

VD_FINDINFO AI 397/18 - 293/2019 vom 12. September 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_397_18_-_293_2019

FR: VD_FINDINFO AI 397/18 - 293/2019 du 12 septembre 2019

IT: VD_FINDINFO AI 397/18 - 293/2019 del 12 settembre 2019

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DÉCISION DE RENVOI, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE{AMIL} | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LAI, 8 al. 3 LAI, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.09.2019 AI 397/18 - 293/2019

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DÉCISION DE RENVOI, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE{AMIL} | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LAI, 8 al. 3 LAI, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 397/18 - 293/2019 ZD18.054242 COUR DE S

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 12 septembre 2019 _____ Composition : Mme Dessaux ,
présidente Mme Férolles et M. Peter, assesseurs Greffier : M. Germond *****

Cause pendante entre : R. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6ss, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 – 3, et 28 al. 1 – 2 LAI E n f a i t : A. R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est de nationalité portugaise. Sans formation professionnelle, il a travaillé en dernier lieu, du 1 er avril 2006 au 30 septembre 2015, comme monteur de façades (et chef d'équipe depuis juin 2014) pour le compte de la société T. _____ SA, à [...]. Souffrant de mouvements anormaux (tremblements d'intensité variable, fluctuants et persistants sans facteur déclenchant) d'origine fonctionnelle, il a présenté des incapacités de travail aux taux et périodes suivants : - 100 % du 12 janvier 2015 au 1 er février 2015 ; - 50 % du 2 au 8 février 2015, puis ; - 100 % dès le 9 février 2015. Le 27 juillet 2015, l'assuré a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Selon le formulaire idoine, complété par l'assureur perte de gain (S. _____), l'intéressé était totalement incapable de travailler en raison de troubles fonctionnels quasi permanents aux quatre membres. Le 7 août 2015, l'OAI a reçu un rapport de sortie du 30 janvier 2015 consécutif au séjour de l'assuré, du 16 au 22 janvier 2015, auprès du Service de neurologie du Hôpital Z. _____ (Hôpital Z. _____), à F. _____. Ce rapport retient le diagnostic de tremblement

tétra-appendiculaire d'origine fonctionnelle et précise que l'IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale n'explique pas la symptomatologie. L'état de l'assuré s'est amélioré cliniquement pendant l'hospitalisation, avec diminution du tremblement. La poursuite du traitement médicamenteux de même qu'un suivi psychiatrique et physiothérapeutique en ambulatoire ont été proposés. Dans un rapport du 12 août 2015 à l'OAI, la Dre K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tremblements tétra-appendiculaires d'origine fonctionnelle et de trouble anxieux, depuis le mois de janvier 2015. Dans son anamnèse, elle indiquait l'absence d'antécédents psychiatriques tant personnels que familiaux, mais une personnalité relativement anxieuse depuis l'enfance. Selon ce médecin, plus aucune activité professionnelle n'était exigible de l'assuré et le pronostic était réservé. La Dre K. _____ a notamment joint en annexe un rapport du 14 avril 2015 du service de neurologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) dont il ressort que les troubles de l'intéressé n'avaient pas pu être objectivés et une prise en charge psychiatrique encouragée. Le 9 octobre 2015, l'OAI a recueilli un rapport de sortie du 30 mars 2015 consécutif au second séjour de l'assuré, du 12 au 19 mars 2015, auprès du Service de neurologie du Hôpital Z. _____. Les spécialistes ont confirmé le diagnostic de mouvements involontaires tétra-appendiculaires d'origine fonctionnelle au vu de la fluctuation des symptômes, leur fréquence irrégulière et leur disparition à la distraction. A la sortie, une nette amélioration avec presque disparition des mouvements involontaires avait été mise en évidence. Les traitements psychiatrique et neurologique devaient se poursuivre avec la prescription de physiothérapie en ambulatoire. L'OAI a informé l'assuré qu'en raison de son état de santé, celui-ci n'avait pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle et que les médecins seraient réinterrogés sur l'évolution de la situation (communication du 29 octobre 2015). Le 16 novembre 2015, l'assureur perte de gain qui avait entre-temps mis fin au service de ses prestations au 19 octobre 2015 en retenant une totale capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, a produit le dossier médical qu'il avait constitué. Sur mandat de S. _____, une expertise psychiatrique avait été effectuée le 4 septembre 2015 par le Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Posant les diagnostics de troubles moteurs dissociatifs (F44.4), d'autres troubles anxieux (F41.8) et d'accentuation de certains traits de personnalité, ici personnalité anxieuse (Z73.1), cet expert a dressé l'anamnèse personnelle, socioprofessionnelle et affective suivante : " L'assuré naît en [...]. Il grandit dans des conditions familiales normales, sans notion de maltraitance, carence affective ou autre problème. Il est un garçon adapté, son seul « vice » est sa consommation de cigarettes. Il fait neuf ans d'école obligatoire et une 10^{ème} année avec un enseignement en électricité. Ses études professionnelles sont « trop dures » pour lui et il arrête. Il s'engage dans une entreprise d'électricité en tant qu'ouvrier – auxiliaire. Il reste ici pendant sept ans. A ce moment-là, il se marie (cf. ci-dessous) et il s'engage dans l'entreprise où travaille son beau-père (serrurerie). Après une année de travail, l'entreprise « coule » car les clients ne payent pas. Il sera licencié. M. R. _____ retrouve du travail dans la restauration ; il apprend à faire des pizzas dans une entreprise familiale et il s'adapte à tous points de vue à ce nouveau milieu. Il vient en Suisse en [...], ayant trouvé un emploi dans la restauration. Il est d'abord en Suisse allemande (l'assuré sourit). Après deux ans, en 2005, il vient dans le canton de Vaud où il prend un emploi dans une entreprise qui fait des façades en tout genre. Il obtient ce poste via l'un de ses beaux-frères. Il est apprécié et content pour la plus grande partie de son travail. Son chef lui confie plusieurs chantiers avec responsabilité ; l'assuré dit « je n'avais personne en-dessus de moi ». Il se décrit pour son travail comme étant très

appliqué, consciencieux, tendance perfectionniste, aussi facilement stressé, mais en même temps en ayant toujours bénéficié d'une satisfaction. En hiver 2014 – 2015, il est en vacances en Suisse. Peu de temps avant de reprendre son activité, il tombe malade et ne peut pas assumer la reprise le 12 janvier 2015. Il est dès lors en incapacité de travail prolongée jusqu'à ce jour. Son employeur le licencie le 23 juillet 2015 pour fin septembre 2015. L'assuré explique qu'il s'attendait à cette décision car l'entreprise avait des difficultés avec la concurrence des ouvriers étrangers qui « cassent les prix ». Il n'est pas le seul dans ce licenciement, il y a presque une quinzaine d'employés qui partent en même temps que lui. Sur le plan affectif – relationnel, l'assuré se marie en [...]. Son épouse est compatriote portugaise et fait des ménages. Elle est en bonne santé. Le couple fait le choix de ne pas avoir d'enfants. La relation du couple est évoquée en termes très positifs. ” Au titre de sa discussion du cas, l'expert A. _____ a retenu les éléments suivants : “ La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne un homme de maintenant 36 ans qui se trouve depuis janvier 2015 en incapacité de travail prolongée. Il s'agit d'une situation un peu exceptionnelle avec une symptomatologie très frappante, un homme qui fait des secousses grossières de l'ensemble de son corps, de ses membres, sa tête, et qui ne peut, lorsqu'il est pris par une crise, s'exprimer que par à-coups. Le tableau frappe par sa grande anormalité et le fait apparaître dans l'espace social comme particulier, spécial et malade. Nous avons vu et observé dans ce contexte plusieurs réactions de l'entourage de l'assuré qui était à la salle d'attente et à l'extérieur lorsqu'il s'est éloigné du bâtiment du cabinet. Cette symptomatologie est apparue au début de l'année 2015, peu de temps avant la reprise de son activité en tant que monteur en façade[s] et après des vacances où il est resté en Suisse. M. R. _____ est originaire du Portugal, sans notion d'une problématique majeure dans la famille ou dans son évolution personnelle. Il a fait neuf ans d'école, il était plutôt adapté, il a fait une 10^{ème} année avec visée pratique en électricité et il a travaillé ensuite pendant sept ans dans une entreprise dans le domaine de l'électricité. Au moment où il s'est marié, grâce à la connaissance et le soutien de son beau-père, il a commencé à travailler dans la serrurerie, là aussi capable de s'adapter à un nouveau domaine. Il y a eu faillite de l'entreprise mais M. R. _____ s'est adapté à un nouveau domaine, la restauration, où il a appris à fabriquer des pizzas et à assumer d'autres activités dans ce domaine. Lorsqu'il est venu en Suisse, en [...], il a trouvé immédiatement une activité dans ce même domaine. C'est après deux ans qu'il a changé pour une activité dans le montage de façades. Il a précisé ici qu'il ne s'agit pas de montage des échafaudages, mais d'habillage de bâtiments avec différents matériaux. Il a assumé cette activité non seulement d'une manière appliquée et subordonnée, mais son patron lui a donné plusieurs chantiers avec responsabilités. C'est effectivement dans un tel contexte qu'il se décrit comme soucieux, méticuleux, très responsable, soucieux de bien finir son travail, mais en parallèle aussi fier de ne pas avoir « de personnes en-dessus de moi » comme il disait. Selon ses descriptions il n'a jamais eu de description de difficulté majeure avec les personnes subordonnées, collègues ou supérieurs. La notion d'une personnalité anxieuse est de ce fait très relative, contrairement au psychiatre traitant, nous n'avons pas pu déduire une pathologie de personnalité anxieuse véritable. M. R. _____ s'est marié en [...], il nous a décrit (aussi aux autres intervenants) une relation positive, harmonieuse, avec un choix de ne pas vouloir d'enfant. L'assuré a été entre-temps licencié de chez son employeur, ceci ensemble avec 15 autres personnes et, selon ses dires, pour des raisons économiques. Il nous disait aussi qu'il s'attendait à ce licenciement car, dans son domaine (il était assez informé), il y a beaucoup de concurrence avec d'autres entreprises et ouvriers qui cassent

les prix ou travaillent au noir. Il est dans ce contexte bien possible qu'il ait été au courant de difficultés préalables et que les soucis ont joué un rôle indirect. Nous avons essayé de creuser dans toutes les directions pour saisir un éventuel facteur majeur pouvant expliquer la symptomatologie majeure (ou y participer). Comme nos confrères, nous n'avons pas trouvé un tel facteur, l'ensemble de la recherche montre plutôt des éléments peu spécifiques, de moyenne à légère importance, pour lesquels à la limite on peut imaginer un cumul. Tous les facteurs mentionnés convergent un peu dans la direction du terme « stress », notion surtout subjectivement définie. Il est dès lors pas étonnant que l'assuré soit maintenant intégré dans une étude universitaire avec comme titre « [...] ». En observation directe, nous étions confrontés donc au tableau de tremblements qui étaient très intenses, pratiquement comme au début des descriptions cliniques qui se trouvent dans le dossier. L'assuré se disait effectivement un peu stressé par la situation d'examen mais ce dernier s'est déroulé dans de bonnes conditions, une atmosphère d'écoute et de compréhension, sans pression dans le temps. L'assuré était euthymique, il était même assez souvent souriant et même sensible à l'humour. Le contact s'est facilement établi, il était explicite dans la mesure où les limitations corporelles le lui ont permis. Il n'était pas particulièrement anxieux en situation d'examen, tout au plus, comme mentionné, un peu tendu, mais ceci d'une manière dégressive. Les tremblements et dyskinésies continuaient aussi après l'examen ; il était observable que les phénomènes ont produit une démarche corporelle très irrégulière, un ralentissement de la marche, une nécessité de se tenir une fois ou l'autre. Nous sommes donc, comme nos confrères, devant une énigme assez importante. Lors des deux hospitalisations effectuées, on a décrit une diminution de la symptomatologie en cours, mais jamais de disparition. On a décrit une distractibilité, mais jamais de disparition non plus. Les tentatives d'influencer le tableau par médication ont échoué et finalement été abandonnées. On a constaté qu'il y a augmentation si anxiété ou stress accrus. Mais l'essentiel existe dans le fait que l'assuré a perdu le contrôle sur une partie de son cerveau qui dirige la musculature volontaire. L'hypothèse de bénéfices secondaires ne « colle » pas véritablement. La symptomatologie met l'assuré très à l'écart de l'être humain normal, son image sociale est fortement entachée, il a par ailleurs accepté aussi des examens pénibles comme une ponction lombaire. Lorsqu'il nous disait être en souffrance par rapport à sa symptomatologie, ceci était crédible et correspond aussi à ce qu'il a évoqué à d'autres moments. Vu que des examens très poussés ont maintenant clairement exclu toute cause organique, nous nous trouvons clairement dans le domaine des troubles dissociatifs et de conversion. [...] Le trouble dissociatif est bien le diagnostic principal et le tableau clinique est très étendu avec éléments de dysarthrie, ataxie, apraxie et dyskinésie. Au stade actuel, il n'y a aucune véritable amélioration atteinte, ni par des approches psychothérapeutiques, médicamenteuses, relaxation (Mindfulness) et autres. L'assuré est intégré dans une étude universitaire de [...], mais il n'est pas clair dans quelle mesure cette étude inclut une approche thérapeutique. Les syndromes de dissociation ont une légère prépondérance (mais pas dans l'absolu) pour toucher des sujets à faible capacité d'expression verbale. De ce fait, les approches type informatives, éducatives et cognitives sont (dans une certaine mesure) prometteuses. Rappelons dans ce contexte que l'assuré, lors d'une des hospitalisations, après entretien ensemble avec son épouse, était observé comme nettement amélioré. Il nous paraît dès lors très important d'être au clair avec les diagnostics. Au stade actuel, le médecin psychiatre traitant n'a pas prononcé le diagnostic de conversion. Or il est important de mettre l'assuré dans une large mesure au courant de l'existence de processus inconscients. Au stade actuel il ne suffit plus de faire des

descriptions fonctionnelles (le service de neurologie) ou indirecte (problématique de l'anxiété) ou par exclusion d'une pathologie potentielle. Il est facile de le dire de l'extérieur, nous le savons, ayant suivi des cas de ce type. Il est vrai qu'il n'y a pas de recette, de solution, de thérapie standardisée, uniquement la continuation des efforts. Au stade actuel avec nos recherches, nous confirmons l'ampleur du tableau et l'incapacité de travail totale. Avec le licenciement intervenu, la question d'une alternative professionnelle se pose de toute façon. C'est dans cette direction que probablement le thérapeute et spécialistes des HUG vont travailler. » En guise de réponse aux questions posées, l'expert A. _____ a estimé que si l'exercice de la profession habituelle comme monteur de façades n'était plus possible, la question d'une alternative professionnelle se posait. Ayant démontré une bonne capacité d'adaptation par le passé, il n'était pas exclu, selon l'expert, que l'assuré trouve une autre activité lucrative. A la question « 6. Observations éventuelles », en dernière page de son rapport, l'expert a indiqué : « Il nous paraît important de demander un rapport détaillé de la part du spécialiste désigné dans cette situation, la Dre Y. _____ au Service de neurologie des HUG ». Aux termes d'un rapport médical enregistré le 12 janvier 2016 par l'OAI à son dossier, la Dre Y. _____, spécialiste en neurologie, a fait part d'une totale incapacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle en relation avec le trouble fonctionnel moteur diagnostiqué. Elle mentionnait la poursuite du traitement multidisciplinaire mis en œuvre. Lors d'une entrevue téléphonique du 4 août 2016 avec la Dre J. _____, médecin au Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, la Dre Y. _____ a confirmé son diagnostic, sans faire état d'une amélioration depuis le début du suivi médical. Le 17 mai 2016, la Dre K. _____ a remis à l'OAI un rapport du 13 mai 2016 de l'ergothérapeute spécialisée en psychiatrie et formée en orientation cognitivo-comportementale d'enfants, adolescents et adultes, D. _____. Au terme de huit séances d'évaluation du 4 janvier au 29 février 2016 à son cabinet, cette dernière a constaté chez l'assuré un problème majeur d'endurance au travail ainsi que la fluctuation et l'imprévisibilité de ses mouvements incontrôlés, ceci en toute activité. Dans un rapport du 10 août 2016, la Dre J. _____ a analysé l'expertise psychiatrique du Dr A. _____ comme suit : « Selon la jurisprudence, la gravité et les répercussions des troubles dissociatifs moteurs doivent être appréciés de la même manière que les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Dans le cas présent, la lecture attentive de l'expertise psychiatrique permet d'affirmer que le diagnostic a été posé de manière adéquate, étayé sur les critères des classifications internationales et longuement explicité par l'expert, qu'il n'existe pas de comorbidité psychiatrique significative, qu'il n'y a pas d'indice pour une personnalité pathologique, et que l'assuré dispose d'un certain nombre de ressources personnelles et sociales (capacités d'adaptation, bonne collaboration lors de l'entretien et dans les mesures thérapeutiques, participe aux tâches ménagères, conserve des loisirs et un réseau social). Le rapport d'expertise ainsi que les différents documents médicaux à disposition ne mettent pas en évidence d'incohérence dans le fonctionnement ou le comportement de l'assuré : les tremblements généralisés le limitent dans toutes ses activités, occasionnant une lenteur dans l'exécution des diverses tâches qu'il entreprend. » La Dre J. _____ a dès lors estimé que si l'activité de monteur de façades n'était plus exigible depuis janvier 2015 en raison du danger encouru (montée sur des échafaudages), la capacité de travail de l'assuré demeurerait toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : un tremblement généralisé, des gestes imprécis et une lenteur dans l'exécution des tâches). On extrait par ailleurs ce qui suit d'un rapport initial du 14 novembre 2016 de la Division réadaptation de l'OAI (pièce 63) : «

6. Observations (point de vue du conseiller) M. R. _____ a effectué un bilan ergothérapeutique sur 8 séances début 2016, dont il nous a transmis le rapport (GED). Compte tenu des éléments observés dans ce cadre, il est très probable qu'une mesure d'évaluation AI aboutisse également à la conclusion qu'aucune activité adaptée n'existe dans l'économie libre. Nous allons toutefois organiser cette mesure, M. R. _____ y étant favorable et un contexte d'évaluation différent pouvant amener des précisions supplémentaires constructives pour la suite de notre intervention. [...] » Du 10 janvier au 10 mars 2017, l'assuré a bénéficié d'une évaluation professionnelle de la part de l'OAI auprès de la Fondation H. _____ (communication du 16 janvier 2017). Le 10 janvier 2017, il a débuté un stage d'observation, à 50 %, auprès de cette institution, site d' [...]. Très rapidement, il a été constaté que l'intéressé était proie à des crises de tremblements (trois épisodes sur deux semaines d'observation) nécessitant qu'il se couche, voire même qu'il rentre à domicile. Les tremblements constants de l'assuré ne lui permettaient pas d'envisager une activité dans l'économie ou dans un atelier de production avec des activités adaptées ; en outre, il a été observé un risque d'accident (risques de chutes) et le fait que l'utilisation d'outils et de machines n'était pas envisageable. Alors même que l'intéressé s'était montré volontaire et motivé à poursuivre la mesure, avait établi de bons contacts avec ses collègues et les responsables, la mesure en question avait été interrompue le 8 février 2017 (avis SMR du 14 février 2017 de la Dre J. _____ et rapport de stage du 17 février 2017 de la Fondation H. _____). Dans un rapport « REA – Rapport final » du 7 mars 2017 (pièce 88), une spécialiste en réinsertion professionnelle en charge du cas à l'OAI a écrit qu'au terme du stage effectué chez H. _____, il était apparu que l'assuré ne présentait aucune capacité de travail exploitable, ni en entreprise, ni en atelier protégé. Même des travaux de conditionnement simples ou de contrôle visuel étaient impossibles au vu des tremblements (l'intéressé ne parvenant pas à manipuler et à tenir les objets). Le rendement dans l'exercice d'activités simples de type protégé oscillait de 0 à 10 %. De plus, les déplacements et l'environnement de travail (objets, outils, meubles) mettaient l'assuré en danger. Durant le stage, la fréquence des crises de tremblements avait augmenté, contraignant l'intéressé à être allongé à l'infirmerie à plusieurs reprises, conduit une fois à l'hôpital, son épouse ayant dû quitter son travail plusieurs fois pour le reconduire à domicile, les déplacements autonomes étant impossibles. Toujours dans le cadre de son instruction de la demande de prestations, l'OAI a recueilli les rapports médicaux suivants : - un rapport du 7 mars 2017 dans lequel la Dre K. _____ a confirmé les diagnostics incapacitants de tremblements tétra-appendiculaires d'origine fonctionnelle et de trouble anxieux (chez une personne anxieuse). A ses yeux, l'assuré présentait une totale incapacité de travail, « même dans une activité à titre occupationnel ». Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés de concentration et d'attention, des mouvements involontaires en permanence (tête, membres supérieurs et inférieurs) d'intensité variable empêchant la réalisation de certains gestes et la marche normalement, d'où une lenteur d'exécution dans tout ce que l'intéressé entreprenait ; - une liasse de rapports enregistrée le 12 avril 2017 par l'OAI à son dossier, parmi laquelle figurait un rapport de consultation du 26 novembre 2015 de la Dre Y. _____, laquelle posait le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur (trémor), code F44.4. Cette neurologue a indiqué qu'après discussion avec l'assuré, les troubles neurologiques fonctionnels évoluaient de manière très variable mais que potentiellement, une amélioration pouvait être attendue, avec la précision que généralement cette évolution était lente et ne s'opérait que sur de longs mois ; - un rapport du 20 juillet 2017 aux termes duquel la Dre Y. _____ a fait part à l'OAI d'une évolution stable depuis

le mois d'août 2016. Son pronostic était réservé au vu de la longue évolution et des traitements multiples. Sans se prononcer pour autant sur la capacité de travail, elle a rappelé que dans 40 % des cas, les troubles fonctionnels peuvent s'avérer chroniques. Dans un avis SMR du 5 octobre 2017, la Dre J. _____ a estimé que le trouble moteur dissociatif affectant l'assuré n'était pas incapacitant au sens de la loi sur l'assurance-invalidité de sorte que les conclusions de son rapport du 10 août 2016 restaient valables. Ce médecin-conseil a persisté dans le constat d'une totale incapacité de travail de l'assuré dans son activité usuelle depuis janvier 2015, avec toutefois et depuis lors, une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Selon une communication interne de l'OAI du 6 mars 2018 (pièce 107), la spécialiste en réinsertion professionnelle en charge du cas à l'OAI a maintenu que du point de vue de la réadaptation, les symptômes et limitations observés durant le stage au sein de la Fondation H. _____ contre-indiquaient l'exercice par l'assuré de toute activité professionnelle, même adaptée. Confirmant son rapport final du 7 mars 2017, elle a réaffirmé qu'aucune capacité de travail n'était exploitable, même en atelier protégé. Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 16 avril 2018 de la Dre J. _____), l'OAI a, par projet de décision du 6 juillet 2018, fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Selon ses investigations médicales, il a constaté que ce dernier présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 12 janvier 2015. Toutefois, au terme du délai de carence d'une année, l'assuré bénéficiait d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles, à savoir l'abstention de travail en hauteur, sur échelles ou échafaudages. Conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre le revenu d'invalidé (67'016 fr. 07) et celui que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité (74'178 fr.), une perte gain de 7'161 fr. 93 d'où un degré d'invalidité de 9.66 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Sous réserve d'une aide au placement ouverte par le biais d'une communication du même jour de l'OAI, des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'une activité ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Ce dernier a présenté ses objections par courriers de sa protection juridique (E. _____) des 24 juillet, 4 septembre et 10 octobre 2018, demandant un réexamen de son cas et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. A l'appui de sa contestation, il a transmis les pièces suivantes : - un rapport médical du 28 août 2018 dans lequel la Dre K. _____ a posé le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique non spécifié (CIM 10 – F45.9) ou (DSM5 – 300.82), chez une personnalité à traits anxieux. Ce médecin psychiatrie a indiqué un état stationnaire depuis l'expertise de l'automne 2015, avec la persistance d'une totale incapacité de travail de l'assuré en toute activité et la nécessité de faire régulièrement des pauses pour récupérer. Du point de vue de la Dre K. _____ une nouvelle expertise était nécessaire pour juger de la chronicité des troubles ; - un rapport médical du 11 septembre 2018 dans lequel la Dre Y. _____ a répondu comme suit aux questions de la protection juridique : “ 1) Depuis quand suivez-vous l'assuré ? Quel est l'anamnèse ? J'ai repris le suivi de Monsieur R. _____ lors de mon entrée en fonction à l'[...] en octobre 2016. L'anamnèse consiste en des épisodes de tremblement qui sont paroxystiques mais qui sont la plupart du temps chroniques. 2) Souffre-t-il d'une atteinte à la santé ? Oui. 3) Si oui, de quelle nature et de quelle gravité ? Monsieur R. _____ souffre d'un trouble neurologique fonctionnel de gravité modéré[e] au décours chronique. 4) Limitations fonctionnelles ? En relation avec les

troubles constatés (physique et psychique) le patient est extrêmement invalidé sur le plan physique au vu de la persistance de secousses du tronc sur le plan psychique puisque cela a réduit nettement ses activités de loisir et de travail. 5) Quelles sont les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail et depuis quand ? Je ne me prononce pas sur ce point car à aucun moment je n'ai évalué la capacité de travail ni signé d'arrêt de travail. J'ai toujours vu Monsieur R. _____ pour un suivi spécialisé en parallèle à son médecin traitant pour étayer le diagnostic neurologique. 6) L'assuré dispose d'une capacité de travail dans une autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé ? Cf ci-dessus. 7) Si oui, dans quel type d'activité concrètement avec quelle restriction ? Cf ci-dessus. 8) Quel est votre pronostic ? Mon pronostic est défavorable, l'évolution plus de 2 ans après le début des troubles montre toujours une atteinte chronique comme il est connu dans environ 40% des patients souffrant de ce trouble ; une amélioration n'est donc pas à attendre. 9) Quelles sont, en résumé les traitements effectués jusqu'à présent pour soigner cette atteinte ? Monsieur R. _____ a suivi le « gold-standard » en terme de traitement à savoir de la physiothérapie, de la psychothérapie, de la méditation et des suivis neurologiques réguliers. Il s'est toujours montré extrêmement motivé et a suivi scrupuleusement les traitements. 10) Une expertise serait utile selon votre point de vue ? Oui, s'il existe un doute sur le diagnostic une expertise (deuxième avis) pourrait confirmer que Monsieur R. _____ souffre bien d'un trouble neurologique fonctionnel avec le code diagnostic F44.4 au sens de la CIM-10 et du DSM-5. Ces 2 diagnostics sont des entités reconnues et la littérature prouve que parfois des patients (40%) ont une évolution chronique malgré un traitement standard scrupuleusement suivi. ” ; - un rapport d'ergothérapie du 4 octobre 2018 de D. _____ dont il ressort que seule une activité de deux à trois heures par jour est envisageable et ceci de manière isolée dans la semaine, sous peine d'accumulation de fatigue avec une dégradation de l'état de santé. Après avoir soumis les derniers éléments recueillis au dossier à la permanence SMR le 17 octobre 2018, l'OAI a, par décision du 15 novembre 2018, rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé la protection juridique de celui-ci que la contestation élevée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet critiqué reposant « sur une instruction complète sur le plan médical et économique » et étant « conforme en tous points aux dispositions légales ». B. Par acte du 14 décembre 2018, R. _____, représenté par Me Flore Primault, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. En substance, il conteste la pleine capacité de travail retenue au terme du délai légal d'attente d'une année ainsi que la valeur probante des avis du SMR, respectivement de l'expertise psychiatrique du Dr A. _____ suivie par le SMR. Il leur oppose les rapports de ses médecins (Dres K. _____ et Y. _____) ainsi que de son ergothérapeute D. _____, corroborés par les observations effectuées durant le stage auprès de H. _____. En d'autres termes, il reproche à l'OAI une instruction médicale erronée et incomplète. Examinant les indicateurs déterminants de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, également applicable aux troubles moteurs dissociatifs, il conclut être « gravement invalide ». Le recourant a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une « expertise neurologique ou d'un autre type » afin de déterminer sa capacité de travail éventuelle. Dans sa réponse du 18 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il produit un avis

SMR du 5 mars 2019 de la Dre J. _____, auquel il se rallie, et qui se termine comme suit : “ [...] Dans son acte de recours, Me Primault met premièrement en avant l’absence de valeur probante des avis médicaux du SMR. Nous laissons le soin au service juridique de se prononcer sur ce point. Deuxièmement, Me Primault met en avant le caractère invalidant des troubles présentés par l’assuré, faisant essentiellement un rappel des critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles associés. Me Primault estime au final que la plupart des indicateurs prévus par la jurisprudence et permettant de retenir le caractère invalidant du trouble dont souffre l’assuré sont présents, contrairement à ce qu’a retenu le SMR, position du reste guère étayée par ce dernier. Dans son rapport d’examen du 10.08.2016, le SMR a tenu compte de la nouvelle jurisprudence en matière de SPECDO après avoir suivi le diagnostic de troubles moteurs dissociatifs posé par les Drs A. _____ et Y. _____, spécialistes respectivement en psychiatrie et en neurologie. Selon une lecture attentive des renseignements médicaux à sa disposition, le SMR a analysé les indicateurs de la nouvelle jurisprudence, en particulier l’atteinte à la santé, la personnalité et les ressources personnelles et externes de l’assuré, de même que les éventuelles incohérences dans le fonctionnement et le comportement de l’assuré et en rend compte dans son rapport d’examen du 10.08.2016. L’évolution de l’état de santé de l’assuré est par la suite resté[e] stationnaire. Me Primault fait manifestement une analyse différente du SMR de la même situation clinique sur la base des mêmes renseignements au dossier. En conclusion, d’un point de vue médical, cet acte de recours ne nous amène pas de nouvel élément qui justifie une modification de notre appréciation médicale. ” Aux termes de sa réplique du 6 juin 2019, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions, sans invoquer de nouveaux arguments. Le 7 juin 2019, cette dernière écriture a été communiquée à l’intimé pour son information. 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. Le litige porte en l’espèce sur le droit du recourant à des prestations de l’assurance-invalidité, singulièrement 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 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) Selon l’art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d’une invalidité (art.

8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). c) 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. 4. a) 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) 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). b) 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. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). c) 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). d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 6. a) En l'occurrence, l'intimé a principalement fondé la décision litigieuse sur les conclusions de son médecin-conseil du SMR. Cette dernière a retenu que le diagnostic de troubles dissociatifs moteurs exclut la continuation de l'activité habituelle depuis le 12 janvier 2015. A ce stade, cette appréciation ne saurait être contredite sur la base des pièces médicales au dossier, ce d'autant que la psychiatre traitant de l'assuré impute une origine fonctionnelle au diagnostic de tremblements tétra-appendiculaires. Sur la base de l'expertise psychiatrique du 4 septembre 2015 du Dr A. _____, et après avoir analysé celle-ci selon les indicateurs jurisprudentiels prévalant en matière de SPECDO, le SMR estime qu'au terme du délai d'attente légal d'une année la capacité de travail est totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, soit l'existence d'un tremblement généralisé, de gestes imprécis et de lenteur dans l'exécution des tâches, limitations fonctionnelles que l'OAI n'a au demeurant pas prises en compte dans sa décision. Les rapports REA (pièces 63 et 88) de même que le rapport de stage auprès de la Fondation H. _____ (pièce 85) concluant à une totale incapacité de travail en toute activité n'ont en rien modifié la position du SMR, lequel se fonde exclusivement sur les rapports médicaux contemporains ou postérieurs au rapport d'expertise de septembre 2015 pour constater que l'évolution de l'état de santé de l'assuré est restée identique, respectivement stationnaire. De son côté, s'en référant aux rapports de ses médecins traitants et de son ergothérapeute, corroborés par les observations effectuées lors du stage professionnel suivi du 10 janvier au 8 février 2017 auprès de H. _____, le recourant fait valoir que la plupart des indicateurs déterminants de la jurisprudence sont donnés dans son cas. Il soutient présenter une totale incapacité de travail lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. b) La décision attaquée retient une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, à savoir l'abstention de travail en hauteur, sur échelles ou échafaudages. Or comme relevé ci-dessus, les limitations

fonctionnelles admises par le SMR sont plus conséquentes. Par ailleurs, l'instruction médicale se révèle insuffisante. Tout d'abord, l'expertise psychiatrique du Dr A. _____ qui date du 4 septembre 2015 est ancienne et n'est pas suffisamment exhaustive pour pouvoir l'apprécier sous l'angle de la grille d'indicateurs jurisprudentiels, même en rassemblant les informations utiles ressortant des autres rapports médicaux au dossier. Plus exactement, s'il n'existe ni motif d'exclusion, ni incohérence et que l'échec des mesures d'orientation et observation professionnelle est apparemment dû à l'atteinte à la santé et non à un manque de coopération de l'assuré, le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé et les ressources personnelles de celui-ci ne peuvent pas être appréciés en raison d'une anamnèse par trop sommaire. En effet, si l'assuré a été apparemment compliant aux différents traitements mis en place (y compris après l'expertise, cf. rapport médical du 11 septembre 2018 de la Dre Y. _____ R. 9 [pièce 130, p. 361]), on ne dispose pas d'informations précises sur les modalités de ces traitements et les causes de leur échec. Cet échec, en l'état des pièces au dossier, est d'autant moins compréhensible que lors des deux hospitalisations de l'assuré auprès du Service de neurologie du Hôpital Z. _____ en janvier et mars 2015, son état clinique s'était amélioré. Par ailleurs, si l'expert considérait l'incapacité de travail totale à l'époque de son examen, il mentionnait que la question d'une alternative professionnelle se posait et indiquait que le thérapeute et les spécialistes des HUG allaient travailler dans ce sens (rapport d'expertise psychiatrique du 4 septembre 2015 du Dr A. _____, p. 15). Le Dr A. _____ n'excluait donc pas le principe du retour à une capacité de travail dans une activité adaptée, ce qui à lire la Dre Y. _____ est du domaine du possible, même si, selon la littérature scientifique, dans 40 % des cas les troubles deviennent chroniques. La chronicité d'un trouble n'exclut pas à elle seule une capacité de travail. Au demeurant, la Dre Y. _____ envisageait elle aussi, dans son rapport de novembre 2015 (pièce 91, p. 291), une reprise du travail progressive. Cependant, l'expert A. _____ ne se prononce pas sur le taux, cas échéant progressif, du retour de l'assuré dans une activité adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles, respectivement une diminution de rendement éventuelle. Les rapports REA et de la Fondation H. _____ n'émanent quant à eux pas de représentants du corps médical seuls compétents pour apprécier la capacité de travail, et ne permettent donc pas de retenir une totale incapacité de travailler dès le mois de janvier 2015 (cf. TF 9C_790/2015 du 22 juin 2016 consid. 6.2 ; TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2). De leur côté, la Dre Y. _____ et ses confrères neurologues ne se sont jamais prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée, la première renvoyant à chaque fois sur ce point au psychiatre traitant. Dans ces conditions, étant 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), et invoqués par le recourant, 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 qui est incapacitante en raison des symptômes somatiques qu'elle entraîne, l'appréciation de la capacité de travail par un neurologue s'avère également primordiale. Il s'agit aussi d'identifier les raisons objectives pour lesquelles le pronostic d'une reprise professionnelle ne s'est pas concrétisé, 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. c) Au vu des pièces actuelles au dossier, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale (cf. TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3) et pour toutes les raisons qui précèdent, 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 ainsi à l'intimé de compléter l'instruction médicale en obtenant de la neurologue traitante un rapport exhaustif sur le traitement mis en place, l'adhésion (ou non) de l'assuré à ce traitement, les raisons de l'échec du traitement et l'évolution de la capacité de travail depuis le début du suivi. Si les informations ainsi recueillies ne sont pas suffisantes, il conviendra de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) conformément à l'art. 44 LPGA. 7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis 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. c) 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 2'000 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 prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 15 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 R._____ la somme de 2'000 fr. (deux 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 Flore Primault (pour R._____), ■ 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 :