

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 298 vom 15. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_298](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__298)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 298 du 15 avril 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 298 del 15 aprile 2015

## Regeste

ALLOCATION POUR IMPOTENT, MOYEN AUXILIAIRE, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, FORCE PROBANTE, APPRÉCIATION DES PREUVES, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 21 LAI, 42 LAI, 8 LAI, 9 LPGGA, 37 RAI, 38 RAI

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). c) In casu, le recours du 16 avril 2010 contre la décision de l'OAI du 18 mars 2010 de même que le recours du 28 novembre 2011 contre celle du 24 octobre 2011 ont été interjetés en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGGA, de sorte qu'ils sont recevables.

### E. 2

En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

### E. 3

Dans un premier grief, le recourant soutient que l'expert psychiatre, le Dr L. \_\_\_\_\_, ne présente pas les compétences requises dès l'instant où il n'aurait quasiment plus de patients et par conséquent plus de contact avec la réalité pratique. a) Dans un ATF 132 V 376

(consid. 6.2), le Tribunal fédéral a considéré que les motifs pertinents, au sens de l'art. 44 LPGA, pour lesquels une personne pouvait récuser un expert ne se limitaient pas aux motifs formels de récusation énoncés par la loi. D'autres motifs, qualifiés de « matériels », pouvaient entrer en considération, qui ne portaient toutefois pas sur l'impartialité de l'expert, mais plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre et sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et, plus généralement, de ses compétences. Il résultait plus particulièrement de cette jurisprudence que l'assuré ne pouvait contester le choix de l'expert devant un tribunal, avant la réalisation de l'expertise, que s'il soulevait des motifs formels de récusation. Le Tribunal fédéral a réexaminé cette jurisprudence et l'a modifiée dans le sens d'un renforcement des droits de participation de l'assuré à l'administration de l'expertise, au stade de la procédure administrative déjà, notamment en permettant à la personne assurée de soulever des motifs formels de récusation, comme auparavant, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA, et d'obtenir une décision incidente (ATF 137 V 210). Cette jurisprudence étant postérieure à la mise en œuvre de l'expert par l'intimé, il ne saurait être fait grief au recourant de ne pas avoir soulevé ce moyen plus tôt. b) Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (TF [Tribunal fédéral] 9C\_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (TF 9C\_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). En l'occurrence, ni les critiques du recourant, ni aucun autre élément au dossier ne permettent de mettre en doute les compétences professionnelles du Dr L. \_\_\_\_\_ dans le domaine de la psychiatrie. Au bénéfice d'une autorisation de pratiquer depuis 1992, avec un titre postgrade en psychiatrie et psychothérapie obtenu la même année (<http://www.medregom.admin.ch/>), au bénéfice de surcroît d'une certification SIM/FMH, il est incontestable que son expérience et ses compétences sont suffisantes pour rendre des avis spécialisés dans la discipline en cause. Par ailleurs, l'argument selon lequel l'expert n'aurait que peu de patientèle, argument au demeurant non étayé par pièces, n'est en l'occurrence pas déterminant. Il n'officie en effet pas dans une discipline évoluant rapidement et pour laquelle l'actualisation des connaissances professionnelles nécessaires à l'expertise suppose une pratique clinique régulière. Les griefs du recourant à l'encontre du Dr L. \_\_\_\_\_ ne peuvent donc qu'être écartés.

#### **E. 4**

Sera en premier lieu examiné le droit du recourant à une allocation pour impotent de l'AI. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est

aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3). L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 834.11) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). b) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références). De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996

p. 182 ; RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p.364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI). L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même. L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI). c) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé. Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p.190 consid. 3b ; 1980 p. 64 consid. 4b). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

## **E. 6**

Il convient à ce stade d'examiner les pièces à disposition et de déterminer si l'intimé était légitimé à écarter les conclusions de l'enquête à domicile ainsi que les avis du médecin traitant et des intervenants du CMS au profit des expertises médicales pour se prononcer sur le droit de l'assuré à une allocation pour impotence, en l'occurrence dans le sens d'un refus.

a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst.

([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence

citée). c) Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C\_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2264 p. 610). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C\_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2).

## **E. 7**

En l'espèce, le recourant présente sur le plan somatique des cervicoscapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C5-C6, une algoneurodystrophie du membre supérieur droit dans le cadre d'une tendinite du sus-épineux droit, des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et d'atrophie du membre inférieur droit dans le cadre d'un status après amputation de l'avant-pied droit selon Chopart. Sur le plan psychique, les médecins psychiatres mandatés par l'intimé retiennent tous deux le diagnostic de processus d'invalidation très avancé ou de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Encore faut-il pour qu'une impotence soit admise que l'atteinte à la santé entraîne un besoin permanent de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. L'enquêtrice sollicitée par l'OAI a conclu exclusivement au besoin permanent de l'aide d'autrui. Ses observations n'ont pas à être remises en cause ; elles correspondent assurément aux constats effectués sur place de même qu'aux informations recueillies auprès de l'assuré et de ses proches. Elles coïncident au demeurant avec les attestations des médecins généralistes traitants de l'assuré et des intervenants sociaux, de même qu'avec les observations effectuées de prime abord par le médecin orthopédiste de la Clinique D. \_\_\_\_\_, ainsi que par les médecins rhumatologue, neurologue et psychiatre mandatés par l'intimé. Cependant, les investigations approfondies effectuées lors de leur examen clinique par les spécialistes que sont les Drs G. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, tout comme par les experts H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, vont à l'encontre du constat de l'enquêtrice, des médecins traitants et des intervenants sociaux en ce sens que les

atteintes à la santé diagnostiquées n'expliquent pas le besoin d'aide. Aucune des pièces médicales au dossier ne permet de s'écarter des conclusions de ces praticiens. Les documents signés des médecins traitants, outre qu'ils doivent être appréciés avec les réserves d'usage en raison de l'empathie propre à la relation entre médecin traitant et patient, ont la teneur d'attestations. Elles ne discutent pas du lien entre les atteintes à la santé et le besoin d'aide attesté. Le Dr C. \_\_\_\_\_, dans son examen orthopédique du 10 décembre 2007, concluait certes à la nécessité d'une aide pour les transferts. Il réservait néanmoins un examen neurologique et dit examen, en l'occurrence pratiqué par le Dr H. \_\_\_\_\_, a permis à ce dernier expert de conclure à l'absence de pathologie majeure du système nerveux périphérique et central expliquant l'impotence présentée par le recourant. A cela s'ajoute que le Dr C. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen de l'assuré sans disposer des documents radiologiques ou d'imagerie, de telle sorte que son rapport ne saurait être considéré comme exhaustif. Par ailleurs, on ne distingue pas dans l'énumération des limitations fonctionnelles présentées par le recourant lesquelles pourraient justifier le besoin d'aide, à l'exception de celle relative aux activités impliquant une mobilité fine de la main droite. Cette limitation n'a cependant de répercussion que sur un seul acte élémentaire de la vie quotidienne, soit manger, en ce sens que l'assuré pourra, en fonction de la composition de ses repas, avoir besoin d'aide pour couper sa nourriture. L'acte consistant à se vêtir ou se dévêtir n'implique pas une mobilité fine de la main droite d'autant que comme dans le cas du recourant, la mobilité de l'autre main est conservée, tandis que l'éventuel ralentissement dans l'exécution de l'acte précité n'est pas déterminant. Ainsi, les critères d'une impotence faible au sens de l'art. 37 al. 3 let. a RAI ne sont-ils pas réalisés, faute de besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. S'agissant plus particulièrement des griefs formulés par le recourant à l'encontre de l'expertise psychiatrique du Dr L. \_\_\_\_\_, celui de diagnostic trop étroit ou d'absence de diagnostic différentiel n'est pas fondé. L'expert a en effet discuté, pour ensuite les écarter, les hypothèses d'un état dépressif ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme. De surcroît, le recourant ne produit aucun document médical permettant de retenir qu'un autre diagnostic aurait pu échapper à l'expert, étant par ailleurs rappelé que le diagnostic finalement retenu par l'expert se superpose à celui posé en son temps par la Dresse F. \_\_\_\_\_. Quant à l'absence d'évaluation du quotient intellectuel, elle n'est pas relevante dans le cas d'espèce. L'hypothèse d'un déficit intellectuel n'a pas échappé à l'expert dans la mesure où il a envisagé, au premier contact, un handicap mental, qu'il a ensuite exclu au décours de son examen. Au demeurant, la Dresse F. \_\_\_\_\_ n'a pas elle non plus observé de signe de déficit intellectuel et aucun des professionnels côtoyant régulièrement le recourant, médecin traitant comme intervenants sociaux, ne l'ont évoqué. Un test du QI ou WAIS ne s'imposait donc pas. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert a évoqué le bénéfice attendu de la prétendue impotence dans la mesure où l'assuré aura ainsi « réussi à mobiliser beaucoup de compassion, de compréhension, de sympathie et aide dans son entourage (familial et médical) », ce qui était compréhensible sur le plan personnel, empathique et culturel mais n'avait rien à voir avec une atteinte médicale ou psychiatrique véritable. Enfin, on peine à distinguer quelles informations supplémentaires ou nouvelles l'expert aurait obtenues du médecin traitant s'il s'était entretenu avec lui plutôt que se référer aux seules pièces médicales figurant dans le dossier administratif. Pour le surplus, le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 31 mars 2008, de même que les rapports d'expertises neurologique et psychiatrique, respectivement datés des 6 janvier 2009 et

## **E. 9**

a) En l'espèce, les quatre moyens auxiliaires dont l'octroi est litigieux sont censés permettre au recourant d'accomplir les actes ordinaires de la vie, soit essentiellement se mouvoir. b) Le caractère invalidant des atteintes à la santé physique présentées par le recourant n'est pas contesté dès l'instant où l'intéressé a été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2007. c) Toutefois, en sus, un moyen auxiliaire doit être nécessité par l'invalidité. Or, dans le cas du recourant, les atteintes à la santé physique diagnostiquées entraînent certes des limitations fonctionnelles mais celles-ci ne fondent pas l'usage de l'un ou l'autre des moyens auxiliaires requis. Le recourant peut se mouvoir, soit se lever, marcher, rester debout et s'asseoir. Les restrictions dans ces fonctions consistent en la nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, de s'abstenir de toute position debout et de marche prolongées, comme de genuflexion, de franchissement d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Aucune de ces limitations ne suppose le recours impératif, ou même de confort, à un lit électrique, un fauteuil roulant manuel, un siège de douche ou un lift de bain. Enfin, l'atteinte psychique n'a pas valeur d'invalidité selon les conclusions de l'expert. En conséquence, faute de justification médicale à l'octroi des moyens auxiliaires précités, c'est à juste titre que l'intimé a refusé de les octroyer au recourant.

## **E. 10**

Ainsi qu'il a été indiqué sous considérant 6b supra, une appréciation anticipée des preuves peut conduire à la conviction que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, rendant superflue l'administration d'autres preuves sans que ne soit violé le droit d'être entendu de l'assuré (cf. jurisprudence mentionnée sous considérant 6b). Au vu de l'exhaustivité de l'examen clinique des Drs G.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ainsi que des expertises des Drs H.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, telle qu'également requise par le recourant pour trancher son droit à des moyens auxiliaires, s'avère manifestement superflue.

## **E. 11**

Il s'ensuit des éléments qui précèdent que les recours doivent être tous deux rejetés et les décisions entreprises maintenues. a) Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également art. 61 let. g LPGA). b) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire s'agissant des frais, de sorte que ceux-ci sont provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]), applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif en fixera les modalités, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.