50% depuis le 11.04.2012, or la personne assurée a travaillé dès le 14.02.2012 à 50% puis à 100% dès le 28.02.2014, merci d'étayer cette discrépance de faits.

La survenue de troubles atypiques, de surcroît surtout subjectifs, doit faire penser à la possibilité qu'il s'agisse de manifestations placées sous le contrôle de la volonté. Le *trouble factice*, auquel le statut de maladie est reconnu, a pour but d'obtenir le statut de malade, avec ce que cela implique d'attention et de soins, y compris invasifs, de la part du milieu soignant. Dans ce cas précis, la personne assurée fait peu appel aux soignants et elle n'a jamais été hospitalisée. Quant à la *simulation*, qui n'est pas considérée comme une atteinte à la santé, elle est destinée à obtenir un avantage matériel. Il paraît difficile ici de considérer que l'octroi de prestations soit un *mobile* suffisant pour motiver les lourds inconvénients inhérents au comportement de la personne assurée, tels que le fait d'oublier un fer à repasser allumé et faire des crises à chaque fois que son conjoint lui adresse la parole ou même d'être littéralement soutenue et prise en charge par ses propres filles âgées de 7 et 11 ans. Les limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre sont exhaustives : diminution des capacités exécutives, mener des activités dirigées vers un but, structurer un plan d'action et d'achever ses objectifs, grandes difficultés dans la gestion de l'anxiété et du stress, labilité émotionnelle, épisodes dépressifs, crises d'éclat sans contrôle et sans motif, moments d'irritabilité ou agressivité exacerbés et agitation psychomotrice significative.

Il y a peu de documentation au sujet de la personnalité dépendante. Dans le cas présent, la personne assurée de par sa fragilité de base a vécu durement la période de l'accident vasculaire et ceci a été le déclencheur des symptômes de décompensation dépressive, actuellement résolus mais étant à l'origine de la floraison des traits de personnalité pathologique expliquant le vécu subjectivement douloureux des conséquences de l'AVC pour la personne assurée. Il s'agit de symptômes qui ne l'ont pas empêchée de travailler dans un premier temps, mais qui ne lui ont plus permis de reprendre.

La personne assurée présente un tableau clinique déroutant par son contenu et par sa chronologie. En présence de troubles psychiques atypiques et à début tardif, l'hypothèse d'une étiologie organique doit toujours être examinée. En l'occurrence, cette hypothèse est confirmée par l'histoire de la maladie de la personne assurée et l'AVC survenu 07.08.2011. L'absence de stigmates retenus par l'évaluation neurologique, malgré une évolution de plusieurs années, ne peut éliminer les conséquences de cet événement sur le fonctionnement actuel de la personne assurée.

Toutefois, l'hypothèse d'une atteinte cérébro-organique d'origine médicale doit rester à l'esprit en raison de la nature des symptômes présentés et de la personnalité de la personne assurée.

L'histoire personnelle de la personne assurée a permis de relever des facteurs prédisposants aux troubles de la personnalité : la personne assurée a fait peu d'école et certains troubles de l'enfance peuvent passer inaperçus (voir question 8 de ce rapport). La personne assurée évoque, durant l'anamnèse, avoir eu des difficultés au niveau des apprentissages lorsqu'elle était jeune. Ces troubles de l'apprentissage ne l'ont pas beaucoup affectée au début car elle a toujours eu des postes simples : sa mère tenant un café, la personne assurée a travaillé avec elle, elle était autonome et pouvait faire beaucoup de choses. Dans l'expertise neurologique, il [a été] relevé : la personne assurée signale qu'elle n'a pas pu suivre l'école primaire standard de son pays et a dû être mise dans une école privée. Cela laisse supposer que le développement cognitif était soit retardé soit limité. Par la suite, elle n'a pas eu de formation professionnelle et n'a aucun intérêt culturel, ne lit pas et n'a aucun hobby ainsi qu'une vie sociale limitée.

La personne assurée est accompagnée par les services sociaux concernant l'éducation et la garde de ses enfants.

Elle se montre actuellement impulsive et présente une labilité émotionnelle sans symptôme dépressif, un état considéré en status post, associé à un appauvrissement de son champ de vie, une perte d'intérêt ainsi qu'une fragilité de ses compétences cognitives, et ce depuis l'AVC vécu douloureusement par la personne assurée, car la réaction importante au stress de la personne assurée est en lien avec le profil de personnalité et justifie le changement marqué de son état avant et après l'AVC.

Le diagnostic retenu ce jour selon la CIM 10 est le F60.7 : trouble de la personnalité dépendante. Il est caractérisé par une tendance systématique à laisser passivement autrui prendre les décisions la concernant, importantes ou mineures, par une crainte d'être abandonnée, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive à la volonté d'autrui (par exemple de personnes plus âgées) et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Un manque d'énergie peut se manifester dans le domaine intellectuel ou émotionnel, il existe souvent une tendance à rejeter la responsabilité sur autrui, des conduites d'échec et un comportement inadéquat.

Ce diagnostic est souvent associé à d'autres troubles de la personnalité, tels que les traits de personnalité émotionnellement labile et les traits de personnalité histrionique.

En conclusion, la personne assurée a été capable de travailler à 100% en 2014, car l'emploi a été marqué par la gentillesse de l'équipe qui lui a permis de travailler pendant quelques temps et ses collègues proches la soutenaient beaucoup. En conclusion, elle a été engagée à 100%, mais a été capable de donner un rendement de 50%.

2. Vous reprenez, en p. 21, que la fatigue et les symptômes dépressifs ont pris le dessus, or la personne assurée a été licenciée

pour des raisons économiques et non médicales pour le 28.02.2014. Un suivi psychothérapeutique a débuté en mars 2015, le suivi psychiatrique le 01.10.2015 soit plus d'une année après son arrêt de travail. Comment, dès lors, les symptômes dépressifs ont-ils pu prendre le dessus ? Comment expliquez-vous que la personne assurée a travaillé à pleine satisfaction des employeurs (cf. certificats employeurs) et qu'elle a été à même de faire une formation attestée en économie domestique en 2015 ?

Ces informations ont été données par la personne assurée (dossier d'expertise page 15).

Selon la personne assurée, son état s'est péjoré de façon insidieuse et très lentement dès l'AVC. Ses collègues de travail devaient la soutenir pour faire la moindre petite chose, jusqu'au jour où elle n'a plus pu travailler. Les symptômes dépressifs seraient apparus à ce moment-là, car elle ne savait plus utiliser les capsules à café, puis ne se souvenait plus de l'étage où elle devait se rendre. Elle a été prise en charge en milieu psychiatrique à ce moment-là. Les symptômes dépressifs ne sont plus d'actualité et la personne assurée a gardé une fragilité de l'estime d'elle-même, ce qui est à l'origine de la floraison des troubles de la personnalité actuellement observés.

De plus, elle s'est perdue une fois dans une gare et n'a pas retrouvé le chemin de son domicile. Ces situations l'ont beaucoup angoissée et il s'en est suivi des crises de colère vis-à-vis de son mari.

3. Dans la même phrase, vous écrivez que les troubles cognitifs se sont présentés immédiatement après l'accident vasculaire, des troubles qui se sont manifestés au fur et à mesure de façon progressive (p. 8-9). Merci d'étayer les troubles qui se sont manifestés au fur et à mesure, à partir de quand et de préciser les raisons psychiatriques de cette péjoration.

Oui, de notre point de vue, les symptômes cognitifs se sont présentés immédiatement après l'événement traumatique. Par contre, les manifestations cliniques à type de troubles du comportement et de troubles mnésiques sont apparus progressivement.

4. Vous écrivez que les réponses dans les anamnèses peuvent différer un peu entre chaque expertise spécialisée, qu'en situation d'examen la personne assurée répondant parfois sans comprendre la question et le contact relationnel avec l'interlocuteur génère parfois des différences dans les réponses aux questions de l'expertise. Ainsi, la fratrie de la personne assurée se compose une fois de 3 garçons et 3 filles, une fois de 2 garçons et 4 filles et, chez le psychiatre traitant, il s'agit d'une fratrie de 4. Pourtant, une telle incongruence ne peut s'expliquer par une absence de compréhension de la question et comment expliquez-vous que le contact relationnel avec l'interlocuteur modifie le nombre de frères et sœurs ?

Nous n'avons pas de réponse à cette question, mais ces différences n'influencent pas le taux de la capacité de travail.

5. Vous reprenez une absence de divergence, d'autolimitation, d'exagération ou de simulation. Or, dans votre propre rapport avec

le même interlocuteur, la personne assurée relate à la fois une vie de couple harmonieuse (p. 18) et des difficultés relationnelles en couple, s'occuper elle-même des tâches relatives à l'entretien du foyer (p. 18) et avoir besoin en permanence quelqu'un avec elle (p. 14 et 19), aimer bien sortir avec ses copines pour boire un café (p. 18) et ne plus parvenir à sortir (p. 20).

Tout cela est interpellant et a conduit à une réflexion diagnostic poussée, voir question 1 et question 9.

6. Comment expliquez-vous que la vie de la personne assurée aurait changé depuis son AVC en 2011 (p. 14) alors qu'elle ne mentionne pas la cause de son handicap au neurologue (p. 40) ? Que la personne assurée dit être anéantie par la découverte de ses difficultés ces derniers temps (p. 15) et le fait que la longue liste de ses incapacités chez le neurologue ne génère aucune manifestation émotive sauf les problèmes liés aux relations avec son mari (p. 40) ?

D'un point de vue psychiatrique, cela n'a rien d'inhabituel, cf. question 1 et question 8 de ce rapport.

7. Vous écrivez, en p. 26, que la personne assurée a peu conscience de ses troubles. En même temps, vous retenez que le sens des réalités et la capacité de jugement sont globalement préservés, merci de corroborer ces appréciations.

Oui, car la personne assurée présente tous les critères diagnostics d'une personnalité dépendante et montre un certain nombre de limites à son autonomie, voir question 8 de ce rapport.

8. Lors de l'examen neuropsychologique, la personne assurée dit « j'ai oublié les lettres », incapacité à compter et à calculer (« j'ai oublié des chiffres », « additionner ? c'est avec la croix ? ») p. 2 et en p. 3, elle confirme la présence d'erreurs d'accents sur des mots isolés présentés à l'écran et, en p. 4, la désignation de chiffres arabes et dictée de chiffres sont réussies jusqu'aux nombres à 3 chiffres y compris. Lors de l'enquête pour impotence du 16.02.2018, l'écriture et l'administration sont gérées en couple depuis toujours sans lien avec l'atteinte et, dans le rapport neuropsychologique du 31.10.2017, il est mentionné que le mari gère seul séparément ses affaires n'aidant pas son épouse, de sorte qu'une assistance sociale l'aide dans la gestion de ses affaires. Merci de motiver ces discrédances dont le lien avec le trouble de la personnalité dépendante nous échappe.

Pour répondre à votre question, nous nous référons aux origines probables de la personnalité dépendante de la personne assurée, lorsqu'elle tire son origine d'un trouble dans l'enfance, nous nous référons à ce que l'on appelait avant une débilité ou une psychose, appelées aujourd'hui : dysharmonies évolutives de l'enfance qui sont définies sur un curseur de léger à sévère, dans notre cas considéré comme étant léger et persistant à l'âge adulte.

Les performances intellectuelles sont souvent limitées et s'accompagnent, lors d'un stress ou d'une décompensation dépressive, d'une angoisse profonde qui s'exprime cliniquement par des conduites d'agitation ou de retrait, des bizarreries de comportement et elle se traduit par une vie fantasmatique très

primaire, crûment exprimée avec une médiocre distinction entre le réel et l'imaginaire. Ce qui de notre point de vue explique les résultats de l'évaluation neuropsychologique.

En général, il n'est pas demandé de tests neurocognitifs dans ce genre de profil carenciel, car les neuropsychologues ne peuvent avoir l'attention recherchée du début jusqu'à la fin de l'émission des tests. A noter que le test a été demandé par le neurologue et, lors du consensus entre experts, ce dernier a dit verbalement qu'il n'était pas surpris des résultats de l'évaluation neuropsychologique, car lorsqu'il s'agit d'un profil carenciel, les neuropsychologues ne peuvent pas mener à bien les bilans, la tâche est vouée à l'échec."

Après avoir requis le point de vue du SMR sur ce complément d'expertise (avis du 16 juillet 2019 de la Dre G. \_\_\_\_\_), l'OAI a confié une nouvelle expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie en psychothérapie. Dans son rapport du 13 janvier 2020, cet expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de retard mental léger (F70) dès le début de l'âge adulte, de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) dès le début de l'âge adulte, et de neurasthénie (F48) dès 2017. Sans incidence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68) dès 2015. En guise de conclusion, il a estimé la capacité de travail de l'expertisée à 70 % dans une activité adaptée en milieu protégé dès le mois d'août 2018, avec la précision que le retard mental léger et le trouble de la personnalité dépendante excluaient l'exercice d'une activité en milieu usuel.

Dans son complément d'expertise du 27 avril 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions de l'OAI adressées dans l'intervalle :

- Les limitations fonctionnelles durables de l'expertisée sont en premier lieu en lien avec son retard mental léger (faibles capacités de mentalisation, capacités de résilience limitées dans des contextes nécessitant une compréhension de consignes complexes) et son trouble de personnalité dépendante (besoin d'être sécurisée et acceptée, recherche de relations fusionnelles et incapacité à gérer la critique, passivité existentielle avec attente de l'aide d'autrui). Les deux pathologies excluent une présence dans un milieu compétitif et impliquent la nécessité d'aménager le cadre du travail. La neurasthénie ajoute des limitations fonctionnelles en milieu adapté (fatigabilité accrue, hyperémotivité, irritabilité, symptômes somatiques) qui diminuent son rendement.

- Les ressources de l'expertisée sont limitées tant sur le plan cognitif qu'affectif. Tout au long de son histoire de vie, elle a cherché un étayage protecteur (auprès de sa mère au Portugal, puis auprès de son mari, puis auprès de ses collègues dans la cafétéria après son AVC). Une partie de ses ressources familiales se retrouvent au Portugal. Toutefois, l'expertisée a sauvegardé sa relation de couple et se montre apte à s'occuper de sa fille et assume les tâches au quotidien. Elle n'utilise pas de substances psychoactives et bénéficie d'un environnement amical présent.
- Dans son activité adaptée jusqu'à 2014 avec son emploi à la cafétéria de [...] en tant qu'aide-gouvernante (milieu soutenant et peu exigeant compatible avec le retard mental et le trouble de personnalité dépendante), la CT [capacité de travail] était de 100% de 2014 à 2017, puis de 70% après l'apparition de sa neurasthénie. Cette affection fait suite à un conflit conjugal qui a pris de l'ampleur entre 2014 et 2018 et d'autre part aux échecs de ses tentatives de reprise d'une activité professionnelle dans des milieux moins protégés. Dans une activité moins protégée (et donc proche du milieu économique usuel) comme celle à l'école de [...] (intendance), la capacité de travail était nulle depuis 2014 et jusqu'à ce jour.
- L'expertisée n'a pas besoin d'accompagnement pour se déplacer ni pour faire face aux nécessités de la vie."

L'OAI a soumis la nouvelle expertise psychiatrique au SMR. Dans un rapport du 26 mai 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) avec, comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, un retard mental et une neurasthénie. Il a estimé que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis avril 2014, elle était de 100 % jusqu'en décembre 2016, puis de 70 % depuis janvier 2017 (100 % avec baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (faibles capacités de mentalisation et de compréhension de consignes complexes, besoin d'être sécurisée et acceptée, incapacité à gérer la critique, passivité, fatigabilité accrue avec hyperémotivité et irritabilité).

Un avis juriste du 22 juillet 2020, recueilli par l'OAI dans le cadre de son instruction du cas, se termine comme suit :

"Le rapport d'examen SMR du 26 mai 2020 juge l'expertise psychiatrique probante et en retient les conclusions.

Il nous est demandé de nous déterminer sur deux points, à savoir la LM [longue maladie] et la CT [capacité de travail].

En ce qui concerne la LM, il convient dans un premier temps de reprendre certains éléments de l'expertise du DrB.\_\_\_\_\_.

Tout d'abord, il convient de relever que l'assurée a rapidement présenté des difficultés d'apprentissage sur le plan scolaire, difficultés qui ont motivé le choix d'un établissement scolaire privé. Sa scolarité a en effet été laborieuse et à partir de 14 ans elle est restée travailler et vivre auprès de sa mère et ce jusqu'à son mariage et installation en Suisse (p. 7 et 16 de l'expertise).

Il découle du profil neuropsychologique de l'assurée un niveau de fonctionnement intellectuel de niveau très faible à limite. Les principales difficultés se situent au niveau de la mémoire épisodique (en modalité audio-verbale), de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement, du raisonnement perceptif et des capacités visuo-constructives (p. 14 de l'expertise).

Les observations de l'expert psychiatre mettent ainsi en évidence un retard mental léger existant préalablement et qui est également documenté par la difficulté du parcours scolaire et le repli dans une activité protégée au Portugal. De plus, sa personnalité ne s'est pas fondamentalement modifiée, les traits dépendants ayant été présentés dès le début de l'âge adulte comme témoigne une adaptation sociale à minima, l'installation dans une relation de dépendance porteuse de souffrance vis-à-vis de son mari et la grande difficulté à assumer une existence autonome dès le début de sa trajectoire (p. 19 de l'expertise).

Dans le complément d'expertise (p. 1), il est d'ailleurs précisé que les ressources de l'assurée sont limitées tant sur le plan cognitif qu'affectif. En effet, tout au long de son histoire de vie, elle a cherché un étayage protecteur auprès de sa mère au Portugal, auprès de son mari, puis auprès de ses collègues dans la cafétéria après son AVC.

Par ailleurs, selon l'expert, le fonctionnement de jeune adulte de l'assurée a été possible dans un contexte de protection et de prise de décision par autrui (p. 15 de l'expertise).

Enfin, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'expert considère que le retard mental léger, ainsi que le trouble de la personnalité dépendante sont présents depuis le début de l'âge adulte, ce que nous pouvons que confirmer au vu des éléments mentionnés ci-dessus.

Par conséquent, nous pouvons constater que l'assurée présente un niveau de fonctionnement intellectuel de niveau très faible à limite qui a engendré de grandes difficultés scolaires ayant motivé le choix d'un établissement scolaire privé. La trajectoire de vie de l'assurée montre ainsi un déficit développemental présent dès les premières années de sa vie. Elle n'a par ailleurs pas acquis de formation par la suite. Le trouble de la personnalité dépendante, quant à lui, a également largement influencé la vie de l'assurée, ayant toujours cherché un entourage protecteur auprès de ses proches. En outre, toutes les activités professionnelles exercées par l'assurée étaient des activités protégées, tant pour son emploi auprès du café de sa mère au Portugal que pour son emploi d'aide-gouvernante dans la cafétéria [...].

**Sur la base des éléments au dossier, il apparaît alors, selon le principe de la vraisemblance prépondérante, que nous pouvons retenir une LM au début de l'âge adulte.**

S'agissant de la CT, l'expert psychiatre considère que l'assurée ne dispose plus de CT dans son activité habituelle.

Quant à la CT dans une activité adaptée, l'expert l'évalue à 70% - soit 100% avec une baisse de rendement de 30% -, tout en précisant que la CT peut être mise en valeur dans un milieu adapté non occupationnel.

Il convient toutefois de relever plusieurs points de l'expertise psychiatrique qui justifient de s'interroger sur la possibilité pour l'assurée de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le premier marché de l'emploi :

- o p. 7 de l'expertise : d'août 2012 à février 2014, elle travaille en tant qu'aide-gouvernante dans la cafétéria [...]. Elle décrit avoir apprécié cet emploi, notamment car **ses collègues l'aidaient lorsqu'elle oubliait les choses**, mais aussi car **les tâches étaient simples**.
- o p. 15 de l'expertise : les plaintes cognitives (...) se sont accentuées dans le contexte de la **perte des repères** après l'arrêt de son **activité très protégée** en 2014.
- o p. 17 de l'expertise : en termes asséculo-logiques, le retard mental léger et le trouble de la personnalité dépendante **excluent une activité en milieu usuel**. D'ailleurs, la prescription de ses emplois remplit les critères **d'un milieu adapté non occupationnel (besoin de soutien et d'étayage avec activité répétitive et bienveillance)**.
- o p. 19 de l'expertise : nos observations sont concordantes avec celles de l'expertise de 2018 considérant que le trouble de la personnalité dépendante est **une principale source d'invalidité en milieu usuel**.
- o p. 21 de l'expertise : l'activité adaptée doit être une activité simple, structurée, ne mettant pas en jeu la vitesse de traitement des informations **dans un milieu bienveillant**.
- o p. 2 du complément d'expertise : dans son activité adaptée jusqu'en 2014 avec son emploi à la cafétéria de [...] en tant qu'aide-gouvernante (**milieu soutenant et peu exigeant compatible avec le retard mental et le trouble de personnalité dépendante**).
- o p. 2 du complément d'expertise : l'asthénie fait suite à un conflit conjugal qui a pris de l'ampleur entre 2014 et 2018 et d'autre part aux échecs de ses tentatives de reprise d'une activité professionnelle **dans des milieux moins protégés**.

Au niveau des LF [limitations fonctionnelles], il convient de retenir en lien avec le retard mental léger : les faibles capacités de mentalisation, capacités de résiliences limitées dans des contextes nécessitant une compréhension de consignes complexes et en lien avec le trouble de personnalité dépendante : besoin d'être sécurisée et acceptée, recherche de relations fusionnelles et incapacité à gérer la critique, passivité existentielle avec attente de l'aide d'autrui. De plus, les deux pathologies excluent une présence dans un milieu compétitif et impliquant la nécessité d'aménager le cadre du travail. La neurasthénie présente depuis 2017 ajoute également des LF qui diminuent le rendement de l'assurée, à savoir fatigabilité accrue, hyperémotivité, irritabilité, symptômes somatiques (p. 1 du complément d'expertise).

Par ailleurs, il convient de préciser qu'une mesure d'observation est mise en place selon l'art. 69 RAI en septembre 2017, mais celle-ci a dû rapidement être arrêtée. La note d'entretien du 3 octobre 2017 explique que l'assurée ne s'est pas présentée régulièrement en raison de ses problèmes de santé, cette dernière décrivait ressentir un état de tension et de stress qui l'empêchait de travailler. Par la suite, aucune autre mesure ne sera mise en place.

**Au vu de tous ces éléments, merci de faire un mandat à la REA afin de déterminer si la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 70 % de l'assurée - soit une CT de 100% avec une baisse de rendement de 30% - peut être mise en valeur sur le premier marché de l'emploi ou si nous sommes dans le cadre d'un atelier protégé pour la CTAA restante."**

Dans une communication interne établie le 24 juillet 2020, une spécialiste en réadaptation professionnelle à l'OAI a fait le point de situation définitif en ces termes :

"cf. rapport du 4.06.2020 et note JUR du 22.07.2020. Au[x] LF [limitations fonctionnelles] retenues par le SMR (26.05.2020), il faut encore retenir : capacités de résilience limitées, recherche de relations fusionnelles, exclure une présence en milieu compétitif, nécessité d'aménager le cadre du travail.

Au vu de ces LF, nous sommes d'avis que seul des postes en atelier protégé sont accessibles à l'assurée. Cf aussi le rapport d'expertise psychiatrique qui justifie à plusieurs reprises la nécessité d'un cadre bienveillant.

Dès lors, nous proposons les éléments suivants :

- **2016 :**  
RS : Sfr. 50'577.93 à 100% (rapport 4.06.2020)  
RI : Sfr. 10'500.- à 100% en atelier protégé  
PE : 79.25%
- **2017 :**  
RS : Sfr. 50'780.24 à 100% (rapport du 4.06.2020)  
RI : Sfr. 7'350.- à 70% en atelier protégé  
PE : 85.50%

**Aide au placement : non”**

Par projet de décision du 11 août 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Originaire du Portugal, vous êtes entrée en Suisse le 1<sup>er</sup> août 2005, à l'âge de 28 ans.

Selon la documentation médicale versée à votre dossier, vous présentez une atteinte à la santé nuisant à votre capacité de travail et de gain depuis le début de l'âge adulte.

Il convient dès lors d'examiner si vous remplissez les conditions générales d'assurance pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité.

En tant que ressortissante d'un état membre de l'Union européenne (UE), vous êtes soumise aux dispositions de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et la Communauté européenne et ses états membres (ALCP). Vous bénéficiez dès lors, en vertu de cet accord, et notamment de son annexe II (règlement CE 883/2004), de l'égalité de traitement avec les ressortissants suisses (art. 2 al. 1 du règlement précité).

Il convient par conséquent d'examiner votre droit à une rente d'invalidité à la lumière du droit suisse.

Selon l'art. 36 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

La notion de survenance de l'invalidité est définie par l'art. 4 al. 2 LAI. Selon cette disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. En matière de rente, l'invalidité est considérée comme survenue dès que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe, pour les personnes atteintes dans leur santé depuis leur naissance ou leur enfance, au premier jour du mois qui suit leur 18<sup>ème</sup> anniversaire (art. 29 al. 1 *in fine* LAI), soit en l'espèce au 1<sup>er</sup> juin 1995.

En l'occurrence, à cette date, vous ne comptiez pas, et ne pouviez pas compter au moins trois années de cotisations, de telle sorte que le d[r]oit à une rente ordinaire doit vous être nié.

Reste encore à examiner si le droit à une rente extraordinaire peut vous être reconnu.

Selon l'art. 42 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), applicable par renvoi de l'art. 39 al. 1 LAI, les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins.

Selon la jurisprudence (ATF 131 V 390 consid. 2.4), cette exigence vise les années d'assurance pour lesquelles la loi prévoit une obligation générale de cotiser. Il s'agit donc des années d'assurance accomplies dès le 1<sup>er</sup> janvier qui suit la date où la personne a eu 20 ans révolus (art. 2 LAI, en corrélation avec l'art. 3 LAVS).

En l'espèce, les personnes de votre classe d'âge sont assurées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998. Or, comme vous êtes entrée en Suisse ultérieurement, vous ne pouvez pas compter le même nombre d'années d'assurance que les personnes de votre classe d'âge, de telle sorte que le droit à une rente extraordinaire doit également vous être nié.

Enfin, il ressort de l'instruction de votre dossier que votre état de santé ne permet pas la mise en place de mesures d'ordre professionnel."

Malgré les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2020, confirmé la teneur de son projet de décision du 11 août 2020. Dans un courrier d'accompagnement du même jour faisant partie de sa décision, il s'est exprimé sur la contestation de l'intéressée en ces termes :

"Vous faites en substance valoir que vous présentez une atteinte à la santé incapacitante depuis le mois de septembre 2015, que les conditions générales d'assurance pour le droit à la rente sont remplies et enfin qu'une rente entière d'invalidité doit vous être octroyée.

Suite à l'expertise réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_ en octobre et novembre 2019, nous considérons que votre atteinte à la santé remonte au début de l'âge adulte.

Par ailleurs, l'activité professionnelle exercée auprès de D. \_\_\_\_\_ SA de 2012 à début 2014 n'est pas déterminante en l'espèce eu égard au fait qu'il s'agissait d'une activité très protégée.

En outre, vous signalez que l'atteinte principale à la santé découle des séquelles de l'AVC survenu [en] août 2011. D'un point de vue neurologique et neuropsychologique toutefois, il n'y a pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles ou une diminution de la capacité de travail, hormis pour la période d'août 2011 à avril 2012. L'incapacité de travail ayant duré moins d'une année, le droit à la rente pour cette atteinte à la santé n'est par conséquent pas ouvert

(article 28 alinéa 1 lettre b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité).

Au vu de tout ce qui précède, nous maintenons notre position telle qu'elle ressort du projet de décision de refus de rente d'invalidité du 10 août 2020 en votre possession. Une décision conforme audit projet, et dont le présent courrier fait partie intégrante, vous est ainsi transmise en annexe."

**C.** A. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 14 janvier 2021, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il détermine le début et le montant de son droit à la rente d'invalidité, en tenant compte des conclusions de l'expertise médicale judiciaire dont elle requérait la mise en œuvre par le tribunal. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle contestait que son dernier emploi auprès de la société D. \_\_\_\_\_ SA avait consisté en une activité protégée, que les séquelles de son AVC survenu en 2011 justifiaient la prise en compte de limitations fonctionnelles et une diminution de la capacité de travail uniquement pour la période d'août 2011 à avril 2012, et enfin elle niait la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 10 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a relevé que des investigations complémentaires ne se justifiaient pas, renvoyant à l'avis juriste ainsi qu'aux réponses de la spécialiste en réadaptation professionnelle recueillis au dossier.

Le 18 juin 2021, en réplique, la recourante, désormais représentée par Me Philippe Graf, a modifié ses précédentes conclusions comme suit :

"Principalement :

- I. La décision rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2020 par l'Office AI est réformée en ce sens que Madame A. \_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'une rente ordinaire entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 ;

Subsidiairement :

*Préalablement*

II. Une expertise médicale judiciaire de Madame A. \_\_\_\_\_ est mise en œuvre ;

*Au fond*

III. La décision rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2020 par l'Office AI est annulée, et la cause renvoyée audit Office, pour nouvelle décision, qui tiendra compte des conclusions de l'expertise médicale judiciaire mise en œuvre.

Plus subsidiairement encore :

IV. La décision rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2020 par l'Office AI est annulée, et la cause renvoyée audit Office, pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants."

Ce faisant, elle a contesté le point de vue de l'OAI qui se basait, entre autres, sur l'avis juriste du 22 juillet 2020. Elle soulignait l'absence d'élément permettant de conclure qu'elle avait occupé des activités protégées en Suisse entre 2007 et 2014 ; en particulier, l'emploi occupé au service de D. \_\_\_\_\_ SA était soumis à des exigences normales, et nullement adapté à une atteinte quelconque. Indiquant que le versement d'un salaire social n'avait pas été établi ni même allégué par l'office intimé, elle déplorait un manque d'instruction sur le caractère « normal » de l'emploi occupé entre 2012 et 2014. Elle faisait valoir en outre que les avis successifs du SMR faisaient état d'une activité normale dans le domaine du nettoyage. A ses yeux, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_ semblait extrêmement confus voire incompréhensible quant à ses conclusions relatives à la capacité de travail, cet expert ayant confondu les notions d'activité adaptée et d'activité protégée. Elle concédait toutefois que le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ conservait une valeur probante s'agissant des diagnostics psychiatriques retenus et des limitations fonctionnelles décrites. S'agissant de l'avis juriste du 22 juillet 2020, la recourante a contesté les trois motifs avancés pour retenir une longue maladie présente déjà au début de l'âge adulte ; à son avis, jusqu'en février 2014, au moins, elle présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle et ses multiples restrictions fonctionnelles, présentes depuis le mois d'avril

2014, entravaient toute activité imaginable sur le marché ordinaire du travail, ce qui lui ouvrait le droit à une rente ordinaire d'invalidité entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015. Même à considérer qu'elle n'avait pas droit à la rente ordinaire en raison d'une période d'invalidité antérieure à sa venue en Suisse, elle estimait remplir les conditions d'assurance, avec la précision que l'avis juriste du 22 juillet 2020 revenait à nier l'existence de sept années durant lesquelles elle avait cotisé à l'AVS/AI, en travaillant, comme en attestait l'extrait de son compte individuel (CI), et que par ailleurs cet avis était incompatible avec l'ensemble des pièces médicales au dossier. Rappelant qu'il était établi que seuls des postes en atelier protégé étaient accessibles et compte tenu des vices affectant le caractère probant des rapports d'expertises des Drs B.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, elle insistait sur la nécessité d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et neurologique) judiciaire afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur son cas. Sous bordereau de pièces joint à son mémoire, la recourante a notamment produit les documents suivants :

- un avenant du 22 mai 2013 au contrat de travail entre la recourante et la société D.\_\_\_\_\_ SA ;

- une lettre de recommandation rédigée par D.\_\_\_\_\_ SA le 28 février 2014 dont il ressort ce qui suit :

“A qui de droit

Lettre de recommandation :

Je soussigné, [...], Facility Manager chez **D.\_\_\_\_\_ SA**, a travaillé entre août 2012 et février 2014 avec **Madame A.\_\_\_\_\_**.

Durant cette période, Madame A.\_\_\_\_\_ faisait partie de mon équipe et occupait un poste fixe d'**Aide-Gouvernante** à 50% puis à 100%.

A ce titre, elle a fait preuve d'investissement constant et positif en vue de garantir une qualité de service optimale pour notre client [...].

En tant que supérieur hiérarchique de Madame A.\_\_\_\_\_, je dois souligner son implication, son orientation client et sa flexibilité.

Madame A.\_\_\_\_\_ a dû malheureusement quitter son poste suite à des remaniements budgétaires qui ne remettent aucunement en cause la qualité de son travail.

Je ne peux donc que la recommander auprès de ses futurs employeurs.” ;

- un certificat de travail délivré par D. \_\_\_\_\_ SA le 3 mars 2014 où il est écrit que la recourante avait assumé les tâches et responsabilités inhérentes à la fonction d'aide-gouvernante suivantes :

- “• Nettoyage des coins café
- Nettoyage et rangement de la vaisselle
- Nettoyage et détartrage des machines à café
- Nettoyage des sanitaires
- Réassorts des divers stocks
- Supervisions des salles de conférence
- Livraison des lunchs
- Eliminations et tri sélectif des déchets” ;

- un rapport médical des Dres R. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en neurologie, de l'[...], du 8 février 2021 posant le diagnostic de crises non épileptiques psychogènes depuis 2018 avec perte de contact prolongée et fermeture des yeux et qui se termine comme suit :

**“Conclusion :**

Mme A. \_\_\_\_\_ présente des crises non-épileptiques psychogènes (PNES) depuis 2018, favorisées par des troubles anxio-dépressifs après l'AVC en 2011.

Anamnesticquement et cliniquement, les arguments pour une origine non-épileptique sont la perte de contact prolongée d'au moins 30 minutes associée à des expressions affectives (pleurs), uniquement apparentes lorsqu'elle est en compagnie d'autres personnes, sans accident ou blessure durant les chutes à la position debout. La patiente elle-même décrit des troubles anxio-dépressifs avec une fatigue comme facteurs favorisant pour la survenue des épisodes psychogènes et décrit très bien la composante émotionnelle. Le reste de l'anamnèse n'évoque pas d'argument pour des crises d'épilepsie focale sans ou avec généralisation ou pour une épilepsie manifeste.

Sur le plan diagnostique, nous enregistrons un épisode clinique sous vidéo-EEG, ce qui est le gold standard **permettant de confirmer sans équivoque la nature non épileptique psychogène de ces épisodes**, tant sur l'aspect clinique, que sur l'aspect électroencéphalographique (absence de corrélat électroencéphalographique notamment de tout pattern de crise). L'épisode se manifeste avec une perte de contact et fermeture des yeux, bien reconnu par la patiente et son mari comme un épisode habituel ; déclenché par les manœuvres de suggestion. A noter que les manœuvres de suggestions ont également pu mettre fin au malaise, et aidé la patiente à revenir à elle ; d'après elle et son mari,

ce malaise était donc de sémiologie habituelle mais plus court que d'habitude.

Nous avons longuement discuté de ce diagnostic avec la patiente et son mari, et expliqué qu'il n'y a pas de mise en danger à priori par des crises psychogènes, hormis le risque de chute ou de blessure. Nous avons également transmis des informations écrites (brochure d'information de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie), pour plus d'information, notamment pour l'entourage (fille ainée). La patiente et son mari comprennent le diagnostic et décrivent une situation effectivement difficile en raison de la problématique psychique (trouble anxio-dépressif) et sociale, avec comme facteurs déclenchants de la dégradation de la situation l'AVC en 2011.

Sur le plan thérapeutique, nous discutons avec la patiente de renforcer le suivi psychiatrique et psychologique avec des options d'une thérapie comportementale, parfois intéressante pour la gestion émotionnelle, et pour développer des stratégies pour mieux gérer les malaises, notamment sur ses réactions au début des malaises psychogènes. Il n'y a pas de médication spécifique permettant de traiter ce type de malaises, mais il est important de poursuivre le suivi psychiatrique ; une éventuelle comorbidité psychiatrique (notamment anxio-dépressive) doit être traitée comme telle.

La patiente a bénéficié d'un suivi cognitif / neuropsychologique à [...] entre 2016 et 2017, qui a permis une amélioration de la situation, également sur le plan psycho-comportemental.

Vu la persistance des troubles cognitifs modérés post-AVC, nous proposons de reprendre et organisons le suivi cognitif à [...] avec le but de développer des stratégies et de renforcer les compétences de la patiente pour compenser la sensation d'incapacité au niveau cognitif.

Pour le futur, nous allons revoir la patiente dans 3 mois. [...]” ;

- un rapport adressé à l'OAI par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du 18 février 2021, rédigé en ces termes :

“Madame, Monsieur,

J'ai récemment pris en charge la patiente sus-nommée pour un suivi global de médecine interne.

Dans ce contexte et pour apporter un éclairage à son dossier AI vu la procédure de contestation en cours, je me permets de transmettre les information[s] suivantes :

Madame, est une patiente de 42 ans, sans niveau d'éducation supérieur.

Elle a travaillé dans le domaine du nettoyage jusqu'à 2014 en Suisse.

Elle a présenté un accident vasculaire cérébral vertébro-basilaire pluriétage d'origine embolique 08.2011 traité par thrombolyse et fermeture de foramen ovale perméable en février 2012.

La patient[e] décrit depuis ce moment [à] des troubles neuropsychologiques importants, ceux-ci sont objectivés de manière factuelle dans le bilan neuropsychologique de 2016 :

oDes difficultés langagières, une acalculie sévère, une mémoire immédiate abaissée, une atteinte de mémoire antérograde, une dysfonction exécutive, des troubles de l'attention, des difficultés au niveau du raisonnement verbal et non verbal..

Les mêmes constatations sont faites le 2017 avec une amélioration générale.

Elle est connue pour un retard mental léger mais a travaillé jusqu'à 2014 où elle a signalé en raison des troubles de la mémoire, de la concentration, ainsi que des troubles praxiques, une incapacité à effectuer son travail correctement.

Elle présente actuellement également des malaises de conversion très probablement investigués par un EEG normal (incluant pendant une crise) tout cela dans le contexte du stress lié à la situation sociale et familiale et dans le contexte des troubles de la personnalité.

Une investigation est demandée à la [...] et prise en charge d'un trouble neurologique fonctionnel en cours.

L'anamnèse actuelle révèle mis à part des malaises sus-décrits avec perte de connaissance et mouvements anormaux des membres polymorphes sans phase post-critique épisodiques, une patiente en état général conservé, vu la difficulté langagière en Français, l'anamnèse ne peut être poussée dans le détail, mais elle n'a pas de plainte systématique.

Elle n'a pas besoin de soutien dans les activités de la vie quotidienne (nettoyage, cuisine, sortie achat).

Elle a par contre besoin de soutien dans la gestion des rendez-vous, dans les documents administratifs et le paiement des factures.

L'examen clinique effectué, incluant un examen neurologique complet sont tous dans la norme.

Le bilan de santé (Check-up est également normal).

Je constate donc que ma patiente :

- Malgré un état de santé somatique actuellement normal, présente des limitations neuropsychologiques importantes touchant pratiquement toutes les sphères neurocognitives avec une gravité variable.
- Qu'elle présente un trouble de personnalité avec des malaises fonctionnels dans le contexte d'un stress important vu la situation sociale et le trouble de la personnalité de base.
- Qu'il est très difficile de faire la part des choses, entre un aspect fonctionnel et une atteinte réellement neuropsychologique dans l'évaluation de ses troubles cognitifs.

- Mais que :
  - o L'atteinte vertébro-basilaire explique une atteinte neuropsychologique multimodale.
  - o Les atteintes vasculaires peuvent être fluctuantes selon les jours et les moments de la journée (on/off) rendant les évaluations neuropsychologiques effectuées à différents moments incohérentes de par leur sévérité et que cela est un élément à prendre en compte.
  - o Ces atteintes cognitives peuvent être dégénératives, se transformant en troubles cognitifs chroniques ou même en démence vasculaire, pouvant expliquer pourquoi l'état cognitif de la patiente s'est dégradé quelque[s] année[s] après l'AVC.

Tous ces éléments sont à prendre en compte dans l'évaluation de la situation neuropsychologique de la patiente mais aussi afin d'étayer la datation de ce trouble en effet un aspect lié à un trouble de la personnalité et un léger retard mental n'est pas exclu mais il est très clair que l'accident vasculaire grave présenté en 2011, a entraîné l'aggravation de l'état neuropsychologique de la patiente et entraîné son incapacité de travail constatée actuellement." ;

- une attestation établie le 18 mai 2021 par D. \_\_\_\_\_ SA, rédigée en ces termes :

"A qui de droit,

Nous soussignés, D. \_\_\_\_\_ SA, attestons que Madame A. \_\_\_\_\_ née le [...] a travaillé dans notre société de 2012 à 2014 en qualité d'Aide-gouvernante. Durant cette période, le poste de Madame A. \_\_\_\_\_ était soumis à des exigences normales et n'a pas été adapté à une problématique de santé.

Cette attestation est établie à sa demande." ;

Dans sa duplique du 22 juillet 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a observé que l'avis juriste du 22 juillet 2020 tenait compte des renseignements médicaux ainsi que du cursus professionnel de la recourante.

**D.** Par décision du 24 février 2021, la juge en charge de l'instruction a refusé à A. \_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire sous forme d'avance de frais et a prolongé le délai au 26 mars 2021 pour effectuer l'avance de frais de 400 fr., sous peine d'irrecevabilité. Cette avance de frais a finalement été effectuée dans le délai imparti.

**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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C\_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 ; TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**b)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**e)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b).

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités

envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 *ad art.* 7).

**4.** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée de cotisations minimale de trois ans lors de la survenance de l'invalidité. Ainsi, pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité, la personne assurée doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, un certain nombre d'années de cotisation. Dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le législateur a porté à trois ans la durée minimale de cotisations selon l'art. 36 LAI, qui était jusqu'alors d'une année.

D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

En l'occurrence, les faits juridiquement déterminants se sont produits au mois de septembre 2015, date de la demande de prestations AI qui a fait partir le délai permettant de déterminer la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI).

Le droit à une rente ordinaire devra dès lors être examiné sous l'angle des dispositions légales en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. C'est ainsi une durée de cotisations de trois ans qui doit être réalisée lors de la

survenance de l'invalidité. Dite condition n'est cependant pas absolue. En effet, en application des art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement (CEE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), des cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (voir également ch. 3004 et 3005 CIBIL [Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI]).

**5.** Selon l'art. 39 al. 1 LAI, en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), le droit à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité est réservé aux ressortissants suisses.

A teneur de l'art. 42 al. 1 LAVS, les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins.

La condition de la durée d'assurance complète est réalisée lorsqu'une personne a été assurée obligatoirement ou facultativement sans interruption depuis le 1<sup>er</sup> janvier qui suit l'accomplissement de sa 20<sup>e</sup> année jusqu'à la survenance de l'évènement assuré (ATF 131 V 390 consid. 2.4).

Bien que la rente extraordinaire ait un caractère non exportable (ATF 141 V 530 consid. 7), les Etats membres ne sont pas pour autant dispensés d'en garantir l'octroi aux personnes résidant sur leur territoire et auxquelles les dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la

coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) sont applicables, dans les mêmes conditions qu'à leurs propres ressortissants (133 V 265 consid. 5.2). A cet égard, le Tribunal fédéral a retenu que la réglementation suisse (art. 39 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 42 al. 1 LAVS) est directement discriminatoire, en ce sens qu'elle réserve le droit à une rente extraordinaire d'invalidité aux ressortissants suisses. Dans la mesure où une rente extraordinaire serait octroyée à un ressortissant suisse, elle doit également, pour éviter une discrimination directe fondée sur la nationalité, être accordée à une personne de nationalité étrangère pouvant se prévaloir du principe d'égalité de traitement, comme si cette personne possédait la nationalité suisse (ATF 131 V 390 consid. 7.2).

**6.** L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente ordinaire de l'assurance-invalidité au motif que la recourante présentait une atteinte à la santé depuis le début de l'âge adulte, si bien qu'elle ne comptabilisait pas les années de cotisation à ce moment-là.

La recourante estime en substance qu'il est arbitraire de retenir qu'elle n'a occupé que des emplois très protégés en Suisse alors qu'elle en a occupés plusieurs pour différents employeurs, qu'elle a obtenu de bons certificats de travail et que l'un des employeurs a déclaré que son poste était soumis à des exigences normales, non adapté à une problématique de santé. Elle a ajouté que cet employeur avait en outre augmenté son taux de 50 à 100 % dès le 22 mai 2013, ce qui démontrait qu'il était satisfait de ses services, et qu'elle avait obtenu une lettre de recommandation qui ne laissait aucunement penser qu'elle pouvait être limitée ou avoir pu nécessiter un encadrement protégé.

**a)** Il convient de rappeler que la capacité de travail doit être en premier lieu évaluée par un médecin dont la tâche consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V

93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** L'intimé a fait réaliser deux expertises, qui lui ont permis de fonder sa décision.

**aa)** Dans leur rapport du 18 janvier 2019, les experts O. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont fixé la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée dès le 11 avril 2012 (date de l'examen cardiologique constatant la normalisation de la fonction cardiaque et la fermeture du foramen ovale) ; l'incapacité de travail était totale depuis l'AVC jusqu'à cette date. L'atteinte invalidante est uniquement psychiatrique, à savoir une personnalité dépendante (F60.7). Il n'y a pas d'atteinte ni de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique.

L'experte psychiatre observe qu'au début, l'AVC d'août 2011 n'a pas eu beaucoup d'impact sur l'état de santé de l'assurée qui a pu reprendre le travail rapidement, soutenue par son entourage. Cependant la fatigue et les symptômes dépressifs, qui n'existent plus au moment de l'expertise (état de status post), ont pris le dessus. Les bilans neuropsychologiques ont révélé de nombreuses limitations au niveau de la mémoire des faits récents et de la mémoire rétrograde. Elle évoque des atteintes des fonctions supérieures et des fonctions exécutives avec des distractions, des oublis et un trouble du caractère qui s'accroît. Puis elle note que l'assurée a eu des difficultés au niveau des apprentissages lorsqu'elle était jeune, tout en précisant que ces troubles de l'apprentissage ne l'ont pas beaucoup affectée car elle a toujours occupé des postes simples. La Dre O. \_\_\_\_\_ indique que le trouble de la personnalité dépendante est caractérisé par la tendance systématique à laisser passivement autrui prendre les décisions la concernant, importantes ou mineures, par une crainte d'être abandonnée, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive à la volonté d'autrui et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. La requérante, de par sa fragilité de base, a vécu durement la période de l'AVC ce qui a

été le déclencheur des symptômes de décompensation dépressive, actuellement résolus, mais étant à l'origine de la floraison des traits de personnalité pathologique expliquant le vécu subjectivement douloureux des conséquences de l'AVC pour l'assurée. L'experte ajoute qu'il s'agit de symptômes qui ne l'ont pas empêchée de travailler dans un premier temps, mais qui ne lui ont plus permis de reprendre. Puis, elle considère qu'au vu de l'amélioration du fonctionnement actuel de la recourante, une capacité de travail partielle doit lui être reconnue dans les tâches ménagères et les tâches répétitives dans son domaine de compétences tels que les cafés et les restaurants. Elle retient donc finalement que le diagnostic de personnalité dépendante exacerbe tous les troubles en lien avec le vécu de l'AVC, un trouble marqué par l'appauvrissement de son champ de vie, des troubles des fonctions supérieures, une fatigue importante, une labilité émotionnelle, un comportement carenciel et impulsif et une incapacité à intégrer de nouvelles informations ; la recourante sollicite le soutien permanent de son entourage et de l'environnement médical. Selon l'experte, ce diagnostic ne permet pas à la recourante de reprendre une activité à temps plein dans le monde du travail.

La Dre O.\_\_\_\_\_ constate les difficultés d'apprentissage de l'assurée dans son jeune âge, ses traits de caractère dépendant et son profil carenciel, mais n'examine pas vraiment si les effets invalidants de l'atteinte qui en est la cause remontent à une période antérieure à l'AVC, se bornant à relever que de toute façon elle n'en subissait que peu les conséquences puisqu'elle occupait un emploi simple en étant encadrée par sa mère. Elle part aussi de la prémisse que les troubles cognitifs sont apparus immédiatement après l'AVC en ajoutant qu'ils se sont présentés au fur et à mesure de façon progressive dans tous les domaines de la vie, mais sans vraiment examiner si et dans quelle mesure des troubles cognitifs pouvaient exister avant l'AVC. L'examen rétrospectif est ainsi peu étayé et ses conclusions peu convaincantes. Elle indique que les limitations fonctionnelles sont nouvelles et que les carences liées à l'éducation de base et au profil de personnalité pathologique et dépendante sont des éléments péjorant les capacités cognitives de

l'assurée (expertise pp. 10 et 29). Selon l'experte psychiatre, la recourante est dépendante de son entourage depuis son jeune âge mais encore plus depuis l'AVC (expertise p. 20). Ces constatations ne sont pas suffisantes pour déterminer la gravité du trouble dans son jeune âge. Puis, lorsque le médecin psychiatre traitant lui fait part d'une péjoration de l'état de l'assurée qui multiplie les prises en charge sans aller jusqu'au bout, la Dre O.\_\_\_\_\_ considère que cette attitude est en lien avec le profil de personnalité pathologique et le vécu déroutant de l'apparition des troubles décrits mais ne se prononce pas sur la péjoration alléguée.

Dans son avis du 20 mars 2019, le SMR, a également relevé des contradictions et des lacunes dans le rapport de l'experte psychiatre O.\_\_\_\_\_. Celle-ci retient notamment une capacité de travail de 50 % depuis le 11 avril 2012 alors que l'assurée a travaillé au taux de 50 % dès le 14 février 2012, puis à 100 % dès le 22 mai 2013 jusqu'au 28 février 2014. A la page 8 de l'expertise, il est écrit que du point de vue psychiatrique, la personne assurée a présenté des troubles cognitifs immédiatement après l'accident vasculaire, des troubles qui se sont manifestés au fur et à mesure de façon progressive dans tous les domaines de sa vie sans donner de précisions sur l'apparition de ces troubles. Le SMR ne comprend pas comment les symptômes dépressifs ont pu prendre le dessus, alors que l'intéressée a été licenciée avec effet au 28 février 2014 pour des motifs économiques et non médicaux et qu'un suivi psychothérapeutique n'a débuté qu'en mars 2015, puis le suivi psychiatrique le 1<sup>er</sup> octobre 2015. Le SMR relève des différences notables dans l'anamnèse sur des faits simples à comprendre, à savoir par exemple que l'anamnèse rend compte d'une fratrie de l'assurée qui se compose une fois de trois garçons et trois filles, une fois de deux garçons et quatre filles et chez le psychiatre traitant il s'agit d'une fratrie de quatre. L'experte psychiatre retient par ailleurs une absence de divergence, d'autolimitation, d'exagération ou de simulation alors que dans son propre rapport avec le même interlocuteur l'assurée relate à la fois une vie de couple harmonieuse et des difficultés relationnelles en couple, s'occuper elle-même des tâches relatives à l'entretien du foyer et avoir besoin en permanence de quelqu'un avec elle, et aimer bien sortir avec ses copines

pour boire un café et ne plus parvenir à sortir. Le SMR ne s'explique pas que la vie de l'assurée aurait changé depuis son AVC cérébral en 2011 alors que celle-ci ne mentionne pas la cause de son handicap au neurologue. Puis il ne comprend pas que l'assurée dit être anéantie par la découverte de ses difficultés ces derniers temps mais la longue liste de ses incapacités évoquées chez le neurologue ne génère pas de manifestation émotive sous la réserve des problèmes relationnels avec son mari. Enfin, en page 26, l'experte écrit d'une part que « la personne assurée a peu conscience de ses troubles et elle se sent parfois dans une impasse » mais d'autre part que « son sens des réalités et sa capacité de jugement sont globalement préservés ». Le SMR relève encore des contradictions dans les résultats de l'examen neuropsychologique (oublier des lettres et des chiffres mais confirmer la présence d'erreurs d'accents sur des mots isolés et réussir la dictée de chiffres) et invite la Dre O.\_\_\_\_\_ à justifier ces discrédances dont le lien avec le trouble de la personnalité dépendante lui échappe.

Dans son complément du 3 mai 2019, l'experte psychiatre précise que lorsqu'elle a passé au taux de 100 % dans son poste, l'assurée n'avait en réalité qu'un rendement à 50 % sans toutefois être en mesure de l'étayer ; cette affirmation ne saurait convaincre dès lors qu'on ignore sur quels éléments se base la Dre O.\_\_\_\_\_, ce d'autant que cela ne ressort ni des déclarations de l'assurée ni de l'employeur (complément d'expertise p. 3). Pour le reste, elle admet que l'assurée présente un tableau clinique déroutant par son contenu et sa chronologie, puis que le développement cognitif ait pu être soit retardé soit limité déjà lors de son enfance ; elle reconnaît l'existence d'un trouble dans l'enfance qu'elle qualifie de léger sans motiver plus avant ce degré et les incidences de ce trouble. Les autres questions du SMR n'ont pas vraiment trouvé de réponses plus claires et étayées.

Compte tenu de ces discrédances, les constatations, incomplètes et parfois contradictoires, et conclusions de la Dre O.\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies, de sorte que l'intimé a ordonné à juste titre une nouvelle expertise psychiatrique. Il s'est avéré en outre indispensable,

compte tenu de la nature des difficultés de la recourante, de mesurer ses capacités intellectuelles, ce que la Dre O. \_\_\_\_\_ n'avait pas investigué.

A l'inverse de ce qui prévaut pour le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire J. \_\_\_\_\_, les conclusions de l'expert neurologue peuvent se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, le Dr Z. \_\_\_\_\_ se fonde sur des données médicales objectives ; à l'occasion de son analyse, il a relevé des incohérences dans les résultats d'un nouvel examen neuropsychologique de novembre et décembre 2018 semblant montrer une nouvelle aggravation des déficits par rapport au précédent examen IRM de février et mars 2017 (expertise p. 43). Or, le dossier radiologique et particulièrement le dernier IRM de février 2017 ne démontraient pas d'arguments pour une maladie autre et singulièrement une atrophie qui pouvait laisser penser à une maladie dégénérative ou à des lésions nouvelles et multiples pouvant expliquer un tel déficit. Dès lors que la cause de l'AVC avait été traitée définitivement et que les lésions cérébrales s'étaient atténuées au vu du récent IRM, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique. Il relève que dans le dossier, notamment dans les rapports médicaux de la Dre E. \_\_\_\_\_, il n'est pas envisagé que les déficits puissent être sans rapport avec l'AVC de 2011 et il n'y a pas de critique sur le rapport entre la localisation de la lésion thalamique et les déficits cognitifs. Il constate une incohérence dans la gravité des troubles neuropsychologiques allégués qui ne permet pas de déterminer clairement quelles sont les limitations dans les activités envisageables, que ce soit dans le domaine de l'activité ménagère ou dans une profession ; du point de vue neurologique, il confirme toutefois qu'il n'y a pas de déficit. Il ajoute que l'assurée a décrit des troubles neuropsychologiques si graves qu'elle serait totalement dépendante pour les activités ménagères, ses déplacements et qu'elle se sentait incapable d'exercer une profession simple sans l'aide d'autres personnes. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ souligne que cette situation apparemment catastrophique est évoquée sans la moindre émotion et précise que les résultats des tests neuropsychologiques ne permettent pas de savoir s'il existe une limitation crédible des capacités. Il indique que les troubles du sommeil rapportés évoquant un sévère syndrome de retard de phase et une hypersomnie qui

pourrait être qualifiée de catastrophique sont également assez incohérents en l'absence de toute symptomatologie qui pourrait laisser penser à une origine organique de ces troubles du sommeil.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ conclut qu'entre l'AVC du 7 août 2011, la fermeture du foramen ovale le 14 février 2012 et jusqu'à ce que l'examen cardiologique du 11 avril 2012 constate la normalisation de la fonction cardiaque et la fermeture du foramen ovale, l'assurée était en incapacité de travail totale. Sur le plan neurologique, elle a toutefois récupéré une capacité de travail complète actuelle depuis le 11 avril 2012 dans l'activité habituelle, sur le marché ordinaire du travail. Il a précisé que les limitations fonctionnelles, sur le plan neurologique, n'étaient pas nouvelles mais dues à la faible scolarité et l'absence de formation professionnelle (expertise p. 48).

**bb)** Une expertise psychiatrique est rendue le 13 janvier 2020 par le Dr B.\_\_\_\_\_. Il pose les diagnostics de retard mental léger (F70) dès le début de l'âge adulte, trouble de la personnalité dépendante (F60.7) dès le début de l'âge adulte, et neurasthénie (F48) dès 2017, puis majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68) dès 2015 (expertise p. 15). Il conclut à une capacité de travail de 70 % dans une activité en milieu protégé dès août 2018, une activité en milieu usuel étant exclue. Cet expert a ainsi émis les considérations suivantes (expertise pp. 16-17) :

*"Appréciation générale*

Il s'agit d'une femme aux capacités intellectuelles très limitées ayant vécu tout du long sous le sceau de la protection d'autrui. Sa scolarité était laborieuse et à partir de 14 ans, elle est restée travailler et vivre auprès de sa mère, et ce jusqu'à son mariage et installation en Suisse. Jusqu'en 2011, les seuls diagnostics retenus sont le retard mental léger et un trouble de la personnalité dépendante. Très peu capable d'assumer une existence loin du noyau familial, elle a pourtant pu donner naissance à deux filles se montrant globalement adéquate dans ses interactions avec elles. Il n'est pas un hasard que ses consultations en psychiatrie datent de 2015, une période marquée par un conflit houleux avec son mari en lien avec son alcoolisme et des passages à l'acte violents. La symptomatologie est alors apparentée à un épisode dépressif traité ambulatoirement. A partir de 2015, les symptômes rapportés par cette femme ne sont

plus du registre dépressif. Elle dit avoir une humeur fluctuante, des troubles du sommeil, mais aussi des vertiges, une fatigue importante, des chutes inexplicables, des troubles de la concentration et des « piqûres à la tête ». Elle y ajoute un sentiment de baisse de son efficacité cognitive (mais qui en réalité est à l'origine faible), des pleurs avec explosion de colère et une difficulté à contrôler ses émotions. Elle tente de mettre tous ces symptômes en lien avec son AVC. La plupart de ces symptômes peuvent être facilement regroupés dans le cadre de sa neurasthénie, une réaction anxieuse et dépressive de basse intensité qui persiste à partir de 2015. La baisse de l'efficacité cognitive est difficile à définir chez une femme avec un retard mental léger non bilanté au préalable. Toutefois, le profil n'est pas celui d'une atteinte du type dépressif (les fonctions exécutives sont globalement préservées, la mémoire est atteinte de manière hétérogène). Comparativement au bilan effectué en 2016, on ne retrouve ni difficultés langagières ni atteinte exécutive et les capacités de mémoire épisodique sont préservées en modalité visuo-spatiale. Contrairement à ce bilan, notre test de validation met en évidence une nette tendance à la majoration des symptômes qui impacte clairement les performances cognitives.

Le scénario le plus vraisemblable dans ce cas d'espèce est que cette femme aux capacités cognitives limitées avec une résilience faible en lien avec son trouble de la personnalité a été déstabilisée dans le cadre du conflit houleux avec son mari présentant une souffrance considérable à partir de 2012. Le travail protégé dans une cafétéria a pu la soutenir jusqu'en 2014. A partir de 2015, des symptômes du registre de la neurasthénie se figent et restent présents jusqu'à ce jour avec sur toile de fond une insatisfaction conjugale et sociale. En revanche, on ne retrouve pas de symptômes dépressifs à l'heure actuelle. L'expertisée assume les activités à domicile, formule des projets d'avenir (retour au Portugal) et ne présente ni sentiment de dévalorisation, ni réactions anxieuses massives, ni fixation de la tristesse, ni altération idéique (culpabilité, inutilité).

En termes de vraisemblance prépondérante, le lien des symptômes de cette femme avec son AVC ne peut pas être soutenu. La trajectoire montre un déficit développemental présent dès les premières années de sa vie, les symptômes rapportés débutent en 2015 après l'arrêt de son activité protégée dans une cafétéria, à 4 ans de l'AVC, une majoration des symptômes est perceptible à l'examen neuropsychologique à l'heure actuelle. L'hétéro-anamnèse ne fait pas ét[at] de dysrégulation émotionnelle et impulsivité (comme rapportée par l'expertisée), mais d'une attitude de repli, de la fatigue et des chutes.

En termes assécurologiques, le retard mental léger et le trouble de la personnalité dépendante excluent une activité en milieu usuel. D'ailleurs la description de ses emplois remplit les critères d'un milieu adapté non occupationnel (besoin de soutien et d'étayage avec activité répétitive et bienveillance). Dans un tel milieu, la neurasthénie actuelle diminue le rendement de 30%. In fine, une activité adaptée à 70% est exigible chez cette femme et ceci dès le mois d'août 2018 (date de sa dernière expertise)."

Dans son complément du 27 avril 2020, l'expert précise les limitations fonctionnelles soit, en lien avec le retard mental léger, de faibles capacités de mentalisation, capacités de résilience limitées dans des contextes nécessitant une compréhension de consignes complexes, et, en lien avec le trouble de personnalité dépendante, le besoin d'être sécurisée et acceptée, la recherche de relations fusionnelles et l'incapacité à gérer la critique, la passivité existentielle avec attente de l'aide d'autrui. L'incapacité de travail dans une activité en milieu professionnel sur le marché ordinaire de l'emploi est de 100 % dans une activité non protégée à cause du retard mental léger et du trouble de la personnalité dépendante. En revanche, la capacité de travail est entière dans une activité protégée jusqu'en 2017 lorsque la capacité de travail est réduite à 70 % (soit 30 % de diminution de rendement) toujours dans une activité protégée après l'apparition de la neurasthénie ; cette dernière atteinte à la santé incapacitante ajoute des limitations fonctionnelles en milieu adapté, à savoir, fatigabilité accrue, hyperémotivité, irritabilité, symptômes somatiques. Il indique que le retard mental et le trouble de la personnalité excluent une présence dans un milieu compétitif et impliquent d'aménager le cadre du travail. Il constate que son emploi dans la cafétéria de [...] était adapté car il s'agissait d'un milieu soutenant et peu exigeant compatible avec le retard mental et le trouble de la personnalité dépendante ; dans une activité moins protégée et donc proche du milieu économique usuel (comme l'intendance dans l'école de [...]), la capacité de travail est nulle.

Dans son appréciation du cas, l'expert B.\_\_\_\_\_ expose en détail les motifs pour lesquels il ne retient pas un lien entre les symptômes rapportés débutant en 2015 et l'AVC survenu quatre ans avant, mais considère que ce sont la perte d'emploi qui avait un effet cadrant et les problèmes de couple qui ont déstabilisé l'intéressée ; en effet, il estime que cette femme aux capacités cognitives limitées avec une résilience faible en lien avec son trouble de la personnalité a été déstabilisée dans le cadre du conflit houleux avec son mari présentant une souffrance considérable à partir de 2012. Le Dr B.\_\_\_\_\_ explique de manière convaincante l'évolution chronologique en ce sens que le travail protégé

dans une cafétéria a pu soutenir l'assurée jusqu'en 2014, mais qu'à partir de 2015, des symptômes du registre de la neurasthénie se sont figés et sont restés présents jusqu'à ce jour avec sur toile de fond une insatisfaction conjugale et sociale. Il confirme de manière étayée qu'on ne retrouve pas de symptômes dépressifs à l'heure actuelle en constatant que l'expertisée assume les activités à domicile, formule des projets d'avenir (retour au Portugal) et ne présente ni sentiment de dévalorisation, ni réactions anxieuses massives, ni fixation de la tristesse, ni altération idéique (culpabilité, inutilité). Il constate qu'une majoration des symptômes est perceptible à l'examen neuropsychologique à l'heure actuelle, ce qui semble également expliquer les discrédances entre les résultats des tests effectués lors de la première expertise.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR, dans son rapport du 26 mai 2020 constate à juste titre que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ est détaillée dans l'ensemble. Il retient que l'assurée présente une diminution de ses capacités adaptatives et de son rendement, et que seule une activité adaptée (hors milieu occupationnel) et simple ne peut être exigée. Il note qu'une activité en milieu adapté non occupationnel (activité simple, structurée, ne mettant pas en jeu la vitesse de traitement des informations, dans un milieu bienveillant) est exigible à 70 % (100 % avec baisse de rendement de 30 %) depuis le mois d'août 2018 (date de la dernière expertise). Il relève en outre que l'expert a précisé que dans une activité non adaptée (intendance dans un milieu compétitif) la capacité de travail était nulle depuis 2014. Le SMR en déduit qu'il existe une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, réduite à 70% depuis août 2018.

La spécialiste en réadaptation professionnelle à l'OAI considère, au vu des limitations fonctionnelles et de la nécessité d'aménager un cadre de travail bienveillant, que la capacité de travail concerne des postes en atelier protégé (communication interne à l'OAI du 24 juillet 2020). Cette analyse de la situation correspond aux conclusions de l'expert psychiatre B. \_\_\_\_\_ qui oppose le marché ordinaire du travail, dans lequel la recourante ne dispose d'aucune capacité de travail, à une

activité en milieu protégé où elle bénéficie d'une capacité de travail de 70%. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a répété à plusieurs reprises que la recourante n'avait pas de capacité de travail dans le marché ordinaire de l'emploi et n'en avait jamais eue compte tenu de la nature de ses atteintes.

La recourante relève qu'elle a pourtant occupé des emplois dans le marché libre du travail. Or, comme l'expert psychiatre B.\_\_\_\_\_, on constate que les emplois occupés par la recourante pouvaient être qualifiés de simples et encadrés. Elle a d'abord travaillé dans le café tenu par sa mère, soit dans un lieu où elle pouvait bénéficier du soutien de cette dernière. Les premières années d'emploi en Suisse ont été des petits emplois auprès de particuliers ; si l'on se réfère à son compte individuel (CI) AVS, ses emplois n'étaient que très partiels tant les revenus qu'elle en a tirés sont bas (entre 12'066 fr. et 19'564 fr. entre 2007 et 2011). Ensuite, elle a été employée comme aide-gouvernante auprès d'une entreprise prestataire de services qui l'a placée chez [...] entre 2012 et 2014 ; elle a travaillé à 50% pendant un an puis à 100% pendant un an. Son employeur D.\_\_\_\_\_ SA lui a délivré un certificat de travail reconnaissant que la recourante avait assumé les tâches et les responsabilités inhérentes à la fonction d'aide-gouvernante et décrivant ces tâches (nettoyage des coins café, nettoyage et rangement de la vaisselle, nettoyage et détartrage des machines à café, nettoyage des sanitaires, réassorts des divers stocks, supervision des salles de conférence, livraison des lunchs et élimination et tri sélectif des déchets). Il a précisé que grâce à sa disponibilité et son investissement, elle avait bien évolué tout au long de la période d'engagement, qu'elle était plutôt flexible, souriante et ouverte aux nouveaux challenges, qu'elle était capable d'assumer certaine grande charge de travail et avait su accomplir les tâches qui avaient été confiées dans les délais. Il a ajouté que la recourante s'était montrée digne de confiance, loyale et consciente de ses responsabilités, qu'elle avait accompli ses fonctions avec professionnalisme et qu'il avait été très satisfait de son travail. La recourante a cependant elle-même expliqué avoir apprécié son emploi d'aide-gouvernante dans la cafétéria [...] car elle avait pu bénéficier de la bienveillance de ses collègues qui l'aidaient lorsqu'elle oubliait des choses,

mais aussi, car les tâches étaient simples. Elle a indiqué à l'experte O. \_\_\_\_\_ (doc 88 p. 16) qu'elle se déplaçait avec un chariot, toujours en binôme ; elle était ainsi accompagnée. Elle n'a donc travaillé que pendant la dernière année à plein temps, dans un emploi soutenant, cadré et avec des tâches simples et répétitives. Le fait que l'employeur indique qu'il s'agissait d'un emploi normal ne change rien au fait que les tâches étaient simples et répétitives et que l'encadrement était soutenant ; si l'assurée a pu, dans un tel cadre de bienveillance, exercer des travaux simples et répétitifs, cela ne signifie pas qu'elle est capable de travailler sur le marché ordinaire du travail mais confirme qu'elle pourrait travailler dans un milieu protégé. En 2015, elle a tenté un nouvel emploi dans le même domaine, soit employée en intendance à l'école de [...], emploi qu'elle a quitté après une semaine en raison du stress engendré par une de ses collègues. Ce fait tend à confirmer, au besoin, que le travail en dehors d'un milieu soutenant n'est pas adapté pour elle.

S'agissant de la scolarité et de l'absence de formation de la recourante, il ressort du rapport du 23 juin 2016 de bilan neuropsychologique et logopédique ambulatoire des 30 mai, 2 et 9 juin 2016 effectué auprès de l[...] que l'assurée a terminé sa scolarité obligatoire sans redoublement avec quelques difficultés d'ordre relationnel (très effacée et timide face à une maîtresse stricte) motivant ses parents à la mettre dans une école privée. Cependant, l'expert neurologue indique que l'intéressée n'a pas pu suivre l'école primaire standard dans son pays et a dû être mise dans une école privée ; il relève que par la suite elle n'a pas eu de formation professionnelle. L'expert neurologue en déduit que le développement cognitif était soit retardé, soit limité (expertise p. 42), ce qui sera confirmé à l'occasion des tests réalisés dans le cadre de la deuxième expertise psychiatrique. L'ensemble de ces éléments tend également à confirmer les limitations dont la recourante souffrait de longue date et la nécessité dès son jeune âge d'un milieu protégé pour l'exercice d'une activité en raison de son handicap.

Ainsi, les pièces au dossier ne permettent pas de retenir que la recourante avait la capacité d'exercer une activité à plein temps dans le marché ordinaire du travail à son arrivée en Suisse.

En outre, l'expert psychiatre affirme qu'en termes assécurologiques, le retard mental léger et le trouble de la personnalité dépendante excluent une activité en milieu usuel. Or la recourante est atteinte de ces pathologies depuis le début de l'âge adulte, soit avant son arrivée en Suisse.

En définitive, les conclusions de l'OAI résultent d'une appréciation adéquate des pièces au dossier.

**c)** Les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de douter des conclusions des experts.

En l'occurrence, dans son rapport médical du 18 janvier 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ indique qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) existe depuis 2005, une personnalité dépendante (F60.7) depuis l'adolescence et un trouble panique (F41.0) depuis 2011, mais se demande s'il y a des séquelles cognitives après l'AVC. Le 28 avril 2017, ce psychiatre voit un lien entre l'AVC et les troubles cognitifs importants de la recourante. Le 29 novembre 2017, il confirme que l'assurée est en incapacité de travail depuis son AVC en août 2011, même pour des tâches simples. Ce rapport médical accrédite l'avis de l'intimé dans le sens où il diagnostique une personnalité dépendante existant déjà depuis l'adolescence, il constate des troubles cognitifs dont on a vu plus tard grâce à des examens approfondis qu'il s'agissait en fait d'un retard mental léger et il considère que la recourante était en incapacité d'exécuter même des tâches simples depuis 2011, étant précisé qu'auparavant la recourante n'effectuait que des emplois d'aide à l'intendance chez des privés à temps très partiel.

Dans son rapport médical du 28 février 2016, la Dre E. \_\_\_\_\_ date les atteintes avec effet sur la capacité de travail (à savoir, un AVC

ischémique vertébro-basilaire pluri-étagé cérébelleux gauche et thalamique paramédian gauche d'origine embolique probable le 7 août 2011, un foramen ovale perméable avec anévrisme du septum interauriculaire, une fermeture du FOP percutanée le 14 février 2012, un shunt résiduel minime au Valsalva et un état dépressif traité) à 2011 à la suite de l'AVC. Le 25 juillet 2016, la Dre E. \_\_\_\_\_ rapporte des troubles mnésiques invalidants dont se plaint la recourante à la suite de l'AVC, avec changement de comportement, irritabilité et pose le diagnostic de troubles cognitifs modérés à sévères (atteinte langagière, mnésique, attentionnelle, exécutive et du traitement des nombres) séquellaires suite à l'AVC de 2011 selon les résultats d'un bilan neuropsychologique et logopédique ambulatoire des 30 mai, 2 et 9 juin 2016 effectué auprès de l'[...]. Cette neurologue émet un pronostic réservé compte tenu des effets de ces troubles sur la vie quotidienne. L'incapacité de travail est totale. Finalement l'expertise neurologique conclura à une incohérence entre les difficultés dont se plaint la recourante et les résultats des examens. Des examens supplémentaires ont été effectués dans le cadre du bilan neuropsychologique requis par l'expert B. \_\_\_\_\_, notamment évaluant le niveau d'efficacité intellectuelle globale de l'assurée ; ils ont permis de mettre en évidence un niveau de fonctionnement intellectuel de niveau très faible à limite. Ils ont en outre révélé une majoration des symptômes physiques déjà suspectée par l'expert neurologue Z. \_\_\_\_\_. L'avis de la Dre E. \_\_\_\_\_ ne tient pas compte des résultats objectifs de cet examen effectué plus tard et qui a été apprécié de manière minutieuse par l'expert B. \_\_\_\_\_. La Dre E. \_\_\_\_\_ n'a d'ailleurs pas examiné la possibilité d'une défaillance antérieure à l'AVC.

Le Dr K. \_\_\_\_\_ relève que l'assurée signale une fatigabilité accrue (rapport du 26 août 2015) ; cette dernière était en arrêt de travail dans son activité de femme de ménage. L'origine la plus probable de cette fatigue était l'état anxiodépressif sous-jacent pouvant néanmoins être favorisé par le statut post AVC. L'origine de la fatigabilité a été examinée par le Dr B. \_\_\_\_\_, ainsi que l'existence d'un éventuel état anxio-dépressif. Le 4 décembre 2017, le cardiologue n'objective pas d'incapacité de travail de l'assurée dans son domaine de spécialité.

Dans son rapport médical du 7 juin 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a constaté l'existence de séquelles neuropsychologiques et psychologiques probables de l'AVC. Il a aussi indiqué avoir brièvement suivi l'assurée de novembre 2006 à juin 2007 pour des troubles de l'adaptation avec réaction dépressivo-anxieuse. Elle présentait donc déjà des difficultés à cette époque. Ce médecin ajoute que depuis l'AVC elle est clairement fragilisée psychiquement. Dans son rapport médical du 11 septembre 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ diagnostique des troubles cognitifs modérés à sévères qu'il date du 7 août 2011. Le 16 février 2017, il note qu'il retrouve les lésions décrites en 2011 au niveau cérébelleux gauche et thalamique gauche qui corrèlent bien avec les gros troubles cognitifs mis en évidence par ses collègues. Il ajoute que les troubles dépressifs sont concomitants et toute activité (professionnelle ou occupationnelle) paraît inenvisageable (même les activités de la vie quotidienne posent problèmes). Ces constatations émanant d'un spécialiste en médecine interne générale ne font pas le poids face aux constatations de médecins spécialistes qui ont procédé à des examens objectifs complémentaires minutieux. A l'issue de ces examens, l'expert neurologue Z.\_\_\_\_\_ a constaté l'absence de lien entre l'AVC et d'éventuels troubles cognitifs. Puis, le Dr B.\_\_\_\_\_ a notamment testé les capacités intellectuelles de la recourante et a posé des diagnostics pouvant expliquer les limitations fonctionnelles de l'intéressée. Puis il a expliqué que dès 2012 la recourante avait connu un conflit houleux avec son mari qui l'avait déstabilisée et il a rappelé que les symptômes sur le plan psychiatrique n'avaient été constatés qu'à partir de 2015, alors que l'intéressée ne bénéficiait plus de son emploi en milieu protégé.

Les médecins traitants ont attribué les troubles cognitifs aux suites de l'AVC sans vraiment chercher ailleurs pour savoir si les troubles pouvaient avoir une autre origine. Les examens ont révélé que la source de ses troubles cognitifs ne se trouvait pas dans les suites de l'AVC mais découlait d'un retard mental léger existant depuis son adolescence, associé à une personnalité dépendante.

Ainsi, les rapports des médecins traitants ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations fouillées des experts.

**d)** Les pièces médicales établies postérieurement aux expertises ne permettent pas non plus de mettre en doute les conclusions de celles-ci.

Le 8 février 2021, les Dres R. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ diagnostiquent des crises non épileptiques psychogènes depuis 2018 avec perte de contact prolongée et fermeture des yeux, favorisées par des troubles anxio-dépressifs après l'AVC en 2011. Les troubles cognitifs prennent ainsi la forme d'épisodes d'une perte de contact prolongée d'au moins trente minutes associée à des expressions affectives (pleurs), uniquement apparentes lorsque l'assurée se trouve en compagnie d'autres personnes, sans accident ou blessure durant les chutes à la position debout. Ces constats n'apportent pas de nouvel élément permettant de remettre en cause les diagnostics retenus par les experts, ni leur datation. Il apparaît que ces médecins n'ont pas été informés de la teneur des expertises, en particulier des diagnostics de retard mental léger et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques retenus par l'expert psychiatre, ni n'ont eu connaissance des différents examens auxquels les experts ont procédé pour aboutir à leurs conclusions.

Le 18 février 2021, le Dr L. \_\_\_\_\_ explique qu'une dégradation a pu intervenir après l'AVC ; il n'exclut pas l'existence d'un trouble de la personnalité lié à un léger retard mental mais il affirme que l'AVC de 2011 a entraîné l'aggravation de l'état neuropsychologique de la patiente et causé son incapacité de travail actuelle. Ce rapport médical tend ainsi à confirmer les diagnostics retenus par l'expert psychiatre B. \_\_\_\_\_, mais le fait de présenter l'AVC comme seule cause de l'incapacité de travail totale n'est pas crédible dès lors que la recourante a été en mesure d'occuper un emploi dans un cadre bienveillant et soutenant pendant deux ans et que ce n'est que quatre ans après l'AVC que les difficultés cognitives de la recourante ont été décelées.

Les rapports postérieurs dont se prévaut la recourante ne permettent ainsi pas de s'écarter des constatations des experts ou de justifier un complément d'instruction.

**e)** Sur le vu de tout ce qui précède, l'expert neurologue Z.\_\_\_\_\_ et le deuxième expert psychiatre B.\_\_\_\_\_ ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle d'experts, ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. A cet égard, le second expert psychiatre a examiné de manière approfondie les capacités intellectuelles de la recourante. En l'absence de contradictions ni de défauts manifestes, il y a lieu de valider les conclusions médicales des experts Z.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ qui ont valeur probante (cf. consid. 3d supra).

**f)** Dans ces conditions, présentant une atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de gain remontant au début de l'âge adulte, la recourante ne peut pas se prévaloir des trois ans de cotisation exigées par l'art. 36 al. 1 LAI au moment de la survenance de l'invalidité, soit en l'espèce au 1<sup>er</sup> juin 1995 (art. 29 al. 1 *in fine* LAI), pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (cf. consid. 4 supra).

**7.** La recourante n'a pas non plus droit à la rente extraordinaire. L'intéressée est née le 10 mai 1977. Les personnes de sa classe d'âge sont assurées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier qui suit la date où la personne a eu 20 ans révolus. Or, la recourante est arrivée en Suisse le 1<sup>er</sup> août 2005 à l'âge de 28 ans. Elle ne compte donc pas le même nombre d'années de cotisation qu'un assuré de sa classe d'âge, c'est-à-dire une durée d'assurance complète, puisqu'elle n'a pas été assujettie à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité avant de s'être constitué un domicile en Suisse, au plus tôt à l'âge de 28 ans. Reconnaître à l'assurée le droit à une rente extraordinaire, en la traitant comme si elle remplissait les conditions d'assurance, reviendrait, en fin de compte, à verser une prestation pour des périodes pendant lesquelles elle n'était pas assurée en Suisse et, en conséquence, à la considérer comme ayant été

affiliée au régime suisse pendant ces périodes également. Or le seul principe d'égalité de traitement n'oblige pas un Etat à procéder de cette manière (cf. ATF 131 V 390 consid. 7.3.1). Les conditions à l'octroi d'une rente extraordinaire ne sont donc pas remplies (cf. consid. 5 supra).

**8.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans ses écritures - à savoir, la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et neurologique) - doit dès lors être rejetée. 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 conviction 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).

**9. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence 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. 1bis 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).

**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 1<sup>er</sup> décembre 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 mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_.

**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 :

- Me Philippe Graf (pour A.\_\_\_\_\_),
- 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 :