

VD_GERICHTE ZD19.041910 vom 21. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.041910

FR: VD_GERICHTE ZD19.041910 du 21 juillet 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.041910 del 21 luglio 2020

Erwägungen

E. 1

et 28 LAI

- 3 - 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 1er 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 1er 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 1er 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

- 4 - 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

- 5 - 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'immatunité 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 conversive (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 1er 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

- 6 - 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

- 7 - 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

- 8 - 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 1er 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

- 9 - 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.

- 10 - 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 2ème 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 1ère 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

- 11 - 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 ouvrirait 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)

E. 2

Quelles sont vos consta[t]ations 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

- 12 - 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

- 13 - importants et un score de 2,2, légèrement inférieur au seuil diagnostique 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 diagnostique 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.

E. 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.

E. 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

- 14 - 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.

E. 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.

E. 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.

- 31 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.