

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Gutmann et Mme Silva, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Intégration Handicap, Me Jean-Marie Agier, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; art. 8, 21 et 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1956, marié et père de famille, maçon de profession, a été victime d'un accident professionnel en 1990 qui a nécessité une amputation partielle du pied droit avec pose d'une prothèse.

Il a néanmoins poursuivi son activité professionnelle de maçon qu'il a définitivement cessée le 24 avril 2006. Il a présenté, le 19 janvier 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité en se prévalant d'une discarthorse cervicale.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a procédé à l'instruction de cette demande.

B. A la demande de son médecin généraliste traitant, le Dr B._____, l'assuré a été reçu à la consultation orthopédique du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique au sein de la Clinique D._____ en date du 10 décembre 2007.

Ce dernier a observé que l'amputation de l'arrière-pied avait laissé « un appui terminal avec un équinisme du pied, un bon équilibre en varus valgus, une discrète mobilité résiduelle en tibio-astragalien, une sensibilité à l'appui terminal correspondant à la sole plantaire antérieure rabattue sur les os de l'arrière-pied ». L'assuré avait été « appareillé au [...] par une attelle de Heidelberg munie d'un remplacement esthétique de l'avant-pied, ne protégeant en rien les hyper-appuis d'extrémité du moignon et ne lui permettant de loin pas de faire un déroulement du pas correct, raison pour laquelle il avait adopté une attitude vicieuse en rotation externe de tout le membre inférieur droit ». Les tentatives d'adaptation d'orthèse classique pour amputation de Chopart s'étaient « soldées par des échecs, le patient n'acceptant pas un appareil contraignant, lourd, et le limitant dans ses mouvements du pied ». Le Dr C._____ a constaté que l'assuré était incapable de faire un pas seul,

n'utilisant pas son membre supérieur droit qui semblait « exclu de son schéma corporel, fixé pour le bras au corps, l'avant-bras fléchi à 90° en supination et les doigts rétractés dans la paume associés à une atrophie musculaire importante signant un sous-emploi de longue durée », qu'il présentait une sorte de « rigidité du membre inférieur droit correspondant à un syndrome para-parkinsonien ou extra-pyramidal ». Du côté gauche, en position debout, l'assuré adoptait un « flexum du genou, un flexum de hanche, une cyphose dorso-lombaire et une rigidité cervicale l'empêchant de se tenir debout et de réaliser un quelconque déplacement même d'un pas, seul ». Le Dr C. _____ concluait qu'en de telles conditions, il était exclu d'envisager « un appareillage quelconque pour le membre inférieur droit » de l'assuré, le seul moyen de l'aider étant de lui « offrir une chaise roulante » et de l'assister lors des transferts. Il préconisait un séjour à la Clinique D. _____ pour essayer de « démembrer la pathologie neurologique et neurochirurgicale dans l'espoir de soulager les douleurs [de l'assuré], d'améliorer sa statique et de lui rendre éventuellement une certaine autonomie à la marche. »

C. Dans le cadre de l'instruction médicale de la requête de prestations AI, l'OAI a décidé de mettre en œuvre un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré.

Les Drs G. _____, spécialiste en rhumatologie, et F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), ont procédé à leur examen clinique bidisciplinaire le 19 mars 2008. Dans le rapport corrélatif du 31 mars 2008, ils ont indiqué en préambule que ledit examen servait à « l'appréciation de l'état de santé somatique et psychiatrique de [l']assuré, dans le but d'évaluer l'exigibilité professionnelle au sens des critères asséculo-logiques ». Ils ont retenu, au titre de diagnostics principaux, ceux de « cervicoscapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C5-C6 », « algoneurodystrophie du membre supérieur droit dans le cadre d'une tendinite du sus-épineux droit », « lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et

dégénératifs du rachis » et « atrophie du membre inférieur droit dans le cadre d'un status après amputation de l'avant-pied droit selon Chopart », ainsi que celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de « processus d'invalidation (F68.0) », correspondant à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Sous rubrique « Appréciation du cas », ils ont notamment fait part des éléments suivants :

« **Sur le plan somatique**, cet assuré est connu pour un status après amputation selon Chopart de l'avant-pied droit, ayant fait suite à un traumatisme de ce pied, compliqué d'une infection.

Actuellement, après d'autres nombreux traumatismes depuis 2003, l'assuré se plaint de cervicoscapulalgies bilatérales et de brachialgies droites avec rétraction tendineuse des fléchisseurs de la main droite. Il se plaint également de douleurs des membres inférieurs partant des pieds et remontant jusqu'aux hanches, puis jusqu'à la région lombaire. Ces douleurs ont un caractère mécanique, mais sont tellement importantes qu'elles empêcheraient l'assuré de rester debout et de marcher plus de 10 mètres et cela avec l'aide d'une canne et de son épouse.

Cliniquement, l'assuré n'arrive pas à se déshabiller lui-même, il n'arrive à enlever que partiellement sa veste grâce à l'aide de son membre supérieur gauche. Il n'arrive pas à enlever sa chemise, son pantalon et ses chaussettes. Il n'arrive à se mettre debout qu'avec l'aide de l'examineur, et dans cette position, il est en projection antérieure du tronc avec flexum important des genoux et des hanches. Au bout d'un moment, il s'affaisse, obligeant l'examineur à le rasseoir.

Le status rachidien met en évidence des troubles statiques du rachis cependant mal évaluables, cette évaluation se faisant en position assise, l'assuré ne pouvant rester debout. La mobilité lombaire n'est pas testable, l'assuré ne pouvant se mettre debout. La mobilité cervicale est extrêmement limitée. Il est difficile de dire si cette limitation de la mobilité cervicale est due à une résistance volontaire ou à une rigidité, l'assuré présentant par ailleurs une symptomatologie identique de rigidité ou de résistance volontaire au membre supérieur droit et aux membres inférieurs ddc [réd. : des deux côtés].

Aux membres supérieurs, l'assuré présente par ailleurs une atrophie des muscles sus-épineux et deltoïdes ddc. Il présente également une amyotrophie des muscles interosseux de la main droite s'accompagnant d'une discoloration des téguments et d'un épaissement de la peau. Il présente également une rétraction tendineuse des tendons fléchisseurs des III, IV et V rayons droits. La mobilité des épaules est limitée ddc, surtout à droite. La mobilité des articulations des membres inférieurs n'est pas testable, l'assuré étant en position assise sur son fauteuil roulant.

Au niveau neurologique, à part une faiblesse généralisée prédominant à l'hémicorps droit, on note une hyperréflexie des membres inférieurs. Par ailleurs, il faut noter qu'en cours d'examen l'assuré a fait de nombreuses grimaces et s'est plaint d'importantes

douleurs. Il a également transpiré abondamment, ces signes nous ayant laissé l'impression d'une souffrance réelle.

Le dossier radiologique à notre disposition met en évidence d'importants troubles dégénératifs du rachis cervical avec hernie discale C5-C6, ils mettent également en évidence une bascule du bassin sur la droite avec scoliose lombaire droite et des troubles dégénératifs lombaires. Les RX [réd. : radiographies] des épaules mettent en évidence une sclérose des trochanters prédominant à droite, où il existe une encoche. Il existe également une diminution de l'espace sous-acromial ddc. Une IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite de 2005 a mis en évidence une tendinite du sus-épineux et une bursite sous-acromiale. Finalement, une scintigraphie osseuse d'octobre 2007 a montré une hypercaptation osseuse du membre supérieur droit légère, susceptible d'évoquer une algoneurodystrophie de ce membre supérieur droit, dont on a par ailleurs les signes cliniquement.

L'anamnèse, le status et les examens radiologiques nous font poser les diagnostics susmentionnés. Ces pathologies ostéoarticulaires conduisent à des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de l'assuré. Par ailleurs, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles qui se surajoutent, la capacité de travail est également nulle dans une activité adaptée. Cependant, si l'assuré semble présenter à l'examen clinique une réelle souffrance, il n'est pas exclu qu'il existe également une part de manque de collaboration. D'ailleurs, certains des signes neurologiques que nous avons constatés (rigidité cervicale, des membres inférieurs et du membre supérieur droit ainsi que faiblesse généralisée des deux hémicorps prédominant à droite) pourraient s'expliquer également par un manque de collaboration, l'assuré développant une résistance à la mobilisation des articulations et une pseudo-faiblesse au testing musculaire. Cependant, l'assuré présentant également une hyperréflexie des membres inférieurs, il pourrait être utile de pratiquer encore une évaluation neurologique, afin d'exclure une pathologie dans ce domaine, comme l'a d'ailleurs déjà proposé le Dr C. _____ de la Clinique D. _____. Un tel examen permettrait de trancher entre une pseudo-faiblesse et une réelle faiblesse ainsi qu'entre une rigidité et une résistance volontaire, dont nous ne sommes pas arrivés à faire la distinction lors de notre examen clinique. Cette distinction permettrait par ailleurs de préciser la présence d'une impotence que nous n'arrivons pas à justifier d'une manière purement rhumatologique, malgré la présence d'une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité professionnelle déjà pour des raisons rhumatologiques.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré n'a aucun antécédent familial ni personnel. Il n'a jamais eu de suivi spécialisé et ne prend, pour tout médicament psychotrope, qu'un antidépresseur à visée antalgique.

L'examen de ce jour met en évidence un homme peu scolarisé, illettré, au langage pauvre, dont le fonctionnement intellectuel se limite aux nécessités du quotidien. Il s'agit d'un homme qui comprend les enjeux de l'entretien, il n'y a pas de signe de déficit intellectuel.

L'examen de ce jour ne révèle aucune atteinte à la santé psychiatrique qu'elle soit de type dépressif, psychotique, anxieux ou d'un trouble grave de la personnalité.

L'allure frappe par un contact chaleureux, une capacité à solliciter l'autre, malgré une présentation clinique fantaisiste : à titre d'exemple, l'assuré justifie l'utilisation de sa chaise roulante en raison de ses douleurs chroniques. Lorsqu'on le confronte en lui expliquant que toutes les personnes qui ont des douleurs ne sont pas en chaise roulante, il répond qu'il est faible.

Le tableau observé est du registre du syndrome douloureux somatoforme persistant. Une variable est décrite sous le terme de *processus d'invalidation* [...], qui a été privilégiée dans ce rapport en raison de l'absence de sentiment de détresse et de conflit émotionnel. La sollicitation médicale n'est pas accrue, l'assuré voyant son médecin traitant une fois par mois.

Quoi qu'il en soit, l'appréciation de l'exigibilité professionnelle s'appuie sur la même jurisprudence du syndrome douloureux chronique persistant.

Face aux critères de gravité, l'assuré n'a pas de comorbidité psychiatrique. Les affections corporelles chroniques sont décrites sur le versant somatique de cet examen. Le processus maladif s'étend depuis 2006 sans rémission durable, avec des manifestations qui s'amplifient. L'assuré était d'abord autonome suite à son accident, les rapports médicaux suivant la proposition de prise en charge en REA (décidée en avril 2007) le décrivent comme subitement impotent. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Le profit primaire tiré de la maladie est à intégrer dans le profil social d'un homme peu scolarisé, d'un niveau d'éducation modeste et d'une adaptation difficile au milieu de vie en Suisse puisqu'il ne parle pas la langue française ; il est aussi corrélé à la sollicitation de l'entourage, l'assuré ayant pu faire venir sa fille du Portugal et lui faire interrompre les études suite à l'apparition de ses symptômes. On ne peut constater d'échec des traitements conformes aux règles de l'art, l'assuré ne sachant pas quels sont les effets des médicaments qui lui sont prescrits. Il n'y a pas de signe de non-coopération.

Face aux documents médicaux en notre possession, autant le médecin traitant, le Dr B._____, dans son rapport du 10.03.2008 que le rapport du rhumatologue, le Dr W._____, du 11.12.2007, mentionnent un diagnostic de syndrome douloureux chronique. Le tableau est consensuellement de cet ordre.

En conséquence, l'examen de ce jour ne met en évidence aucune comorbidité psychiatrique pouvant réduire l'exigibilité professionnelle de cet assuré. Sur le plan psychiatrique, la souffrance de l'assuré sort du champ médical ; elle est d'ordre psycho-social.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la nuque, pas d'attitude prolongée de la tête en extension.

Membre supérieur droit : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kilos, pas de déploiement de force avec la main droite, pas de travail

impliquant une mobilité fine de la main droite ou des mouvements répétitifs de la main droite.

Membres inférieurs : pas de genuflexion, pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout prolongée, pas de marche prolongée.

Aucune sur le plan psychiatrique.

[...]

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR du 19.03.2008, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de maçon ainsi que dans toute activité professionnelle pour des raisons rhumatologiques. Cependant, l'assuré pourrait avoir également une pathologie neurologique dont l'existence devrait être confirmée par une évaluation spécialisée qui pourrait faire la distinction entre une réelle atteinte neurologique motivant une impotence et un simple processus d'invalidation [...] »

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (CNA) ayant refusé la prise en charge des frais afférents à un séjour de l'assuré à la Clinique D._____, l'OAI a mandaté en qualité d'expert le Dr H._____, spécialiste en neurologie. Du rapport d'expertise déposé le 6 janvier 2009, on peut relever ce qui suit sous rubrique « Appréciation du cas et pronostic » :

« [...] En dehors d'une amputation traumatique de l'avant-pied droit en 1990 (selon Chopart), les éléments à notre disposition ne font pas état d'antécédents médico-chirurgicaux importants.

Depuis 2003, [l'assuré] a été victime de plusieurs événements accidentels et d'une agression suite auxquels il va développer un tableau de rachialgies cervico-dorso-lombaires, de brachialgies initialement droites puis bilatérales et de douleurs des deux membres inférieurs, le tout se compliquant de troubles sensitifs et moteurs globaux des quatre extrémités.

En raison des troubles susmentionnés, de nombreuses investigations radiologiques ont été pratiquées et de nombreux traitements ont été tentés comportant entre autres AINS [réf. : anti-inflammatoires non stéroïdiens], antalgiques, myorelaxants, anti-épileptiques, antidépresseurs, physiothérapie, ostéopathie et probablement quelques infiltrations.

L'ensemble des mesures susmentionnées n'a abouti à aucun résultat significatif et le patient n'a fait que s'enfoncer dans sa symptomatologie douloureuse aboutissant subjectivement à une impotence complète (hormis la capacité de s'alimenter seul).

Lors de l'entretien que j'ai eu avec [l'assuré], ce dernier s'est plaint de douleurs multiples s'étant aggravées avec le temps intéressant actuellement l'ensemble du rachis, les épaules, le poignet et la main droits, les deux hanches, les deux membres inférieurs, douleurs s'accompagnant d'un manque de force global des quatre extrémités, de paresthésies digitales bilatérales surtout nocturnes, de paresthésies irradiant le long des deux membres inférieurs mais également en direction de l'occiput.

En raison des troubles susmentionnés, [l'assuré], qui est actuellement au bénéfice d'un traitement comportant Cymbalta, Dafalgan, ED eml, Lyrica, Nexium, Sirdalud et Tramal, ne se déplace que difficilement à l'aide de béquilles, mais surtout avec une chaise roulante et en prenant appui sur son épouse et son entourage. Il doit semble-t-il être aidé pour s'habiller, se déshabiller, se laver, se lever du lit, se coucher. Il peut faire quelques pas difficilement à l'aide comme mentionné de ses béquilles, mais surtout en prenant appui sur son entourage. Le patient déclare pouvoir manger seul.

A l'examen clinique, on se trouve effectivement en face d'un tableau « dramatique » avec un patient se déplaçant difficilement en prenant appui sur deux personnes, tenant spontanément le bras droit fléchi le long du corps avec également flexion des doigts et les deux membres inférieurs dans une attitude de flexion globale, ne pouvant tenir seul. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons, la station pieds-joints ainsi que la marche un pied devant l'autre sont intestables. Comme relevé par le Dr G._____, le patient paraît être dans l'incapacité totale de se déshabiller seul, devant être aidé par l'ami qui l'accompagne et l'examineur pour enlever sa chemise, son pantalon, etc. L'ensemble des manœuvres précitées se déroule dans un contexte de souffrance apparemment importante exprimée par le patient. A l'examen de la nuque, on note une nuque de mobilité apparemment limitée de façon majeure par une réaction antalgique immédiate avec des muscles paracervicaux et un chef supérieur du trapèze bilatéralement contracturés et sensibles. Il n'a pas été possible d'examiner le rachis dorso-lombaire, le patient ne parvenant pas à tenir debout seul. L'examen neurologique a été effectué dans des conditions de collaboration totalement insuffisantes ne permettant à nouveau pas de juger valablement de la motricité et de la sensibilité résiduelle. Compte tenu des conditions de collaboration, j'ai relevé une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale droite avec une motricité faciale vraisemblablement préservée. L'acuité et les champs visuels de même que les dernières paires crâniennes et l'audition ont été totalement intestables. A l'examen des membres supérieurs, j'ai observé une limitation apparemment majeure de la mobilité active et passive des deux épaules avec toutefois une épreuve des bras tendus sans chute. Les mouvements rapides ont été effectués de façon très médiocre. J'ai cru distinguer un possible syndrome radiculaire C6 droite de par la non-obtention des réflexes stylo-radial et bicipital droits. Pour le reste, l'examen clinique a été caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés à la tentative de testing de la force musculaire avec une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit et une sensibilité posturale intestable. J'ai retrouvé une main droite tenue en flexum des doigts, une amyotrophie plus ou moins globale du membre supérieur droit et des épreuves de coordination tremblées. L'examen du tonus a révélé effectivement une hypertonie dont on peut considérer que, dans le contexte clinique, elle a un caractère de gegenhalten/oppositionnisme, mais pas d'éléments clairement indicateurs d'un syndrome parkinsonien ou d'une spasticité. A l'examen des membres inférieurs, là encore, la motricité et la sensibilité ont été rendues difficilement appréciables par une chute immédiate à l'épreuve des jambes fléchies, une non-obtention des mouvements rapides, un status bien entendu après amputation distale du membre inférieur droit, des phénomènes de lâchages étagés et enfin une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du

membre inférieur droit se compliquant d'une altération de la sensibilité posturale (réponses variables et fantaisistes).

En bref, un examen clinique où domine un tableau de syndrome somatoforme douloureux sans évidence certaine d'atteinte significative du système nerveux central et périphérique hormis une possible atteinte radiculaire C6 droite caractérisée, comme mentionné plus haut, par la non obtention des réflexes stylo-radial et bicipital droits. L'hypertonie et les troubles sensitivo-moteurs constatés au présent bilan, en l'absence d'autres symptômes et signes d'atteinte du système nerveux central, doivent être considérés comme en relation avec les éléments psychiques et non d'origine somatique.

Le caractère sans substrat somatique évident des troubles (hormis l'atteinte radiculaire CG droite probable), se voit confirmé par l'EMG [réf. : électromyogramme] du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs avec au niveau du membre supérieur droit néanmoins une possible atteinte radiculaire C6 droite d'aspect chronique surchargée de phénomènes de lâchages et au niveau des deux membres inférieurs l'absence de tout déficit neurologique périphérique avec des phénomènes également de lâchages.

J'ai revu l'ensemble des documents radiologiques en relation avec le système nerveux à disposition. Les radiographies standards de la colonne cervicale révèlent indubitablement des troubles statiques et dégénératifs avec des discopathies pluri-étagées et une arthrose postérieure ainsi qu'antérieure. L'IRM cervicale confirme l'existence de discopathies pluri-étagées avec au niveau C5-C6 une hernie discale paramédiane droite susceptible de comprimer la racine C6 droite. Les radiographies standards de la colonne dorsale et lombaire révèlent des troubles statiques vertébraux et des discopathies L4-L5 et L5-S1 alors que l'IRM dorsale et lombaire ne révèle pas de compression radiculaire ou médullaire significative ainsi que de pathologie médullaire proprement dite significative.

J'ai également revu l'IRM cérébrale avec angio-IRM cérébrale et IRM des rochers. Cet examen est sans anomalie significative.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, je conclus donc que le bilan neurologique ne révèle qu'une possible atteinte radiculaire C6 droite dans un contexte de troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés avec une hernie discale C5-C6 droite. Les autres plaintes et signes mis en évidence à l'examen clinique doivent être considérés, compte tenu de leur caractère, de l'absence d'autres symptômes et signes d'atteinte du système nerveux périphérique et central et des examens complémentaires comme entrant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Pour répondre donc à la question qui m'a été spécifiquement posée, la faiblesse, les troubles sensitifs et l'hypertonie constatés à l'examen clinique ne trouvent pas d'explication neurologique proprement dite hormis l'atteinte radiculaire C5-C6 droite au demeurant d'importance vraisemblablement mineure dans le contexte global.

Compte tenu des éléments susmentionnés, sur le plan de la capacité de travail, je ne retiens pas d'incapacité de travail significative du point de vue strictement neurologique hormis une activité particulièrement lourde en raison des altérations dégénératives disco-vertébrales cervicales et lombaires.

En ce qui concerne l'impotence présentée par le patient, d'un point de vue strictement neurologique, en l'absence de pathologie majeure du système nerveux périphérique et central, je ne peux

trouver d'explication à cette impotence, laquelle est à mettre en relation avec un syndrome somatoforme douloureux apparemment majeur semblant être la cause d'une impotence effective sur laquelle je ne saurais me prononcer, n'étant pas psychiatre.
[...]

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Les seules anomalies mises en évidence au présent bilan étant des altérations dégénératives disco-vertébrales cervicales et lombaires avec une probable atteinte radiculaire C6 droite, les limitations à retenir du point de vue strictement neurologique sont 1) un engagement physique particulièrement lourd et 2) le port régulier de charges de plus de 10 kilos.

Au plan psychique et mental

Cf. conclusions du psychiatre, mais il semble effectivement que ce patient présente une pathologie majeure en relation avec un syndrome somatoforme douloureux entraînant un processus d'invalidation catastrophique, même en dehors de l'activité professionnelle. [...] »

Selon cet expert, les troubles dégénératifs disco-vertébraux cervico-lombaires mais surtout cervicaux entraînaient un certain handicap dans une activité physiquement lourde. Il retenait ainsi du point de vue strictement neurologique une incapacité de travail de 50% dans l'activité d'aide maçon exercée préalablement. Toujours d'un point de vue strictement neurologique et tout à fait médico-théorique, la capacité de travail pouvait augmenter de 50% à 75%, voire 100% moyennant une adaptation du poste de travail.

D. Dans l'intervalle, l'OAI a été prié d'examiner le droit de l'assuré à une allocation pour impotent et à des moyens auxiliaires.

En date du 31 janvier 2008, l'assuré a en effet cosigné une lettre envoyée à l'OAI par le Centre médico-social J._____, à [...], pour solliciter la remise d'un lit électrique avec potence et barrières, d'un fauteuil roulant manuel et d'un siège de douche réglable en hauteur, avec dossier et accoudoirs. Le 25 février 2008, l'assuré a présenté cette même demande par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI.

Le 11 juin 2008, le Centre médico-social J._____ a demandé à l'OAI la prise en charge financière d'un lift de bain électrique. Il a indiqué

que l'assuré et sa famille avaient déménagé et que le nouvel appartement n'était plus doté d'une douche, comme auparavant, mais d'une baignoire. Une formule de demande a été déposée à cette fin le 2 juillet 2008.

E. Par ailleurs, l'assuré a fait parvenir à l'OAI, en date du 3 mars 2008, avec l'assistance d'une infirmière du Centre médico-social J._____, un formulaire dûment complété en vue de l'obtention d'une allocation pour impotent de l'AI, mentionnant avoir besoin de l'aide ou de la présence, en l'occurrence de sa femme et de ses filles, pour toutes les activités quotidiennes à et hors domicile, ainsi que pour prévenir un risque d'isolement. Plus particulièrement, il a précisé avoir besoin d'aide pour mettre et enlever ses vêtements, pour tous les transferts, notamment se positionner dans le lit, pour couper et trier ses aliments, pour faire sa toilette, pour aller aux toilettes, pour se déplacer dans la maison, soit pour se lever et pour être surveillé dans sa marche, de même que pour se déplacer à l'extérieur en chaise roulante.

F. Par décisions des 10 juillet 2009 et 31 août 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2007, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

G. Une collaboratrice de l'OAI a procédé à une enquête pour impotence le 23 juillet 2009. De la synthèse du rapport correspondant, établi le 4 août 2009, il ressort que depuis avril 2006, l'assuré présente une impotence pour tous les actes ordinaires de la vie et a besoin de soins ainsi que d'une surveillance personnelle permanente. L'enquêtrice a plus particulièrement observé que l'assuré passait la majeure partie de sa journée dans son lit, se levant uniquement pour se rendre aux WC et pour manger à midi. Le repas du soir était servi au lit ; l'assuré était trop fatigué et n'avait plus la force de se lever du lit. Il avait besoin d'aide de son épouse pour la préparation et l'absorption des médicaments matin et soir (2 x 5 minutes par jour), pour tous les transferts ; il ne pouvait se mettre debout ni s'asseoir sans aide, manquait de force, présentait des risques de chute. Tous les déplacements s'effectuaient en fauteuil roulant manuel, même dans l'appartement. L'assuré était dans l'impossibilité d'utiliser son

bras droit de telle sorte qu'il ne pouvait pousser seul le fauteuil roulant. Il ne sortait de chez lui que pour se rendre aux séances de physiothérapie et autres consultations. En revanche, aucun accompagnement n'était nécessaire pour faire face aux nécessités de la vie.

H. Le 19 août 2009, l'OAI a rendu quatre décisions formelles de refus de moyens auxiliaires (lit électrique, fauteuil roulant manuel, siège de douche et lift de bain), motifs pris que les limitations fonctionnelles médicalement reconnues ne nécessitaient pas la remise de moyens auxiliaires.

I. L'assuré a recouru contre ces quatre décisions auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 septembre 2009, en concluant à la reconnaissance de son droit à la prise en charge des quatre moyens auxiliaires précédemment requis.

Le recours a été admis par arrêt de la Cour de céans du 22 octobre 2010 (AI 449/09 - 413/2010) et les décisions annulées, sous suite de renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique avant nouvelles décisions.

J. Par avis du 13 octobre 2009, le Dr K._____, médecin au SMR a entre-temps observé que le degré de dépendance rapporté tant par l'ergothérapeute que par l'enquêtrice de l'OAI eu égard à la question de l'impotence ne pouvait être expliqué par une atteinte organique. Plus particulièrement, si un trouble somatoforme douloureux était présent, il n'était à son sens pas invalidant selon les critères juridiques. Les troubles de la marche constatés n'étaient pas expliqués par l'examen rhumatologique et neurologique. Les limitations fonctionnelles étaient nombreuses mais surtout limitatives pour le rachis cervical et lombaire ainsi que pour le membre supérieur droit. Quant aux limitations concernant les membres inférieurs, elles consistaient en l'abstention de genuflexion, de franchissement d'escabeaux et d'utilisation régulière d'escaliers, de marche et position debout prolongées.

Cet appréciation médicale a été suivie le 2 novembre 2009 d'un projet de décision de refus d'une allocation pour impotent aux motifs que les limitations fonctionnelles reconnues ne justifiaient pas l'octroi d'une telle allocation, que l'aide alléguée n'était pas justifiée médicalement et que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois, n'était pas prouvé, de telle sorte que les conditions de la régularité, de la durée et l'intensité de l'accompagnement n'étaient pas remplies.

L'assuré s'est opposé à ce projet le 3 décembre 2009 en se prévalant d'une attestation du Centre médico-social J._____ du 28 septembre 2009 mentionnant que son épouse l'aidait pour l'habillage et le déshabillage, pour le transfert sur le lift de bain ainsi que pour ressortir de la baignoire, pour les soins d'hygiène, pour aller aux toilettes, pour la préparation des repas et couper les aliments, pour certains déplacements à l'intérieur, pour tous les déplacements à l'extérieur avec fauteuil roulant et accompagnement en cas de marche sur de courtes distances. L'auteur de l'attestation relevait encore que l'assuré ne pouvait pas rester seul plus de deux ou trois heures.

A l'appui de ses objections, l'assuré a également produit une attestation du 7 novembre 2009 de son médecin traitant, le Dr B._____, selon lequel l'assuré avait besoin d'une aide importante et régulière pour tous les actes de la vie quotidienne. Il se distançait des critères de jugement des psychiatre et rhumatologue ayant examiné son patient dont il qualifiait la régression de particulièrement grave.

En date du 16 février 2010, l'OAI a rendu une décision confirmant le refus d'une allocation pour impotent en reprenant la motivation de son projet du 2 novembre 2009.

K. L'assuré, représenté par Intégration Handicap, Me Jean-Marie Agier a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal par acte du 18 mars 2010. Il a conclu à son annulation en se fondant sur les attestations précitées.

Le recours a été enregistré sous n° de cause AI 118/10.

Par décision du 20 mai 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé au recourant l'exonération d'avances d'émoluments de justice et de débours.

Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, maintenant que l'octroi d'une allocation pour impotent n'était pas justifié, faute d'éléments médicaux organiques objectifs entérinant un tel besoin d'aide.

L. Donnant suite à l'arrêt de la Cour de céans du 22 octobre 2010, l'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il en a avisé l'assuré par communication _____ du 1^{er} février 2011, lequel s'est vainement opposé à cette désignation le 23 février 2011, arguant d'une possible prévention de l'expert en raison des nombreux mandats délivrés à ce dernier par les offices AI de Suisse romande et du caractère systématique de ses conclusions à l'égard d'assurés étrangers.

L'expert précité a néanmoins procédé à son examen clinique et produit son rapport d'expertise le 9 mai 2011. Il a discuté de la situation de l'assuré notamment en ces termes :

« [...] Visiblement ce conseil [celui du Dr C. _____ d'utiliser une chaise roulante] a été pris au sérieux, voire « récupéré » car, dès lors, [l'assuré] se promeut en chaise roulante et a demandé de plus en plus de moyens auxiliaires pour s'aider dans son état de santé. Au fil des années, son état physique n'a cessé de s'empirer du moins sur le plan subjectif avec un état d'une expression extérieure d'abord de grabataire, ensuite presque d'handicapé mental. Ce processus a abouti vers la description d'une totale dépendance d'autrui, un homme qui nous dit ne disposer aujourd'hui d'aucune autonomie, d'être dépendant pour se lever, coucher, laver et la plus grande partie des activités normales et quotidiennes. Cet état décrit

a été réceptionné par son médecin traitant, les services médicosociaux qui s'occupent de lui, sa famille et il y a eu une mobilisation importante pour l'aider.

Différents examens ont été effectués à son sujet, surtout rhumatologique et neurologique. Les descriptions sont ici d'abord prudentes, ensuite claires dans le sens de manque de collaboration en examen, attitude oppositionnelle, impossibilité de le tester, réponses fantaisistes, dramatisation et résistance active. En finalité, l'expert neurologue a retenu une incapacité de travail de 50% dans les activités habituelles et de zéro pourcent dans une activité légère adaptée. Ce qui nous a étonné en tant que lecteur médical était le fait qu'aucun des experts ne s'est prononcé sur les séquelles véritables de l'atteinte du pied ainsi que la véritable indication d'une chaise roulante.

Visiblement, ce dernier instrument est devenu un symbole clé de l'invalidité subjective. D'ailleurs on observe un processus amplifiant dans le sens que plus le handicap a été perçu, répercuté dans son entourage et amplifié, plus il semblait avoir une nécessité pour des moyens auxiliaires, plus l'assuré était convaincu de son propre handicap. Nous sommes aujourd'hui arrivés à un stade extrême de ce processus d'invalidation avec une fixation immuable de [l'assuré] d'être inapte pour tout, toutes les activités et pour toujours. D'avoir été soutenu sur le plan médical et social a visiblement joué un rôle très renforçant dans le dit processus.

Une répercussion sur le plan psychique n'a été évoquée que très tardivement. Dans l'examen qui a eu lieu sur ce plan, aucune atteinte objective ou sérieuse n'a été retenue et l'on parlait déjà à l'époque du dit processus d'invalidation. Par la suite, l'assuré et ses médecins ont évoqué un état dépressif qui s'est montré subjectivement pour [l'assuré] sous forme de passages dans la tristesse, moments où il a été affecté de son état, ses douleurs et ses possibilités réduites.

Dans l'examen que nous avons décrit dans tous les détails, nous avons d'abord eu l'impression qu'il s'agissait d'un homme sérieusement handicapé, grabataire et une sorte d'handicapé mental puisqu'il était dans une totale passivité dans sa chaise, la bouche à moitié ouverte, le corps latéralisé et le regard dans le vide. Ceci a rapidement changé : avec l'aide d'un interprète professionnel, l'assuré a pu entrer dans un échange tout à fait correct, il avait beaucoup de choses à dire, il était même nécessaire de le cadrer dans ses expressions, il n'y avait aucune particularité cognitive à constater. Il s'agit certes d'un homme simple mais qui dans aucun domaine cognitif [ne] montrait des particularités. Sur le plan affectif il était neutre, euthymique, sans tristesse palpable, dans quelques expressions dysphoriques et aussi furtivement souriant ici ou là. Il disait n'avoir aucun plaisir, ni contact extérieur, mais ces notions se sont relativisées par notre anamnèse systématique où est apparu un certain nombre d'intérêts et de petits plaisirs.

La notion d'un état dépressif s'est encore davantage relativisée puisque nous avons constaté que l'assuré ne prenait absolument pas l'antidépresseur prescrit et qu'il disait prendre. Son observance était nulle et nous avons par la même occasion aussi constaté que, à nouveau contraire à ses propres notions, il n'y avait aucune trace de paracétamol, substance qu'il disait prendre à 4 gr par jour.

Ces constats relativisent ainsi toutes les données antérieures, car depuis 2006 aucune objectivation des médicaments, ni sur le plan physique, ni sur le psychique, n'a été effectuée. Nous nous trouvons donc bel et bien dans un processus d'invalidation à l'extrême, mais sans comorbidité psychiatrique objectivable. »

Au titre de diagnostic et de conclusions, l'expert s'est exprimé comme suit :

« Avec l'ensemble des éléments discutés, nos analyses effectuées et après pondération, nous retenons sur le plan diagnostic psychiatrique actuellement :
Processus d'invalidation très avancé (F68.0 CIM-10).

Ce terme, aussi associé aux notions de majoration de symptôme et de névrose de compensation, a déjà été utilisé par l'examinateur psychiatrique précédent, à notre avis à juste titre. Avec nos constats et objectivations sur le plan des médicaments, cette notion s'est encore renforcée. Pour les mêmes raisons, nous n'avons pas retenu le syndrome douloureux somatoforme. Si l'on voulait théoriquement l'utiliser, ceci serait uniquement à titre descriptif; sans aucune notion de comorbidité psychiatrique associée. Les critères habituels pour éventuellement constater une atteinte invalidante de ce trouble ne sont pas du tout remplis.

L'assuré, dans le dit processus, a réussi à mobiliser beaucoup de compassion, de compréhension, de sympathie et aide dans son entourage (familial et médical). Bien que ceci soit compréhensible sur le plan personnel, empathique et culturel, il n'a rien à voir avec une atteinte médicale ou psychiatrique véritable. Il n'existe donc pour notre domaine aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. [...] »

Le Dr L._____ a déduit qu'un recours aux appareils auxiliaires n'était pas objectivement nécessaire en raison de l'atteinte psychiatrique.

Invité à se prononcer sur l'expertise, le Dr M._____, médecin-chef adjoint au SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expert dans un avis du 25 mai 2011, précisant que le diagnostic de « processus d'invalidation très avancé » répondait à la dénomination exacte de « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques » selon la CIM-10.

M. En date du 7 juillet 2011, l'OAI a établi un projet de décision refusant à l'assuré les moyens auxiliaires requis au motif qu'ils n'étaient pas justifiés sur les plans psychiatrique, rhumatologique et neurologique.

Dans un nouvel avis du 24 août 2011, co-signé par la Dresse N._____, médecin au SMR, le Dr K._____ a relevé que malgré le fait que l'assuré menait une vie de grand invalide et que l'enquête avait révélé des aides pour tous les actes ordinaires de la vie, ce qui correspondait à une impotence grave, ces aides ne pouvaient être expliquées ni par une atteinte physique, ni par une atteinte psychique. Il n'existait pas d'autre diagnostic psychiatrique que celui d'un « processus d'invalidation très avancé » et malgré la revendication par l'assuré d'une assistance importante et d'une présence constante de la part de son épouse et sa famille, les aides n'étaient pas explicables par les atteintes connues. Enfin, au vu de l'examen de l'assuré par un orthopédiste, un rhumatologue et un neurologue, l'instruction était complète d'autant qu'aucun de ces intervenants n'avait décelé d'atteinte importante au point de justifier, du point de vue strictement médical, les moyens auxiliaires multiples dont bénéficiait le recourant.

Par courrier du 13 octobre 2011, l'assuré a fait valoir différentes critiques à l'encontre de l'expertise psychiatrique, la qualifiant de trop étroite quant au diagnostic différentiel, et de lacunaire. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 24 octobre 2011, l'OAI a confirmé le refus de moyens auxiliaires (lit électrique, fauteuil roulant manuel, siège de douche et lift de bain) .

N. L'assuré a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre cette décision, aux termes d'un acte du 28 novembre 2011. Il a dénié à l'expertise du Dr L._____ une pleine valeur probante au motif qu'elle souffrait de plusieurs lacunes, soit un diagnostic différentiel trop étroit, l'absence de tout test de quotient intellectuel ou test WAIS [réd. : Wechsler Adult Intelligence Scale), l'absence de toute discussion quant au bénéfice pouvant être retiré de la soi-disant simulation et l'absence de toute prise de contact de l'expert avec le médecin traitant du recourant. Il faisait encore grief à l'expert de ne pas

présenter les compétences requises dès l'instant où il n'avait quasiment plus de patients et par conséquent plus de contact avec la réalité pratique. Enfin, l'instruction était incomplète sur le plan somatique, faute d'une appréciation orthopédique. Il requérait ainsi la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire neurologique, orthopédique et psychiatrique par voie judiciaire et la réforme de la décision litigieuse dans le sens de la prise en charge par l'AI des moyens auxiliaires précédemment sollicités.

Le recours a été enregistré sous n° de cause AI 343/11.

Par décision du 13 janvier 2012, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 28 novembre 2011, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires.

Dans sa réponse du 9 février 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise psychiatrique avait pleine valeur probante et observant que le recourant ne se fondait sur aucun avis médical pour mettre en doute l'appréciation de l'expert.

Le recourant a réitéré ses griefs dans son écriture du 8 juin 2012 tandis que l'OAI a maintenu sa position sans autre motivation dans une correspondance du 29 août 2012.

O. Le 22 octobre 2012, le juge instructeur a ordonné la jonction de la cause AI 343/11 à la cause AI 118/10.

P. En date du 28 janvier 2014, le recourant a produit une attestation établie le 22 janvier 2014 par le Dr P._____, médecin généraliste, certifiant que les troubles de santé de son patient impliquaient l'utilisation d'un lit électrique, d'un fauteuil roulant, d'un siège de douche et d'un lift de bains pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie quotidienne. Le recourant a assorti cette attestation de l'extrait d'un rapport médical du Dr P._____, adressé à l'AI le 27 décembre 2013. Ce médecin mentionnait un état général peu conservé avec des douleurs invalidantes du rachis cervico-dorso-lombaire, un

déconditionnement global avec atrophie musculaire du membre supérieur droit post-amputation. Un état dépressif récurrent stable était traité. Le patient marchait avec deux cannes anglaises et était constamment assisté dans les activités de la vie quotidienne.

Par avis du 24 février 2014, le juge instructeur a notamment signifié au recourant le rejet de ses réquisitions tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à la production des éléments du dossier AI postérieurs aux décisions litigieuses.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (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 LPGA).

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 LPGA, de sorte qu'ils sont recevables.

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).

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.

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^{er} 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).

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 LPGA), 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).

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 9 mai 2011 répondent aux réquisits jurisprudentiels imposés à cet égard.

Le Tribunal fédéral, de jurisprudence constante, considère qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les spécialistes et experts mandatés pour examiner l'assuré ont en l'espèce procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de son état de santé objectif, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète des rapports des médecins traitants et autres intervenants, tout en discutant l'ensemble des diagnostics évoqués dans le cas du recourant avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, étayées et exemptes de contradictions, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques ressortant à chaque spécialité.

Il convient donc de conférer pleine valeur probante aux rapports concernés de telle sorte qu'en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, il s'avère superflu de mettre en œuvre l'expertise pluridisciplinaire requise par le recourant (ATF 122 II 464

consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées ; 9C_440/2008 du 5 août 2008).

Sur la base de ces documents, il convient de confirmer que le recourant n'a pas droit à une allocation pour impotence, son recours devant être rejeté sur ce point.

8. En second lieu, le recourant a conclu à l'octroi de moyens auxiliaires, en l'occurrence d'un lit électrique, d'un fauteuil roulant manuel, d'un siège de douche et d'un lift de bain.

a) Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 1, let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1, let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2).

Aux termes de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, 1^{ère} phrase). L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2).

b) La liste des moyens auxiliaires visée par l'art. 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (art. 14 RAI). Conformément à cette délégation de compétence, ledit département a édicté l'OMAI (ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité ; RS 831.232.51).

L'art. 2 OMAI dispose qu'ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste annexée, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1). L'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*), que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2). Le droit s'étend aux accessoires et aux adaptations rendus nécessaires par l'invalidité (al. 3).

Le droit à un moyen auxiliaire suppose qu'une fonction du corps ou que certaines parties du corps soient déficientes et ne puissent plus assumer leur rôle (cf. ATF 131 V 9 consid. 3.2 p. 13). L'origine de la déficience de la fonction corporelle ou de l'une des parties du corps peut être d'ordre somatique ou psychique.

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^{er} 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.

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.

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.

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

- I.** Les recours sont rejetés.
- II.** Les décisions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud des 18 mars 2010 et 24 octobre 2011 sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office, provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Intégration Handicap, Me Jean-Marie Agier, à Lausanne (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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).

La greffière :