

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Férolles et M. Peter, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

W. _____, 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. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)**W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été employé en dernier lieu, du 1^{er} avril 2006 au 30 septembre 2015, comme monteur de façades pour le compte de la société M._____ SA à [...].

Souffrant de mouvements anormaux (tremblements d'intensité variable, fluctuants et persistants sans facteur déclenchant) d'origine fonctionnelle aux quatre membres, il a présenté des incapacités de travail, à 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 déposée par l'assureur perte de gain L._____, Compagnie d'Assurances.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports des 30 janvier et 30 mars 2015 des médecins du Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV] ; rapport du 12 août 2015 de la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, estimant que plus aucune activité professionnelle n'était exigible de la part de l'assuré, avec un pronostic réservé) et s'est vu communiquer le dossier médical de l'assuré constitué par L._____, Compagnie d'Assurances dont il ressortait une expertise psychiatrique réalisée 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), estimant que si l'activité habituelle comme monteur de façades n'était plus possible, la question d'une alternative professionnelle se posait chez un assuré qui avait démontré une bonne capacité d'adaptation par le passé ;

selon l'expert, il convenait de demander un rapport détaillé à la Dre I. _____ au Service de neurologie des HUG.

Après avoir obtenu des renseignements médicaux complémentaires (rapport enregistré le 12 janvier 2016 au dossier de la Dre I. _____, spécialiste en neurologie ; rapport du 13 mai 2016 de la Dre H. _____), l'OAI a, suivant le point de vue du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité (rapport du 10 août 2016 de la Dre X. _____), octroyé à l'assuré une mesure d'évaluation professionnelle auprès de la Fondation P. _____, du 10 janvier au 10 mars 2017 ; ce stage d'observation, à 50 %, interrompu le 8 février 2017, a conclu à l'impossibilité pour l'intéressé d'envisager une activité dans l'économie ou dans un atelier de production avec des activités adaptées (rapport de stage du 17 février 2017 de la Fondation P. _____).

Dans le cadre de l'actualisation de son instruction du cas, l'OAI a obtenu des renseignements complémentaires de la part des médecins consultés par l'assuré (rapports des 26 novembre 2015 et 20 juillet 2017 de la Dre I. _____ ; rapport du 7 mars 2017 de la Dre H. _____) qu'il a ensuite soumis à la Dre X. _____, du SMR, laquelle persistait dans le constat d'une totale incapacité de travail de l'intéressé dans son activité usuelle depuis janvier 2015 en raison d'un trouble moteur dissociatif, avec toutefois et depuis lors, une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir des difficultés de concentration et d'attention ainsi qu'une lenteur dans les tâches du fait des mouvements involontaires (avis du 5 octobre 2017).

Selon une communication interne de l'OAI du 6 mars 2018, 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 P. _____ contre-indiquaient l'exercice par l'assuré de toute activité professionnelle, même adaptée ; elle a confirmé 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 X. _____), 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, aux motifs que si ce dernier présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 12 janvier 2015, au terme du délai de carence d'une année, il 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, qui, après comparaison d'un revenu de valide (74'178 fr.) avec celui d'invalidé (67'016 fr. 07) aboutissait à une perte de 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, des mesures professionnelles n'avaient en outre 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.

Après les objections formulées par l'assuré et la production de rapports des intervenants consultés (rapport du 28 août 2018 de la Dre H. _____ ; rapport du 11 septembre 2018 de la Dre I. _____ ; rapport d'ergothérapie du 4 octobre 2018 de F. _____), l'OAI a, par décision du 15 novembre 2018, confirmé la teneur de son préavis du 6 juillet 2018.

A la suite du recours déposé le 14 décembre 2018 par l'assuré contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt du 12 septembre 2019 aux termes duquel elle a admis le recours, annulé la décision rendue le 15 novembre 2018 par l'OAI et renvoyé la causé à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. La Cour de céans a constaté que la décision attaquée retenait une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, à savoir l'abstention de travail en hauteur, sur échelles ou échafaudage, alors que les limitations fonctionnelles admises par le SMR étaient plus conséquentes, soit l'existence d'un tremblement généralisé, de gestes imprécis et de lenteur dans l'exécution des tâches. Par ailleurs, l'instruction médicale se révélait insuffisante et ne permettait pas d'apprécier le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et

les ressources personnelles de l'assuré, la Cour précisant qu'en présence d'une atteinte psychique incapacitante en raison des symptômes somatiques qu'elle entraînait, l'appréciation de la capacité de travail par un neurologue s'avérait également primordiale. Il s'agissait aussi d'identifier les raisons objectives pour lesquelles le pronostic d'une reprise professionnelle ne s'était pas concrétisé, respectivement apprécier si l'assuré avait fourni tous les efforts exigibles de sa part compte tenu de son obligation de diminuer le dommage envers l'assurance. Il incombait 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 ; en cas d'informations insuffisantes, il convenait de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) conformément à l'art. 44 LPGA ([loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; cf. CASSO AI 397/18 - 293/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6b-c).

b) A la suite de ce renvoi, l'OAI a recueilli un rapport du 17 décembre 2019 de la Dre I._____ faisant part d'une excellente adhésion de l'assuré à la prise en charge multidisciplinaire mise en place et comprenant physiothérapie, psychothérapie et contrôles neurologiques. En l'absence d'échec de traitement, il y avait une évolution chronique chez l'intéressé. Grâce aux traitements, une stabilisation des symptômes moteurs et une amélioration de la thymie ont été observées. La Dre I._____ confirmait que l'évolution restait néanmoins défavorable avec des symptômes toujours extrêmement invalidants, mais sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, renvoyant sur ce point au médecin traitant.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 21 janvier 2020 de la Dre X._____), l'OAI a mandaté le Q._____ (Q._____), à [...] en vue de réaliser une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et neurologique) de l'assuré. Les Drs T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N._____, spécialiste en neurologie, ont rendu leur rapport d'expertise le 20 juillet 2020. Sur le plan neurologique, il n'a pas été retenu de diagnostic, les investigations réalisées n'ayant pas permis de mettre en

évidence de cause organique aux tremblements présentés. Sur le plan psychiatrique, il a été diagnostiqué des troubles moteurs dissociatifs (F44.4) incapacitants se manifestant sous la forme d'une perturbation d'intensité variable aux membres inférieurs avec une démarche bizarre, des tremblements exagérés avec secousses musculaires de plusieurs extrémités, ceci à l'exclusion d'un éventuel trouble spécifique de la personnalité du registre anxieux, de même que toute autre comorbidité psychiatrique. Dans le corps de leur expertise, ces experts ont indiqué, au plan somatique, que le tableau clinique était évocateur du diagnostic de « tremblement tétra-appendiculaire d'origine fonctionnelle ». En l'absence de facteurs de surcharges (absence d'incohérence particulière entre les allégations de l'assuré, l'anamnèse, l'examen clinique et le dossier médical), les experts ont estimé que, si la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de monteur en façades était nulle depuis 2015 en raison des symptômes moteurs, dans une activité adaptée au trouble moteur dissociatif, la capacité de travail médico-théorique était de 100 %, avec la précision qu'« une activité intellectuelle pourrait être soutenue chez un assuré intelligent et motivé ».

En réponse à la demande de précision supplémentaire adressée par l'OAI, les experts du Q._____ ont établi un complément d'expertise du 4 novembre 2020, au terme duquel ils ont confirmé les conclusions de leur évaluation consensuelle du cas selon rapport d'expertise du 20 juillet 2020. Ils ont précisé que si l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de monteur en façades depuis 2015 en raison d'une atteinte psychiatrique qui se manifestait par des symptômes moteurs, en revanche, dans une activité adaptée (à savoir, pas d'exposition à des situations où la survenue des mouvements involontaires mettrait l'assuré ainsi que son entourage en danger, la marche étant également entravée, un poste sédentaire ne nécessitant pas de mouvements fins étant à privilégier) il conservait, malgré le handicap, des ressources disponibles, et sans entrave dans les toutes les activités de la vie.

Dans un avis du 16 novembre 2020, la Dre X._____, du SMR, a indiqué n'avoir aucun argument pour s'écarter des conclusions des experts du Q._____.

Par projet de décision du 18 novembre 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité au motif qu'après un examen complet de son dossier, celui-ci présentait, à l'échéance du délai de carence d'une année ayant débuté le 12 janvier 2015, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée comprenant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas d'exposition à des situations où la survenue de mouvements involontaires mettant l'assuré ou son entourage en danger, privilégier une activité sédentaire ne nécessitant pas de mouvements fins ». Le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 9,66 %. Tout en refusant l'octroi de mesures professionnelles, l'OAI a néanmoins reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement, mesure qui a été clôturée le 21 janvier 2021 en raison de la renonciation de l'intéressé à cette aide au vu de son état de santé défaillant.

A l'appui de ses objections du 24 décembre 2020, complétées les 19 janvier, 5 février, 4 et 23 mars 2021, l'assuré, par son conseil Me Flore Primault, a contesté être en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée en demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a remis les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 27 novembre 2020 de la Dre I._____ posant les diagnostics de trouble neurologique fonctionnel moteur avec secousses involontaires (F44.4) et de céphalée de tension chronique. L'examen neurologique retrouvait un important tremblement variable d'amplitude et de fréquence aux quatre membres et à la tête ainsi qu'une marche avec lâchages brusques du genou des deux côtés. Cette médecin a indiqué que l'assuré présentait un trouble neurologique fonctionnel chronique, invalidant, avec des secousses quasi permanentes malgré les traitements suivis et une compliance excellente, qu'il était actuellement en situation de stress au vu de ses démarches vis-à-vis de l'OAI, et qu'il souffrait d'une

fatigabilité aggravant son trouble rendant la reprise du travail plus difficile ; de l'avis de la Dre I._____, une expertise psychiatrique était nécessaire en plus de l'expertise neurologique. Sur le plan thérapeutique, un accompagnement sur le long terme était de mise, avec possibles cycles de physiothérapie en cas d'aggravation des symptômes et reprise d'un soutien psychothérapeutique en cas de facteurs de stress psychosociaux dominants, voire de surajout d'une dépression ou anxiété. Cette médecin ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'assuré ;

- un rapport d'expertise neurologique privée, comprenant des évaluations neuropsychologique ainsi que d'ergothérapie, du 5 mars 2021 du Dr D._____, spécialiste en neurologie, diagnostiquant, avec répercussion sur la capacité de travail, des mouvements anormaux à type de tremblements et de secousses généralisées sans lésion organique neurologique détectable. Au terme de l'examen neuropsychologique de l'assuré, l'expert a émis les considérations suivantes (rapport d'expertise privée, p. 5) :

"Conclusion

L'examen neuropsychologique réalisé auprès de ce patient de 41 ans, collaborant et adéquat, frappant d'emblée par d'importants tremblements incontrôlés (limitant la réalisation de la majorité des tâches), conscient de ses difficultés cognitives, et fatigable après environ une heure d'entretien, met en évidence :

- Un graphisme mal contrôlé, appuyé et tremblé ;
- Des difficultés dans la sphère écrite à mettre en lien avec le faible niveau d'acquisition du français écrit ;
- Des difficultés en mémoire antérograde verbale ;
- Un dysfonctionnement exécutif sur le plan cognitif (programmation, abstraction ; fléchissement de l'incitation verbale) ;
- Un probable ralentissement de la vitesse de traitement ;
- Des signes de la lignée anxieuse à un questionnaire auto-reporté.

En revanche, l'orientation, le langage oral, le traitement des nombres, les praxies gestuelles et constructives, les gnosies visuelles discriminatives, la mémoire à court terme et de travail verbale, la mémoire à court terme visuo-spatiale et la mémoire antérograde visuelle sont globalement préservés. Rappelons que les tests et indices de validation de performance sont réussis."

Au terme du bilan d'ergothérapie, le Dr D._____ a émis les considérations suivantes (rapport d'expertise privée, p. 9) :

“Conclusion :

Suite à l’expertise en ergothérapie effectuée le 9.2.2021, il ressort que Mr W._____ présente des mouvements incontrôlés des quatre membres et de la tête qui impactent son quotidien. Les évaluations montrent des déficits au niveau de ses membres supérieurs pouvant impacter la dextérité, la précision des gestes lors de tâches de frappe à l’ordinateur par exemple, et la force globale.

Concernant l’équilibre, le risque de chute est très important malgré l’utilisation de bâtons de marche. Mr a tendance à ne pas marcher en ligne droite, il se déplace sur les talons et a des lâchages des deux genoux.

Le port de charge lourde de manière répétée s’avère difficilement réalisable voire impossible compte tenu du manque d’endurance et des mouvements involontaires.

L’évaluation a donc permis de mettre en évidence :

- Des tremblements importants des quatre membres et de la tête entraînant :
 - des douleurs à la nuque et au niveau des épaules
 - un ralentissement des performances dans la vie quotidienne : lors d’activités domestiques et professionnelles
 - un déficit d’endurance globale
 - un déficit de force lors du port de charge limité à 5kg.
 - une fatigue excessive à la norme
 - un déficit d’équilibre statique et dynamique

En fin d’expertise Mr dit qu’il est épuisé, qu’il « souhaite vraiment rentrer pour dormir. »”

S’agissant de la capacité de travail, l’expert privé a estimé qu’aucune activité professionnelle avec composante motrice significative n’était envisageable chez cet assuré avec une formation professionnelle « manuelle ». S’agissant des limitations fonctionnelles, il a relevé que les mouvements anormaux limitaient significativement, totalement ou partiellement, toutes les activités motrices envisageables, avec cependant des plages d’amélioration permettant, rarement, quelques activités de type vélo, ménage, notamment. Le Dr D._____ a écrit que si une activité « purement intellectuelle » restait possible, il s’interrogeait sur l’activité à laquelle les experts du Q._____ faisaient référence, rappelait qu’il y avait déjà eu un échec de stage à [...], et observait que, sur un plan pratique, aucune activité adaptée n’était envisageable dans un tel domaine. Par ailleurs, même si une activité adaptée ne restait pas purement théorique, l’expert privé chiffrait une diminution de rendement

de l'ordre de 25 % en raison des difficultés cognitives, notamment dysexécutives observées.

Après avoir obtenu le point de vue du SMR sur les éléments médicaux recueillis dans le cadre de la contestation du préavis du 18 novembre 2020 (avis audition SMR du 30 mars 2021 de la Dre X._____), l'OAI a, par décision du 12 avril 2021, intégralement confirmé la teneur de son préavis de refus de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un courrier d'accompagnement faisant partie intégrante de sa décision, il a précisé que son projet de décision reposait sur une instruction complète et était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. Par acte du 10 mai 2021, W._____, représenté par Me Flore Primault, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente entière, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente fixée à dire de justice ; plus subsidiairement encore, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, cet office étant débouté de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions. A titre préalable, il a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique ou d'un autre type pour déterminer son éventuelle capacité de travail résiduelle. En substance, il reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise du Q._____, retenant une possibilité de travailler à 100 % dans une activité « purement intellectuelle » qui n'existerait pas, opposant les conclusions du rapport d'expertise privée du Dr D._____. Sur le plan économique, le recourant déplore l'absence de prise en compte d'un abattement sur le revenu d'invalidité qui se justifierait au vu de ses limitations fonctionnelles.

Dans sa réponse du 29 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il relève le caractère probant de l'expertise du Q._____, renvoyant à ses lignes du 12 avril 2021. Concernant le taux d'abattement, il observe que, même en retenant

le taux maximum prévu dans ce domaine, le degré d'invalidité (32,24 %) resterait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Aux termes de sa réplique du 31 juillet 2021, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions. Il insiste sur le fait qu'il est établi qu'il ne souffre pas d'une « atteinte psychiatrique qui se manifesterait par des symptômes moteurs » comme cela ressortirait tant du rapport d'expertise privée du Dr D. _____ que des rapports successifs de la Dre I. _____.

Le 3 août 2021, cette dernière écriture a été communiquée à l'intimé pour son information.

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

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 sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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

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).

Selon 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) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de

l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

d) 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).

e) 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).

4. a) En l'occurrence, l'intimé a constaté, en se basant sur le rapport d'expertise du Q._____, que le recourant disposait d'une entière capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et, partant, nié tout droit à une rente d'invalidité en sa faveur.

Ne partageant pas ce point de vue, le recourant conteste la pleine capacité de travail retenue en opposant les avis des Drs D._____ et I._____ sur la question. Il critique également l'absence d'un abattement sur le revenu d'invalidité pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles.

b) Dans ses écritures, le recourant met en doute les constatations de l'OAI s'agissant du diagnostic psychiatrique des troubles moteurs dissociatifs (F44.4) tel que retenu par les experts du Q._____. Il soutient être atteint d'une pathologie neurologique chronique sans composante psychiatrique, telle que retenue en particulier par le Dr D._____, avec pour conséquence que la jurisprudence développée en matière de troubles somatoformes douloureux ou d'autres affections psychosomatiques assimilées ne serait pas applicable à son cas, justifiant sa requête d'une nouvelle expertise judiciaire. La critique du recourant n'est pas pertinente.

En premier lieu, le trouble dissociatif moteur - tel que diagnostiqué en l'espèce par les experts du Q._____ - figure au ch. F44.4 de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Selon cette classification, dans les formes les plus fréquentes, il existe une perte de la capacité de bouger une partie de la totalité d'un membre ou de plusieurs membres ; les manifestations de ce trouble peuvent ressembler à celles

de pratiquement toutes les formes d'ataxie, d'apraxie, d'akinésie, d'aphonie, de dysarthrie, de dyskinésie, de convulsions ou de paralysie. Selon la doctrine médicale, le trouble dissociatif, dont la clinique neurologique atypique implique une démarche diagnostique complexe à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie, se présente sous la forme d'un syndrome « pseudo-neurologique » pouvant mimer une atteinte motrice, sensitive ou sensorielle, des crises de type épileptique ou des mouvements anormaux, dont des troubles de la marche. Le diagnostic repose sur la présence de signes dits « positifs » qui, lorsqu'ils sont présents, suggèrent fortement le diagnostic de trouble dissociatif. Si certains de ces signes ont été validés, la plupart n'ont pas de spécificité ni de sensibilité établies. C'est donc l'ensemble du tableau clinique qui permet au neurologue d'établir le diagnostic, en évitant de restreindre ce dernier à un diagnostic d'exclusion. Le tremblement dissociatif (le plus fréquent des mouvements anormaux dissociatifs) est reconnu lorsqu'il est variable, qu'il change lorsque le sujet est distrait ou qu'il est entraîné par une autre fréquence (lors d'un mouvement rythmique de l'autre main, par exemple) (M. HUBSCHMID/S. AYBEK/F. VINGERHOETS/A. BERNEY, Trouble dissociatif : une clinique à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie, *in* Revue médicale suisse 2008 p. 412-413 ; cf. TF 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.1).

En page 11 du rapport d'expertise privée du 5 mars 2021, le Dr D._____ a notamment écrit ceci : « Nous sommes d'avis, sur la base du dossier et de notre propre bilan, que le patient présente une pathologie neurologique claire, et le fait qu'elle ne soit pas organique lésionnelle n'implique pas qu'elle soit inexistante ou d'origine psychiatrique. Le chiffre donné par les experts de troubles moteurs dissociatifs F44 est issu de la classification psychiatrique, et ne nous paraît pas entrer ici en ligne de compte en l'absence d'autres éléments psychopathologiques, de bénéfices secondaires, du risque de chute et de blessure, et de l'affirmat[i]on même dans le suivi psychiatrique (Doctoresse H._____ page 9 du rapport du Q._____) qui évoque précisément l'absence de toute composante dissociative chez ce patient et d'éléments psychologiques suggérant une origine psychogène aux mouvements

anormaux. On relèvera ici un patient collaborant, compliant, sans aucun élément suggérant des incohérences ou une simulation, non revendicateur durant l'entretien, et où les tests de validation neuropsychologiques excluent un aspect de surcharge psychogène ou d'effort su[b]maximal durant les tests ».

Selon le Dr D._____, la classification dans le domaine psychiatrique n'entre pas en ligne de compte en raison de l'absence d'autres éléments psychogènes. Ce neurologue ne propose cependant pas de diagnostic entrant dans l'une ou l'autre des classifications reconnues (CIM-10 ou DSM [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*]) et admet l'absence de lésion organique objectivant les mouvements anormaux. En l'état actuel des systèmes de classification médicale reconnus, seul le diagnostic F44.4 (troubles moteurs dissociatifs) peut être retenu. Or, selon la jurisprudence, la reconnaissance d'une invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'un trouble somatoforme douloureux ou d'autres troubles psychosomatiques comparables, dont les troubles moteurs dissociatifs (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), suppose au préalable qu'un diagnostic psychiatrique relevant de ce champ pathologique ait été posé selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2 ; TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.1). En d'autres termes, l'avis d'un spécialiste, en l'occurrence d'un psychiatre, est en principe nécessaire lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ce genre de troubles est susceptible d'entraîner chez l'assuré (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2, 396 consid. 5.3.2).

Il convient de rappeler ensuite que, dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais bien l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Or en l'espèce, il y a consensus entre les experts, les médecins traitants et le service de réadaptation de l'OAI sur l'impossibilité pour le recourant, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, de poursuivre son

activité habituelle tout comme travailler dans toute activité physique ou manuelle, compte tenu des limitations fonctionnelles.

Cela étant précisé, le litige porte finalement sur la capacité de travail du recourant dans une activité intellectuelle, respectivement sur les possibilités d'emploi de celui-ci sur un marché équilibré du travail.

En l'espèce, les experts du Q. _____ retiennent, malgré la présence des troubles dissociatifs de la motricité (F44.4), une capacité de travail de 100 % dans une activité intellectuelle estimant qu'elle pourrait être soutenue chez un assuré intelligent et motivé, et qui présente de nombreuses ressources. De son côté, la Dre I. _____ ne se prononce pas expressément sur une capacité de travail dans une activité intellectuelle. Quant au Dr D. _____, il admet théoriquement possible une capacité de travail de 100 % dans une activité intellectuelle tout en considérant qu'en pratique il n'en existe aucune pour un assuré « sans aucune formation à ce sujet ». La notion de marché équilibré est une notion théorique et abstraite qui implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b). De plus, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA et ne sont donc pas pris en compte. Il s'en suit que la remarque du Dr D. _____ en lien avec l'absence de formation du recourant pour une activité intellectuelle excède le cadre de l'appréciation médicale, et n'a donc pas à être prise en compte.

En l'occurrence, les pièces médicales au dossier ne permettent cependant pas de se prononcer sur le taux de capacité de travail du recourant dans une activité adaptée au handicap. L'expert neurologue du Q. _____ mentionne une diminution de rendement probable dans la mesure où le recourant s'épuise à vouloir contrer les mouvements parasites (rapport d'expertise, p. 37). Cette baisse de rendement n'est ni

chiffrée, ni rapportée dans la discussion consensuelle. Par ailleurs, à la question de savoir quel serait le temps de présence maximal possible dans l'activité intellectuelle proposée, les experts du Q._____ répondent que l'assuré pourrait soutenir le maximum horaire exigible quotidien d'une activité qui n'implique pas la motricité, sans plus indiquer une réduction de la performance durant ce temps de présence pour une activité de ce type (rapport d'expertise, p. 50). En l'absence de toute explication sur une diminution de rendement pourtant admise par l'expert neurologue, il est impossible de savoir s'il s'agit d'une omission ou d'une exclusion implicite. Or, les tremblements existent tant au niveau des quatre membres que de la tête, ne sont ni isolés, ni légers. Le 27 novembre 2020, au terme de sa consultation du 19 octobre 2020, la Dre I._____ rapporte un important tremblement variable d'amplitude et de fréquence aux quatre membres et à la tête et des secousses quasi permanentes. Pour sa part, l'expert neurologue du Q._____ mentionne un examen neurologique normal mais parasité par des mouvements anormaux des quatre membres, pratiquement incessants durant l'entretien et l'examen (rapport d'expertise, p. 34). Ces tremblements sont également observés durant l'examen clinique par l'expert psychiatre (rapport d'expertise, p. 25). De son côté, le Dr D._____ rapporte également d'importants tremblements incontrôlés de tout le corps, y compris la tête, limitant la réalisation de la majorité des tâches, notamment grapho-motrices et informatisées. En particulier, il est relevé lors des tests neuropsychologiques que le recourant ne parvient pas à maintenir son regard sur l'écran, ni les yeux ouverts et fixés sur une feuille suffisamment longtemps pour parvenir à compter des points (rapport d'expertise privée, pp. 3 - 5). Les tests en ergothérapie relèvent des déficits au niveau des membres supérieurs pouvant impacter la dextérité, la précision des gestes, par exemple lors de tâches de frappe sur ordinateur (rapport d'expertise privée, pp. 5 - 9). Ainsi, il est vraisemblable que la capacité de travail du recourant dans une activité intellectuelle, laquelle implique un usage régulier des membres supérieurs et de la tête, sera impactée tant par les tremblements que par l'énergie dévolue à leur contrôle, étant précisé que la fatigabilité encore relevée par les Drs I._____ et D._____ est proche de l'épuisement pronostiqué par l'expert neurologue.

c) Compte tenu de ce qui précède, non seulement il existe des éléments permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 20 juillet 2020 et son complément du 4 novembre 2020 du Q._____ mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence. En présence d'une appréciation lacunaire de la capacité de travail, laquelle relève de la compétence des médecins et non du juge (cf. TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3 ; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3), il s'avère impossible d'apprécier les possibilités d'emploi du recourant sur un marché équilibré du travail. Dans ces conditions, 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 la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de compléter l'instruction médicale par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique et psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA, en requérant des experts une détermination précise de la capacité de travail dans une activité intellectuelle, des limitations fonctionnelles et du rendement en recourant à une évaluation neuropsychologique et également ergothérapeutique, dans la mesure où la capacité de travail dans une activité intellectuelle impliquant la motricité pourrait être diminuée, avant de rendre une nouvelle décision.

d) Vu l'issue du litige, en l'état la question d'un éventuel abattement sur le revenu d'invalidité peut rester indécise.

5. 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) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 12 avril 2021 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 600 fr. (six 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 W._____ une indemnité 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 Flore Primault (pour W. _____),
- 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 :