

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juillet 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 s., 17 al. 1, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a débuté un apprentissage d'électronicien avec certificat fédéral de capacité (CFC), le 1<sup>er</sup> août 2011, auprès de la société T.\_\_\_\_\_ SA. Le 29 novembre 2012, alors qu'il était dans sa deuxième année d'apprentissage, il a trébuché à son domicile et est tombé contre son bureau et son lit (déclaration de sinistre LAA du 3 décembre 2012). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

**b)** En arrêt de travail depuis le jour de l'accident, l'assuré a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurance-invalidité le 1<sup>er</sup> juillet 2013, en raison de contusions médullaires avec parésie aux deux mains depuis l'événement du 29 novembre 2012.

Après que des renseignements médicaux ont été recueillis auprès des médecins consultés (rapport du 11 janvier 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie ; rapport du 9 juillet 2013 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a reçu le dossier médical de l'assuré constitué par la CNA. Il en ressort notamment les pièces suivantes :

- un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 mai 2013, consécutif au séjour de l'assuré, du 29 avril au 1<sup>er</sup> mai 2013, à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CNA de [...], des Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Ils ont retenu le diagnostic de probable contusion rachidienne le 29 novembre 2012 (S30.05), avec pour comorbidité une obésité (BMI [Body Mass Index] à 31 ; E66.99). Au moment d'apprécier la situation, ils ont indiqué que l'évolution était marquée, dans un premier temps, par d'intenses cervicalgies accompagnées de céphalées

bitemporales et occipitales et, dans un second temps, par des manifestations mal définissables des quatre membres. Il n'y avait aucune lésion mise en évidence par une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale et de la colonne cervicale réalisée un mois après l'accident. L'examen physique se voulait rassurant et celui neurologique ne révélait pas de clair signe d'une atteinte médullaire, en particulier de signe cortico-spinal, lorsque l'intéressé était au repos. A l'effort, il était par contre constaté une fatigabilité avec apparition d'un tremor postural et des lâchages de la musculature distale susceptibles de traduire une souffrance médullaire *a minima*. Ces constats médicaux justifiaient le diagnostic de probable contusion rachidienne avec possible myélopathie sans lésion organique démontrée par l'imagerie. Face à un assuré vigile, orienté et sans troubles attentionnels, l'entretien psychiatrique avait mis en évidence un discours cependant approximatif, peu précis (récit, chronologie des faits et liens entre les divers éléments). La perception de soi était instable (peu mature), avec une image tantôt surfaite voire grandiose, tantôt assez réaliste. Il existait également une passivité attentiste avec peu d'implication de l'intéressé dans l'évolution de sa santé. Les ressentis émotionnels étaient mal identifiés et très peu exprimés, orientant vers une production intentionnelle et consciente de symptômes. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un trouble de type post traumatique. Sans retenir de « psychopathologie atteignant le degré d'un trouble avéré », les Drs B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont fait part d'« une constitution de personnalité quelque peu disharmonieuse chez ce jeune homme, avec des traits d'immatunité encore importants contrastant avec un physique et certains comportements très adultomorphes ». Au final, les médecins de la CRR ont estimé que le diagnostic de possible myélopathie post contusionnelle n'interférait pas avec un bon pronostic. Les plaintes (à savoir, une douleur alléguée disproportionnée, des incohérences multiples lors de l'anamnèse, de l'examen clinique et de l'ECF [évaluation des capacités fonctionnelles]), le retrait professionnel total ainsi que l'absence de toute implication dans les activités purement intellectuelles (perte d'une année professionnelle) étaient qualifiés d'« étonnants », la participation aux cours et aux formations internes à l'entreprise semblant possible. En annexe à cette évaluation interdisciplinaire figurait un bref

rapport du 2 mai 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui se termine comme suit :

“Discussion et suggestion à l’expert principal

Il s’agit donc d’un jeune homme de 17 ans dont l’évolution, après une chute qui paraît médicalement tout à fait banale, présente une évolution lente et non optimale.

Dans mon domaine de compétence, je ne retiens pas de psychopathologie atteignant le degré d’un trouble avéré mais une constitution de personnalité quelque peu dysharmonieuse chez ce jeune homme, avec des traits d’immaturité encore importants contrastant avec un physique et certains comportements très adultomorphes. Je n’ai pas de proposition thérapeutique spécifique à proposer.

Par contre, pour favoriser l’évolution, une démedicalisation paraît ici urgente et primordiale, au vu aussi d’une tendance suspectée forte à une expression symptomatique somatoforme voire convertive (cf les relatives incohérences aux examens médicaux et fonctionnels, les antécédents de deux malaises, en-dehors de l’accident en question, mal expliqués médicalement).” ;

- un procès-verbal établi le 1<sup>er</sup> juillet 2013 à la suite d’une entrevue du 18 juin 2013 entre un inspecteur de la CNA, l’assuré, la mère ainsi que l’employeur de celui-ci, dont il ressort notamment que l’intéressé s’était présenté aux consultations chez le psychiatre à la demande de l’assureur-accidents alors que lui-même n’en voyait « pas du tout les raisons », disant ne souffrir d’aucun problème psychologique ;

- un rapport d’expertise médicale du 24 janvier 2014 confiée par la CNA au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a retenu les diagnostics de status après probable discret trauma crânio-cérébral suivi d’un syndrome post commotionnel/post distorsion cervicale surchargé d’importants facteurs extra-médicaux, d’absence d’atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique ainsi que locomoteur objectivable dans les suites de l’événement accidentel du 29 novembre 2012 (sans éléments significatifs en direction d’une contusion médullaire cervicale), et de malaises d’origine indéterminée. Selon l’expert, trois mois après l’accident, l’assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans l’activité d’apprenti électronicien. Dans le corps de l’expertise, il est écrit en particulier que « bien que le bilan psychiatrique pratiqué à la CRR n’ait

pas démontré de psychopathologie au sens strict, il est néanmoins possible/probable que des facteurs psychologiques et socio-professionnels jouent un rôle dans l'évolution inhabituelle du cas ». Répondant aux questions de la CNA, le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé que : « N'étant pas psychiatre, je ne peux que conclure à l'absence d'explication somatique et notamment post-traumatique aux plaintes formulées par le sujet » (expertise R.1 p. 15) ;

- une décision du 7 mars 2014 par laquelle la CNA a mis fin au service de ses prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) au 31 janvier 2014, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo ante*) étant considéré comme atteint à cette date.

De son côté, le Dr C.\_\_\_\_\_ a régulièrement attesté une totale incapacité de travail de l'assuré depuis l'accident.

Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional) de l'assurance-invalidité sur les renseignements médicaux recueillis (avis du 13 mars 2014), l'OAI a, par décision du 22 mai 2014, rejeté la demande de prestations. Selon ses constatations, la reprise de son apprentissage par l'assuré n'était pas contre-indiquée et raisonnablement exigible trois mois après l'accident de la fin du mois de novembre 2012. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** En rupture de contrat d'apprentissage depuis le mois de mai 2014 et bénéficiaire du Revenu d'Insertion (RI), l'assuré a été annoncé le 6 décembre 2016 à l'OAI par son assistante sociale dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Cette procédure a été suivie par le dépôt d'une seconde demande de prestations le 4 janvier 2019, en raison d'un trouble neurologique fonctionnel moteur existant depuis 2004 mais diagnostiqué en 2016. L'assuré a remis à l'OAI une liasse de documents dont en particulier les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 19 février 2016 des médecins de la Consultation spécialisée d'Epileptologie au Service de neurologie du CHUV dont il ressort le diagnostic principal de tableau clinique complexe (blocage des

mouvements, syndrome douloureux diffus et symptomatologie végétative) d'allure fonctionnelle et, celui secondaire, de syndrome douloureux caractérisé par une omalgie gauche, des gonalgies bilatérales et une douleur de la paroi thoracique. En l'absence d'éléments évocateurs d'une pathologie neurologique mais suggérant une origine fonctionnelle, il a été préconisé une prise en charge multidisciplinaire de l'assuré ; à savoir d'une part, un suivi par un « psychiatre spécialisé en troubles fonctionnels » et, d'autre part, la mise en place d'une neuro-réhabilitation ambulatoire ;

- un certificat médical du 7 décembre 2016 aux termes duquel le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a attesté un arrêt total de travail de l'assuré, du 7 décembre 2016 au 3 février 2017, puis à réévaluer ;

- un rapport du 8 décembre 2016 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ainsi que chef de clinique au Service de psychiatrie de liaison du CHUV, à la suite de consultations des 23 juin, 4 juillet, 3 et 27 octobre 2016. Posant le diagnostic de trouble dissociatif mixte (trouble neurologique fonctionnel) F44.9 *versus* trouble somatisation F45.0, dans le contexte d'une situation complexe et pour partie déjà chronicisée par l'écoulement du temps, ce psychiatre a proposé un suivi de l'assuré au long cours par le Centre de psychiatrie et psychothérapie G.\_\_\_\_\_, à [...], laissant à ces médecins le soin de se prononcer sur l'indication d'une médication psychotrope ;

- deux rapports des 3 janvier et 17 août 2017 de la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et médecin-adjoint à l'Hôpital de [...] à [...], dont il ressort le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur (F44.4 ; tétraparésie paroxystique). On extrait notamment ce qui suit du second rapport de cette spécialiste :

“Anamnèse actuelle :

Depuis le contrôle de janvier [2017] l'évolution est stable, le patient décrit toujours des épisodes fréquents qu'il qualifie de « manquement » pendant lesquels il ne peut plus bouger correctement ses membres ou accéder à sa mémoire. Le patient doit

alors se concentrer fortement pour pouvoir réactiver ses mouvements. Il explique ses symptômes par une analogie comme s'il avait un billet de 100 francs et que pour bouger chaque membre il devait dépenser 25 francs ; dès lors il ne reste plus assez pour bouger la tête. Il doit constamment répartir son énergie dans le corps avec un « réservoir » une somme d'argent insuffisant.

Sur demande il signale que ce qui lui diminue son énergie sont des variations de ses émotions et des épisodes où il s'énerve. Enfin le patient décrit parfois une impression d'être comme dans « un bocal » avec impression que tous les sens sont diminués (goût, odorat, toucher, ouïe, vue). Il a également des troubles de la perception visuelle par moment où les murs lui paraissent non uniformes ou le ciel lui paraît nuageux alors qu'il fait beau. Il décrit encore une association de goût bizarre où il ne reconnaît pas des sauces comme le pesto, ou enfin des perceptions tactiles où il ressent de façon trop forte son t-shirt ou ses bracelets. De même il peut avoir de la peine à respirer s'il pense à sa respiration.

Globalement le patient décrit se sentir plus serein face à ses symptômes qui l'angoisse et arrive mieux à comprendre le fonctionnement de son corps.

Examen neurologique :

Superposable à celui de janvier avec difficulté à faire la marche sur les talons cette fois et marche sur les pointes très ralentie.

Synthèse et conclusion :

L'examen de ce jour ne met pas en évidence de nouveau signe neurologique qui pourrait faire suspecter une maladie organique sous-jacente à rechercher.

L'ensemble du tableau correspond toujours à un trouble neurologique fonctionnel avec des signes cliniques positifs d'extrême lenteur à la marche et de difficulté à initier les mouvements qui est distractible. La prise en charge auprès de Madame N.\_\_\_\_\_ et du Docteur E.\_\_\_\_\_ au Centre de psychiatrie des G.\_\_\_\_\_ semble être très bénéfique pour le patient avec une diminution de son anxiété et une meilleure gestion de ses symptômes. Puisqu'il décrit lui-même une capacité à réapprendre des mouvements je lui ai suggéré de reprendre une activité physique avec l'aide d'un professionnel, soit de physiothérapie soit d'ergothérapie et il souhaite en parler avec ces autres thérapeutes (Dr E.\_\_\_\_\_ et Mme N.\_\_\_\_\_ ) afin de mettre en place cela éventuellement près de son domicile. Nous avons ici à [...] des physiothérapeutes expérimentés mais il est évidemment difficile pour le patient de se déplacer de façon régulière. Nous avons par contre prévu un contrôle clinique dans 6 mois." ;

- un rapport du 12 décembre 2018 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté de la psychologue-psychothérapeute N.\_\_\_\_\_, du Centre de psychiatrie et psychothérapie G.\_\_\_\_\_, en charge du suivi de l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016 en parallèle avec les consultations spécialisées de celui-ci auprès de la Dre A.\_\_\_\_\_. Posant le diagnostic de trouble moteur dissociatif (trouble neurologique fonctionnel moteur) F44.4, le psychiatre traitant a fait mention de l'annulation par l'assuré de rendez-vous importants, parfois le

jour même, en raison de crises imprévisibles, susceptibles de durer deux à trois jours et rendant alors tout déplacement impossible. En anamnèse, il a été relevé des éléments étayant l'hypothèse d'un *trauma* développement sévère à la naissance ainsi que des facteurs de stress dans les premières années de vie propices au développement d'un trouble dissociatif ou, à tout le moins, d'une structure dissociative accompagnée de divers troubles psychiques. Il a en outre été noté l'absence de difficultés jusqu'à l'abandon de l'apprentissage d'électronicien en raison des effets de la chute de 2012 sur la santé. Après une longue liste d'importantes limitations fonctionnelles, ce rapport se conclut comme suit :

#### "6. Evolution

Depuis le début du suivi, M. U. \_\_\_\_\_ a su montrer une meilleure compliance au traitement proposé pour son trouble que lors des investigations menées par le CHUV. L'acceptation du diagnostic et une meilleure compréhension du trouble ont permis la mise en place de premières stratégies de régulation de l'énergie après les crises et de développement de ressources. A ce jour, l'établissement progressif d'une bonne alliance thérapeutique devrait permettre la poursuite du traitement basé sur des méthodes psychothérapeutiques, issues de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité.

Toutefois, l'intensité et la fréquence des symptômes restent à ce jour relativement inchangées, provoquant encore des phases importantes d'incapacité à effectuer les tâches du quotidien, à se déplacer ou fonctionner normalement sur le plan cognitif de manière régulière (plusieurs fois par mois).

Aussi, M. U. \_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail totale en raison des limitations fonctionnelles importantes de son trouble. Celles-ci engendrent un risque d'absentéisme et abandon du poste en cours de travail en raison de la perte de la mobilité ou de douleurs trop importantes.

#### 7. Pronostic

Au vu de l'évolution prolongée et du début progressif du trouble depuis la petite enfance, de ses caractères invalidants et imprévisibles, notre pronostic est réservé.

#### 8. Nature et importance du traitement actuel

Traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré constitué d'une séance de psychothérapie hebdomadaire et d'un suivi psychiatrique régulier mais plus espacé. Un suivi infirmier spécifique d'approche psychocorporelle a été demandé afin de compléter le traitement, des soins corporels étant souvent indiqués pour les troubles fonctionnels.

En parallèle, le patient est suivi en consultation neuropsychiatrique spécialisée par la Dr Med. A. \_\_\_\_\_, à [...].”

Après le refus de mesures de réadaptation d'ordre professionnel en faveur de l'assuré (communication du 31 janvier 2019), l'OAI a recueilli un rapport du 5 février 2019 de la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant actuel. Posant le diagnostic de tétraparésie paroxystique intermittent depuis plusieurs années en se référant aux constatations de la Dre A. \_\_\_\_\_, la médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail de l'assuré depuis le 2 mars 2017. Elle a joint deux rapports de consultations des 27 juillet 2018 et 17 janvier 2019 de la Dre A. \_\_\_\_\_ qui confirment le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur (F44.4; tétraparésie paroxystique). En présence de multiples symptômes neurologiques notamment des difficultés à exécuter des mouvements (marche avec une lenteur excessive d'allure fonctionnelle et mouvements larges et amples des bras, avec réflexes peu vifs mais symétriques), la neurologue a relevé un trouble sensitif subjectif sur tout le corps (à savoir, le toucher, le piquer, le chaud, le froid la pallesthésie et le sens postural). Dans le contexte de difficultés de la motricité fluctuantes mais sans syndrome myasthénique en l'absence de fatigabilité et de mouvements anormaux décrits, la Dre A. \_\_\_\_\_ a conclu à la persistance d'un trouble neurologique fonctionnel. Le prochain contrôle était prévu à six mois, avec une recommandation de la physiothérapie.

L'OAI a requis le point de vue des Drs P. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, du SMR, sur les renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations déposée. Dans leur avis du 3 mai 2019, ces médecins ont fait le point suivant de la situation :

#### “Discussion - conclusion

Les éléments médicaux apportés lors de cette 2<sup>ème</sup> demande ne permettent pas de mettre en évidence, de façon objective, une modification de l'état de santé de l'assuré par rapport à la 1<sup>ère</sup> demande. En effet, le psychiatre lors de l'hospitalisation à la CRR avait déjà indiqué une forte expression conversive (GED 09/07/2013 p29) comme évoqué par la psychiatre du CHUV par un trouble

dissociatif mixte. Du point de vue somatique, aucun diagnostic a été retenu par la neurologie du CHUV, correspondant de ce fait à l'expertise neurologique du Dr H. \_\_\_\_\_ du 17/01/2014."

Par projet de décision du 20 mai 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de rente. Selon ses constatations, en l'absence de modification de l'état de santé avec incidence sur la capacité de travail retenue lors de la précédente demande, l'intéressé conservait une pleine capacité de travail dans toute activité qui ne lui ouvrait pas le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Agissant par son conseil de l'époque la société S. \_\_\_\_\_ SA à [...], l'assuré a présenté ses objections sur ce préavis par courriers des 17 juin et 22 juillet 2019. Il a demandé à l'OAI l'octroi de mesures professionnelles, le cas échéant l'allocation d'une rente entière, et subsidiairement un complément d'instruction au besoin « par la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique ». Il a remis un rapport du 12 décembre 2018 (déjà au dossier) ainsi qu'un nouveau du 2 juillet 2019 du Dr E. \_\_\_\_\_, assisté de N. \_\_\_\_\_, du Centre de psychiatrie et de psychothérapie G. \_\_\_\_\_ adressé à son conseil. Il ressort ce qui suit de ce rapport médical :

*"1. Quels sont les diagnostics exacts ? Veuillez les justifier (ICD-10 ou CIM-V)*

Trouble moteur dissociatif (trouble neurologique fonctionnel moteur) (CIM-10 : F44.4)

*2. Quelles sont vos consta[ta]tions médicales objectives ?*

*a. Sont-elles cliniquement objectivables d'un point de vue organique (IRM, RX, US,...) ?*

Il s'agit d'un patient de 24 ans, paraissant légèrement plus âgé que son âge, en surpoids (malgré une perte de poids progressive depuis 2016), à l'hygiène et à l'apparence vestimentaire sans particularité. Il se présente orienté aux quatre modes et partage le focus attentionnel. Il est collaborant et nous n'observons pas de troubles cognitifs. Le discours est cohérent et informatif, sans trouble du cours, ni du contenu de la pensée. Un léger ralentissement psychomoteur est observable. La voix est plutôt monotone, les mimiques faciales réduites, avec une très faible modulation au niveau émotionnel, si ce n'est à l'évocation de souvenirs particulièrement agréables. La thymie est donc neutre, avec des

effets émoussés et une certaine alexithymie. M. U.\_\_\_\_\_ ne rapporte pas de symptômes dépressifs ni anxieux, et l'on peut noter « une belle indifférence », au sens de la CIM-10, dans le sens d'une attitude d'acceptation tranquille d'un tel trouble et des incapacités en découlant, que l'on retrouve chez certains patients présentant des troubles dissociatifs/neurologiques fonctionnels de la motricité et des organes des sens. Nous ne relevons pas de symptômes de la lignée psychotique, ni d'idées suicidaires.

M. U.\_\_\_\_\_ est connu pour des douleurs articulaires et des blocages des quatre membres multi-investigués. Il vit dans un appartement à [...] avec sa mère et est au bénéfice du revenu d'insertion suite à l'interruption de son apprentissage d'électronicien en 2014.

Sur le plan médical, une chute sans raison à l'âge de 2 ans ayant provoqué un traumatisme dentaire maxillo-facial au niveau frontal est rapporté (et documenté par la mère du patient par des pièces médicales de l'époque), ainsi que des herpès sur le visage déclenchés notamment par les agressions verbales de la grand-mère dans la petite enfance, et une incapacité à se détendre et à se laisser aller dans le sommeil depuis tout petit. Par la suite, il aurait été plutôt en bonne santé jusqu'à l'âge de 9 ans où il fait une première chute avec perte de connaissance investiguée au CHUV, qui exclut une épilepsie. Il a été hospitalisé du 25 au 26 novembre 2004 à l'Hôpital de [...], puis a bénéficié d'une consultation neuropédiatrique le 23 décembre 2004 au CHUV. En janvier 2007, à l'âge de 12 ans, une consultation en urgence auprès du Dr Y.\_\_\_\_\_ à [...] est signalée, en raison de douleurs articulaires et de migraines sévères. Les symptômes composant le tableau clinique actuel auraient commencé en novembre 2012 suite à une chute de sa hauteur qui aurait provoqué une paralysie de l'hémicorps droit ainsi que de l'épaule gauche. Une faiblesse des jambes et du bras gauche subsiste alors durant environ un mois, nécessitant un arrêt de travail par le médecin généraliste.

Depuis 2012, M. U.\_\_\_\_\_ développe des épisodes paroxystiques de faiblesse des quatre membres. Nous reprenons ici la description citée dans le rapport de la Dr méd. A.\_\_\_\_\_ en janvier 2017 : Le patient « décrit d'abord un prodrome sous forme de mal de tête diffus, d'impression que les sons sont éloignés et qu'il a sa tête « dans un bocal ». Après cette phase pouvant « durer de 20 à 40 minutes s'ensuit la paralysie des quatre membres qui peut durer de 30 à 60 minutes ». Lorsqu'il peut à nouveau bouger, le patient décrit alors avoir une crispation dans les membres accompagnée d'un léger tremblement. Des difficultés articulaires de la mâchoire sont également rapportées lors de nos investigations, avec comme conséquence une difficulté à parler correctement. La crispation dans les membres induisant des sensations de fourmillement, de faiblesse et certaines douleurs peuvent durer jusqu'à plusieurs jours. D'autres symptômes dissociatifs sont présents tels qu'une altération des cinq sens, des difficultés à parler, une confusion de l'identité et des phénomènes d'absorption importants. Une investigation à l'aide des questionnaires spécifiques aux symptômes dissociatifs, *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) et *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20), a été menée : le résultat obtenu au DIS-Q montre des symptômes d'absorption, d'amnésie et de confusion de l'identité

importants et un score de 2,2, légèrement inférieur au seuil diagnostic pour les diagnostics de troubles dissociatifs non spécifiés et trouble dissociatif de l'identité (personnalité multiple) (seuil à 2,4). Les résultats au SDQ-20 sont plus significatifs avec un score élevé de 49 sur un seuil diagnostic à 30 pour les troubles dissociatifs, corroborant une composante dissociative principalement somatoforme (trouble neurologique fonctionnel moteur).

Une investigation neurologique complète en sus d'investigations médicales a été réalisée depuis 2015 et exclut d'autres troubles, dont des crises d'épilepsie (cf. rapports médicaux du CHUV et du Dr A. \_\_\_\_\_ ci-joints).

Nous observons une péjoration de l'état de santé de M. U. \_\_\_\_\_ depuis le mois de janvier 2019, les phases de crise aiguë durant plus longtemps (avec réduction significative des mouvements possibles pendant minimum une semaine) et les phases de récupération étant également plus difficiles avec une absence de réduction satisfaisante de certains symptômes et des limitations précipitant en conséquence des nouvelles phases de crises plus rapprochées. Aussi, les absences (toujours excusées) aux séances de thérapies sont plus fréquentes. Par ailleurs, des symptômes de perte de contrôle moteur au niveau des membres supérieurs dans le sens de mouvements indésirés auparavant isolés et rares sont apparemment en augmentation depuis six mois environ, sans pouvoir identifier de déclencheurs mais faisant nécessairement suite aux tensions et « durcissement » perçus dans les mains.

3. *Quelle est la capacité de travail actuelle ?*  
a. *dans l'activité exercée ?*

La capacité de travail dans l'activité exercée auparavant par M. U. \_\_\_\_\_ est évaluée comme nulle depuis le 21 [recte : 29] novembre 2012.

b. *dans une activité adaptée ?*

Une activité adaptée, sans exigence de rendement, permettant une mobilisation régulière du patient, de deux heures par jour dans un premier temps, pourrait être imaginée, selon l'évolution de l'état de santé. Toutefois, des absences importantes sont prévisibles, en fréquence et en durée, induites par l'état de santé psychique.

4. *Comment justifiez-vous les limitations constatées ? (constat clinique concluant, qui explique les limitations attestées)*

M. U. \_\_\_\_\_ présente les limitations fonctionnelles suivantes : restrictions physiques importantes au niveau des quatre membres en raison du trouble neurologique fonctionnel moteur (limitations dans l'utilisation des membres pouvant survenir à n'importe quel moment, allant de la perte de contrôle du mouvement et de son inhibition jusqu'à la paralysie, y compris absence de perception du mouvement) ; douleurs physiques importantes entraînant une réduction de l'énergie physique et psychique augmentant le risque de crises plus importantes ; limitations importantes au niveau de la motricité fine, notamment

l'écriture ; difficultés dans les déplacements ; endurance, autonomie et précision réduites. Le patient rapporte également une augmentation des symptômes au niveau visuel (perte de vision partielle, tout ou partie de l'image floue, modification de la luminosité, entre autres) depuis deux mois.

Les limitations fonctionnelles importantes présentées par le patient sont des conséquences directes du trouble dissociatif dont il souffre. Comme précisé dans la CIM-10, « les troubles dissociatifs ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience et de l'identité ou des sensations immédiates, et du contrôle des mouvements corporels. » L'on admet une altération du contrôle conscient des souvenirs et sensations à sélectionner dans le champ de conscience, ainsi que des mouvements souhaités dans les troubles dissociatifs. L'importance de cette altération peut varier d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre (CIM-10).

Il est communément admis par les spécialistes que les troubles dissociatifs sont liés à des traumatismes psychiques, dans le sens d'expériences qui n'ont pas pu être réalisées et intégrées cognitivement et émotionnellement par la personnalité. Les données de l'événement vécu par le sujet restent alors comme bloquées en mémoire provoquant des symptômes. Chez certaines personnes, une alexithymie - incapacité à exprimer les émotions - accompagne la dissociation. Ainsi, comme le souligne le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son ouvrage Douleur Somatoforme (2007), la souffrance psychique s'exprimerait au niveau corporel à travers des troubles fonctionnels, voire de véritables lésions tissulaires.

*5. Quelle est la description du poste de travail pour une activité adaptée ?*

Une activité adaptée serait, selon nous, une activité sans exigence de rendement dans un premier temps, ne nécessitant pas de tâches manuelles précises, ni de tâches de manutention répétitives, une mobilisation régulière étant plutôt souhaitable. Au vu des compétences de M. U. \_\_\_\_\_, une activité faisant plutôt appel à ses capacités intellectuelles et orales, telles que l'utilisation de langues étrangères (français, anglais, italien) serait indiquée.

*6. Quels sont vos commentaires ?*

Nihil"

Le 15 août 2019, l'OAI a requis l'avis « audition » des Drs P. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ (SMR), dont il ressort ce qui suit :

“Homme, 24 ans, célibataire, sans enfant, nationalité Suisse, a commencé un CFC d'électronicien en 2011 rupture de contrat en 2014, depuis au RI [revenu d'insertion]. Fait une nouvelle demande AI pour un trouble neurologique fonctionnel moteur.

Lors de la 1<sup>ère</sup> demande en 2013, une expertise neurologique à la demande de la SUVA avait conclu à l'absence d'atteinte à la santé neurologique, une décision de refus de rente AI a été prise (GED 22/05/2014).

Les éléments médicaux apportés lors de cette 2<sup>ème</sup> demande ne permettent pas de mettre en évidence, de façon objective, une modification de l'état de santé de l'assuré par rapport à la 1<sup>ère</sup> demande, un projet de décision de refus de rente AI a été prise (GED 21/05/2019). Ce projet entre en audition.

Le RM psychiatrique des G. \_\_\_\_\_ du 02/07/2019 (GED 23/07/2019) est en grande partie un copié-collé du RM du 12/12/2018 sans apport de nouveaux éléments objectifs par rapport à la 1<sup>ère</sup> décision de refus de prestation en 2014.

### Conclusion

Les éléments apportés ne permettent [pas] de modifier nos conclusions de l'avis SMR (GED 03/05/2019)."

Par décision du 21 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son projet du 20 mai 2019 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales

**C.** U. \_\_\_\_\_, représenté par Me Isabelle Jaques, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 23 septembre 2019 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui est allouée « dès le 4 juillet 2019 pour une durée indéterminée ». Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction comprenant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire « comportant un volet neurologique/neuropsychosomatique et un volet psychiatrique ». Le recourant a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise neurologique de janvier 2014 du Dr H. \_\_\_\_\_ - dont il estimait que les réponses justifiaient déjà de poursuivre l'instruction - en lien avec sa nouvelle demande de prestations déposée « près de quatre années plus tard ». Il a fait valoir également une modification de la situation attestée par les psychiatres du Centre G. \_\_\_\_\_ six ans après l'évaluation à la CRR

en 2013. A titre de mesures d'instruction, outre la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire par le tribunal, il a sollicité l'audition de la Dre A. \_\_\_\_\_ en tant que témoin.

Dans sa réponse du 7 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Se référant aux avis des 3 mai et 15 août 2019 du SMR, il a estimé que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position, et sans qu'une expertise psychiatrique ou neurologique ne se justifie.

Le 29 novembre 2019, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions ainsi que ses requêtes de mesures d'instruction, le recourant a produit un rapport du 5 novembre 2019 de la Dre A. \_\_\_\_\_ adressé à la Dre I. \_\_\_\_\_, consécutif à une consultation du 7 octobre 2019, et qui se termine comme suit :

"Synthèse et conclusion

[...] Concernant sa capacité de travail je ne me suis pas prononcée sur ces aspects puisque j'ai vu chaque fois Monsieur U. \_\_\_\_\_ uniquement en tant que spécialiste dans un but diagnostique et proposition thérapeutique. Je tiens cependant à signaler que lorsqu'on parle de trouble neurologique fonctionnel, il ne faut en aucun cas comprendre qu'on fait allusion à une simulation. En effet le trouble neurologique fonctionnel - aussi appelé trouble de conversion dans la classification des maladies DSM 5 - est un désordre neuropsychiatrique pour lequel les neurosciences ont démontré de clairs dysfonctionnements au niveau du système nerveux dans les boucles de contrôle motrice, mais également dans les boucles du système émotionnel et limbique. Dans ce contexte je ne peux que conseiller une expertise également psychiatrique chez Monsieur U. \_\_\_\_\_ qui a aussi très possiblement des comorbidités anxieuses dépressives et peut-être de dépersonnalisation, mais qui dépassent le cadre de mes compétences.

Je reverrai pour ma part Monsieur U. \_\_\_\_\_ en contrôle clinique d'ici 3 mois. Sur le plan thérapeutique on pourrait encore lui proposer un séjour en clinique de psychosomatique au Noirmont. En effet l'offre dans cette clinique y est excellente pour une approche à la fois corporelle et psychiatrique. Je vous laisse décider si vous jugez cela utile mais je mets déjà en copie mon cher collègue le docteur M. \_\_\_\_\_ à la clinique Le Noirmont pour information."

Dans sa duplique du 19 décembre 2019, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

## **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant reproche à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu, en tant qu'il ne lui a permis de participer à l'administration des preuves en refusant de mettre en œuvre une expertise médicale comportant notamment un volet psychiatrique, compte tenu du suivi par le Centre de psychiatrie et de psychothérapie G.\_\_\_\_\_, avant que la décision ne soit rendue.

**a)** L'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative, le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références ; TF 9C\_699/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2).

**b)** S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références).

**c)** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de prononcer l'annulation de la décision litigieuse par suite de la violation alléguée du droit d'être entendu du recourant. Dans la mesure en effet où la Cour de céans est dotée d'un plein pouvoir d'examen de la présente affaire, on peut considérer un éventuel vice comme réparé.

**3.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 4 (recte : 1<sup>er</sup>) juillet 2019, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation.

Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 4 janvier 2019.

**4. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de

la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**d)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**e) aa)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**bb)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose,

en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**cc)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il

s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**f)** 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).

**g)** 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).

**5. a)** L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité au motif que le recourant ne présenterait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifierait aucune incapacité de travail de longue durée. Cette décision se base sur des avis successifs des Drs P.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ du SMR, lesquels ont retenu l'absence de modification (aggravation) de l'état de santé de l'assuré avec incidence sur la capacité de travail depuis la décision de refus du 22 mai 2014.

De son côté, le recourant conteste disposer d'une totale capacité de travail dans toute activité telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il oppose les rapports de ses médecins traitants sur la question, prétendant à l'octroi de prestations en sa faveur, en l'occurrence le versement d'une rente entière depuis le 4 (recte : 1<sup>er</sup>) juillet 2019 ou, à tout le moins, un complément d'instruction de la cause sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

**b) aa)** En 2013, dans le cadre de l'instruction diligentée par la CNA pour les suites de l'accident du 29 novembre 2012, l'assuré a été examiné par les médecins de la CRR lors d'un séjour du 29 avril au 1<sup>er</sup> mai 2013. Dans un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 mai 2013, les Drs B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de probable contusion rachidienne le 29 novembre 2012 (S30.05) avec obésité (BMI à 31 ; E66.99), en l'absence d'anomalie relevée à l'IRM cérébrale/de la colonne

cervicale du 28 décembre 2012. Les examens cliniques ont mis en évidence une fatigabilité à l'effort susceptible de traduire une souffrance médullaire *a minima*. Sur la base d'un bref avis psychiatrique du 2 mai 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, les médecins somaticiens de la CRR n'ont pas retenu de « psychopathologie atteignant le degré d'un trouble avéré », mais ont admis une « constitution de personnalité quelque peu disharmonieuse chez ce jeune homme, avec des traits d'immatunités encore importants contrastant avec un physique et certains comportements très adultomorphes ». Au vu des incohérences relatives et de deux antécédents mal expliqués médicalement, le Dr W.\_\_\_\_\_ a fait part d'une « tendance suspectée forte à une expression symptomatique somatoforme voire conversive ». Qualifiant d'« étonnants » les plaintes, le retrait professionnel et l'absence de toute implication dans les activités purement intellectuelles, ces médecins étaient d'avis que la participation aux cours et formations de l'entreprise T.\_\_\_\_\_ SA restait possible. De son côté, si ce n'était la demande de son assureur-accidents, l'assuré ne voyait pas « du tout les raisons » de consulter un psychiatre en estimant ne pas présenter de problème psychologique.

La CNA a, par la suite, confié une expertise neurologique de l'assuré au Dr H.\_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport le 24 janvier 2014. Retenant les diagnostics de status après probable discret trauma crânio-cérébral suivi d'un syndrome post commotionnel/post distorsion cervicale surchargé d'importants facteurs extra-médicaux, d'absence d'atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique ainsi que locomoteur objectivable dans les suites de l'accident du 29 novembre 2012 et de malaises d'origine indéterminée, cet expert neurologue a estimé que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans l'activité d'apprenti électronicien trois mois après l'accident de novembre 2012. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a notamment écrit que « bien que le bilan psychiatrique pratiqué à la CRR n'ait pas démontré de psychopathologie au sens strict, il est néanmoins possible/probable que des facteurs psychologiques et socio-professionnels jouent un rôle dans l'évolution inhabituelle du cas » (expertise p. 14). Dans ses réponses aux questions posées, l'expert a précisé à sa mandante que « N'étant pas psychiatre, je

ne peut que conclure à l'absence d'explication somatique et notamment post-traumatique aux plaintes formulées par le sujet ».

**bb)** A la suite d'une consultation du 19 février 2016 au Service de neurologie - Consultation spécialisée d'Epileptologie du CHUV lors de laquelle le diagnostic principal de tableau clinique complexe (blocages des mouvements, syndrome douloureux diffus et symptomatologie végétative) d'allure fonctionnelle et celui secondaire de syndrome douloureux caractérisé par une omalgie gauche, des gonalgies bilatérales et une douleur de la paroi thoracique ont été posés, l'assuré a consulté le Service de psychiatrie de liaison du CHUV les 23 juin, 4 juillet, 3 et 27 octobre 2016. Dans un rapport du 8 décembre 2016, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dissociatif mixte (trouble neurologique fonctionnel) F44.9 *versus* un trouble somatisation F45.0. Dans le contexte d'une situation complexe, et pour partie déjà chronicisée au fil du temps, une prise en charge multidisciplinaire adaptée de l'assuré a été proposée auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie G.\_\_\_\_\_. Egalement sur recommandation du CHUV, en sus du suivi débuté le 1<sup>er</sup> novembre 2016 au Centre G.\_\_\_\_\_, des consultations spécialisées de neurologie (neuro-réhabilitation ambulatoire) auprès de la Dre A.\_\_\_\_\_ ont débuté en janvier 2017.

Dans ses rapports successifs, la Dre A.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur (F44.4 ; tétraparésie paroxystique). Sans constater de nouveau signe neurologique faisant suspecter une maladie organique sous-jacente à rechercher (une investigation neurologique complète en sus d'investigations médicales a été réalisée depuis 2015 et a exclu d'autres troubles, dont des crises d'épilepsie [cf. rapport du 2 juillet 2019 du Dr E.\_\_\_\_\_]), cette spécialiste a décrit un tableau correspondant à un trouble neurologique fonctionnel avec des signes positifs d'extrême lenteur à la marche et de difficulté à initier les mouvements distractible. Indiquant un effet bénéfique de la prise en charge au Centre G.\_\_\_\_\_ avec une diminution de l'anxiété et une meilleure gestion des symptômes par l'assuré, la Dre

A.\_\_\_\_\_ a alors suggéré la reprise d'une activité physique avec l'aide d'un professionnel pour exploiter une capacité de l'intéressé à réapprendre des mouvements (rapport du 17 août 2017).

De son côté, le Dr E.\_\_\_\_\_, assisté de la psychologue-psychothérapeute N.\_\_\_\_\_, du Centre de psychiatrie et psychothérapie G.\_\_\_\_\_, a également posé le diagnostic de trouble moteur dissociatif (trouble neurologique fonctionnel moteur) F44.4.

Le 12 décembre 2018, le psychiatre traitant a évoqué en particulier l'hypothèse d'un *trauma* développement sévère à la naissance et des facteurs de stress durant les premières années favorables au développement d'un trouble dissociatif, ou tout au moins d'une structure dissociative accompagnée de divers troubles psychiques. Malgré l'acceptation du diagnostic et une meilleure compréhension du trouble permettant la mise en place de premières stratégies de régulation de l'énergie après les crises et de développement de ressources, le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait part alors d'une intensité et fréquence des symptômes relativement inchangées. Compte tenu d'importantes limitations fonctionnelles avec un risque d'absentéisme et d'abandon du poste en cours en raison de la perte de la mobilité ou de douleurs trop importantes, l'assuré présentait, de l'avis de son psychiatre, une totale incapacité de travail, avec un pronostic réservé. Sur le plan thérapeutique, un suivi infirmier spécifique d'approche corporelle était demandé.

Le 2 juillet 2019, le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait part d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de janvier 2019 qui se traduisait par des phases de crise aiguë plus longues (avec la réduction significative des mouvements possibles durant minimum une semaine) et des phases de récupération également plus difficiles (avec une absence de réduction satisfaisante de certains symptômes et des limitations précipitant en conséquence des nouvelles phases de crises plus rapprochées). Aussi, les absences (toujours excusées) aux séances de thérapies étaient plus fréquentes. Par ailleurs, des pertes de contrôle moteur au niveau des membres supérieurs (mouvements indésirés),

auparavant isolés et rares, étaient apparemment en augmentation depuis environ six mois, sans identification de déclencheurs mais nécessairement consécutifs aux tensions et « durcissement » perçus dans les mains. Pour le Dr E. \_\_\_\_\_ la capacité de travail était nulle depuis le 21 (recte : 29) novembre 2012 dans l'activité habituelle. Selon son évaluation, une activité adaptée faisant plutôt appel aux capacités intellectuelles et orales, sans exigence de rendement et permettant une mobilisation régulière (deux heures par jour dans un premier temps) était envisageable, avec cependant des absences importantes prévisibles, en fréquence et en durée, induites par l'état de santé psychique. Les limitations fonctionnelles importantes retenues (à savoir, *restrictions physiques importantes au niveau des quatre membres en raison du trouble neurologique fonctionnel moteur [limitations dans l'utilisation des membres pouvant survenir à n'importe quel moment, allant de la perte de contrôle du mouvement et de son inhibition jusqu'à la paralysie, y compris absence de perception du mouvement] ; douleurs physiques importantes entraînant une réduction de l'énergie physique et psychique augmentant le risque de crises plus importantes ; limitations importantes au niveau de la motricité fine, notamment l'écriture ; difficultés dans les déplacements ; endurance, autonomie et précision réduites. Le patient rapporte également une augmentation des symptômes au niveau visuel [perte de vision partielle, tout ou partie de l'image floue, modification de la luminosité, entre autres] depuis deux mois*) étaient les conséquences directes du trouble moteur dissociatif affectant l'assuré.

**c)** L'intimé ne peut être suivi lorsqu'il affirme, dans sa réponse du 7 novembre 2019, que : « S'agissant du versant psychique, l'intéressé présentait déjà à l'époque une forte expression conversive et, du point de vue neurologique, aucun diagnostic n'a été retenu tout comme en 2014 ». Si lors de la demande initiale en 2013, le plan psychiatrique avait été peu investigué (uniquement un bref rapport de la CRR, qui n'envisageait pas le trouble neurologique fonctionnel), la situation est actuellement bien différente. Depuis 2016, le corps médical s'est en effet appliqué à circonscrire, par le diagnostic, l'état de santé défaillant du recourant. En posant un diagnostic précis, basé sur des constats objectifs de

spécialistes, avec l'introduction d'un suivi multidisciplinaire régulier au long cours depuis novembre 2016/janvier 2017 puis l'annonce d'une péjoration de l'état de santé à tout le moins depuis janvier 2019, les récents rapports du Centre G. \_\_\_\_\_ sont aptes à jeter un doute suffisant sur l'absence d'une atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique.

Confirmant le diagnostic retenu en 2016 au CHUV, la Dre A. \_\_\_\_\_ ne s'est, pour sa part, toutefois jamais prononcée sur la capacité de travail. De son côté, se référant aux constatations cliniques de sa consœur neurologue, l'actuelle médecin traitant (la Dre I. \_\_\_\_\_) a attesté une totale incapacité de travail de l'assuré depuis le début de sa prise en charge le 2 mars 2017. Par certificat médical du 7 décembre 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_ a aussi attesté un arrêt de travail à 100 %, du 7 décembre 2016 au 3 février 2017.

Etant rappelé que les constatations effectuées par le spécialiste en psychiatrie au regard des indicateurs déterminants définis par la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4) ont pour fonction d'apporter des indices afin de pallier le manque de preuves (directes) en relation avec l'évaluation de l'incapacité de travail des troubles somatoformes douloureux et d'autres troubles psychosomatiques semblables, lorsqu'il s'agit, en particulier, d'apprécier l'existence de douleurs et de ses effets, qui ne sont que très difficilement objectivables (ATF 141 V 281 consid. 4.1 *in fine* en relation avec les consid. 3.4.1.2 et 3.7.2 ; TF 9C\_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3.2), et en présence d'une atteinte psychique potentiellement incapacitante en raison des multiples symptômes somatiques qu'elle entraîne, l'appréciation de la capacité de travail par un neurologue s'avère également primordiale. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé des affects remontant à la petite enfance favorables au développement d'un trouble dissociatif ou, à tout le moins, d'une structure dissociative accompagnée de divers troubles psychiques de caractères invalidants et imprévisibles (soit pour rappel, le développement d'épisodes paroxystiques de faiblesse des quatre membres depuis 2012 allant de la perte de contrôle du mouvement et de son inhibition jusqu'à la paralysie). Dans son rapport du 5 novembre 2019,

la Dre A.\_\_\_\_ est favorable à la réalisation d'une expertise neurologique et psychiatrique pour déterminer les répercussions de l'état de santé sur la capacité de travail du recourant. Il s'agit aussi, au vu de l'établissement progressif d'une bonne alliance thérapeutique décrite avec une capacité à réapprendre des mouvements (cf. rapport du 17 août 2017 de la Dre A.\_\_\_\_), d'identifier les raisons objectives pour lesquelles une reprise professionnelle ne s'est pas concrétisée depuis la rupture de contrat d'apprentissage au printemps 2014, respectivement apprécier si l'assuré a fourni tous les efforts exigibles de sa part compte tenu de son obligation de diminuer le dommage envers l'assurance.

**d)** Au vu des pièces actuelles au dossier, il existe de nouveaux éléments depuis le rapport d'expertise de janvier 2014 du Dr H.\_\_\_\_, lequel n'excluait déjà pas une éventuelle composante psychique à la pathologie du recourant, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence récente selon laquelle 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 ; cf. consid. 4e supra). Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. L'état de santé du recourant et les répercussions de l'aggravation annoncée à tout le moins depuis janvier 2019 sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise psychiatrique et neurologique, les experts étant libres de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, conformément à l'art. 44 LPGA et dont le volet psychiatrique devra satisfaire en particulier aux standards requis par la jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles psychiques, avant de statuer sur le droit aux prestations. L'OAI veillera ainsi à ce que

l'expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

**e)** Compte tenu de l'issue du litige, les requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (« comportant un volet neurologique/neuropsychosomatique et un volet psychiatrique ») ainsi qu'à l'audition du témoin annoncé doivent être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c et 120 Ib 224 consid. 2b).

**6. a)** En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 21 août 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à U. \_\_\_\_\_ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Isabelle Jaques (pour U. \_\_\_\_\_),
- 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 :