

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 août 2016

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Thalmann et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Blanc

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI**

**En fait :**

**A. a)** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, célibataire, a travaillé en tant qu'aide-soignant jusqu'en mai 2000. Il n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors. Le 10 juillet 2001, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en faisant état de lombosciatalgies.

L'assuré s'est vu reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du mois de mai 2001, compte tenu d'un taux d'invalidité de 45% (décisions des 9 décembre 2005 et 3 février 2006, confirmées sur opposition). Le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assuré par jugement du 24 janvier 2008 (cause AI 381/07 - 29/2008), en retenant en particulier ce qui suit :

« **7. a)** En l'espèce, l'OAI a reconnu à R. \_\_\_\_\_, à partir du 1<sup>er</sup> mai 2001, le droit à un quart de rente, considérant que sa capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignant, mais qu'elle est de 50% dans un emploi adapté.

Pour sa part, l'assuré estime qu'il n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative dans le circuit économique normal et que le droit à une rente entière doit lui être reconnu.

**b)** Le recourant a été examiné par différents médecins, tant sur le plan somatique que du point de vue psychiatrique. Sa capacité de travail résiduelle doit être appréciée dans ces deux domaines.

**c) aa)** D'un point de vue somatique, il ressort de la documentation médicale au dossier que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide-soignant. Il convient ainsi de déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

**bb)** Le Dr V. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de l'assuré, dans un emploi adapté, est entière, sous réserve de l'acceptation du projet par l'intéressé, lequel présente une personnalité fragile. Pour le Dr C. \_\_\_\_\_, il est possible d'exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, en prenant en considération le facteur psychologique, qui est le principal obstacle à la reprise d'une activité, ainsi qu'une diminution du rendement de 50%. Les spécialistes du COMAI, ainsi que les médecins du SMR, estiment qu'une capacité de travail de 50% peut être raisonnablement exigée du recourant dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles mises en évidence.

**cc)** Les constatations des spécialistes du COMAI se fondent sur un examen approfondi du recourant et prennent en compte les plaintes et l'entier de la symptomatologie de l'assuré ainsi que les avis des Drs C.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_. Les conclusions sont claires et dûment motivées, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**dd)** L'opinion du Dr V.\_\_\_\_\_, qui se limite à poser un diagnostic et à apprécier la capacité de travail résiduelle de l'assuré, est trop sommairement motivée pour remettre en cause les conclusions des spécialistes du COMAI. Par ailleurs, ce médecin relativise son appréciation en précisant que la capacité de travail est entière, sous réserve de l'acceptation du projet par l'intéressé. Pour ce motif également, on accordera plus de poids à l'avis des spécialistes du COMAI.

Quant au Dr C.\_\_\_\_\_, dans la mesure où il se contente d'affirmer qu'une autre activité est exigible, mais ne précise cependant pas à quel taux celle-ci peut être exercée, son point de vue ne peut prévaloir sur celui des médecins du COMAI.

**ee)** En conséquence, l'autorité de céans considère que, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de R.\_\_\_\_\_ est nulle dans son activité habituelle d'aide-soignant, mais qu'elle atteint 50% dans une activité adaptée à l'état de santé.

**d)aa)** Sur le plan psychiatrique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), d'anxiété généralisée (F 41.1) (forme sévère), de trouble dépressif récurrent (F 33.9) (avec épisodes sévères), de personnalité évitante (F 60.6), de dépendance aux opiacés, actuellement substitués (F 11.22) et de dépendance aux benzodiazépines, substitués (F 13.22). Pour ce praticien, ces affections justifient une incapacité totale de travailler.

Pour les spécialistes du COMAI, l'assuré présente un trouble mixte de la personnalité, à traits anxieux (évitants) et émotionnellement labiles (F 61.0), ce qui permet de fixer à 50% la capacité de travail résiduelle.

**bb)** Les constatations des spécialistes du COMAI, auxquelles l'autorité de céans confère pleine valeur probante, reposent sur un examen approfondi du recourant. Elles décrivent précisément le contexte médical et prennent en compte les plaintes et l'entier de la symptomatologie de l'assuré. Les conclusions sont claires et motivées de manière convaincante, notamment lorsqu'il est précisé que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant ne peut être retenu en l'absence d'une discordance claire entre les troubles somatiques objectifs et les plaintes subjectives.

**cc)** L'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des spécialistes du COMAI, dans la mesure où il retient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans mettre en évidence une discordance entre les plaintes subjectives et les atteintes objectives. Au demeurant, il y a lieu de constater que le Dr K.\_\_\_\_\_ s'exprime en sa qualité de médecin traitant et est ainsi plus enclin à se prononcer en faveur de son patient. Pour ce motif également, on accordera moins de poids à son avis qu'à celui émis par les praticiens du COMAI.

**dd)** En conséquence, l'autorité de céans estime que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est de 50%.

**e)** On relèvera enfin que le rôle de la toxicomanie n'est pas déterminant dans le cas particulier. En effet, à teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle ne joue un rôle dans l'AI que lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 cons. 2b et les références; ATFA du 9 décembre 2003, I 563/02, cons. 1.2). Or, comme l'ont relevé les médecins du SMR, tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce. Au demeurant, le Dr K. \_\_\_\_\_ atteste d'une abstinence stricte aux substances psychoactives, à l'exception de quelques difficultés ponctuelles.

**f)** En définitive, la cour de céans fait siennes les conclusions des spécialistes du COMAI et considère que, depuis mai 2000, la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle d'aide-soignant, mais atteint 50% dans une activité adaptée à son état de santé.

**8.** Il convient encore de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assuré était susceptible de réaliser en 2001, année hypothétique de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222), afin de déterminer son taux d'invalidité.

[...]

Dans le cas présent, il se justifie de procéder à une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation de l'assuré. En conséquence, le revenu exigible annuel brut s'élève à 25'602 fr. 55.

**c)** La comparaison des revenus avec et sans invalidité entraîne un taux d'invalidité de 45% ( $[46'410 - 25'602.55] \times 100 / 46'410 = 45\%$ ). En conséquence, l'autorité de céans fait sienne l'appréciation du taux d'invalidité effectuée par l'OAI.

Dès lors, le droit au quart de rente est ouvert à partir du 1<sup>er</sup> mai 2001 (art. 29 al. 1er litt. b LAI). »

**b)** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a initié en septembre 2008 une procédure de révision d'office de la rente, à l'issue de laquelle il a constaté qu'il n'y avait pas de changement susceptible d'influencer le droit à la rente de l'assuré (communication du 11 août 2009).

**c)** Le 9 juillet 2012, l'assuré a adressé une « nouvelle demande » à l'OAI, en faisant valoir que son état s'était péjoré depuis plus d'une année.

A la suite de cette annonce, l'OAI a entrepris une nouvelle révision du droit à la rente.

Dans son rapport à l'OAI du 29 août 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a constaté que les capacités de concentration, compréhension et adaptation de l'assuré n'étaient pas limitées, contrairement à sa résistance, limitée en raison d'une « fatigue psychique ».

Dans un rapport du 7 septembre 2012 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a énuméré, sous la rubrique « la nature et l'importance du traitement actuel » le suivi médical de l'assuré, dont il ressortait qu'il se rendait notamment :

- une fois par mois, pour son dos, chez le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ;
- trois fois par année chez le Dr M.\_\_\_\_\_, lequel pratiquait des infiltrations ;
- tous les quinze jours chez le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la psychologue H.\_\_\_\_\_, pour un suivi psychiatrique.

Interpellé par l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ lui a fait part des éléments suivants dans son rapport du 26 septembre 2012 :

« (...).

*Constat médical*

Il perd une amie très proche en août 2009. Le deuil est difficile et entraîna des symptômes dépressifs (idées suicidaires scénarisées, troubles du sommeil, etc.). Il me consulta suite au conseil du Dr B.\_\_\_\_\_ pour une suite de suivi. A l'heure actuelle, le patient est stabilisé avec une humeur toutefois fluctuante, des troubles du sommeil et des difficultés cognitives chroniques et des douleurs importantes.

*Pronostic*

Etant donné l'ancienneté d'une consommation à risque de substance chez un patient fragile sur le plan psychique, le pronostic reste très réservé, bien que quelques petites améliorations sont à noter, tel qu'une reprise du sport (fitness 2-3x/semaine), un

engagement et un respect du cadre de la psychothérapie suffisants et réduction des consommations de substances non prescrites.

*Nature et importance du traitement actuel*

Pharmacothérapie

Méthadone 125 mg 1X/j (sirop 1%)

Xanax 3 mg retard, 3cpr/j (1-1-1-0)

Xanax 2 mg, 2cpr/j 1-1-0-0)

Stilnox 10 mg, 2 cpr/j (0-0-0-2)

Quetiapine 25 mg, 4X/j (1-1-1-1)

Trittico 100 mg (0-0-0-1)

De plus, le patient suit une thérapie cognitivo-comportementale à raison d'une séance/2-4semaines. La thérapie se focalise principalement sur : la gestion des émotions, du stress et de la douleur (relaxation), une structuration de l'activité avec mobilisation des ressources anti-dépressogènes et sur la psychoéducation. Nous travaillons également sur les dynamiques relationnelles en utilisant, notamment, des outils d'affirmation de soi et de gestion émotionnelle. La thérapie consiste principalement en un soutien psychosocial permettant une décharge émotionnelle et le maintien d'un repère stable mais également en un travail de réaménagement de la personnalité avec comme but une amélioration de l'estime de soi et de la capacité à se protéger psychiquement et physiquement.

*Recommandations pour la future thérapie*

But : stabilisation, diminution des risques et prévention de la rechute. »

Le 30 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent (ci-après également : API), en indiquant, sous la catégorie

« 4. Données relatives à l'impotence », avoir besoin d'aide pour les actes suivants :

- « se vêtir/se dévêtir », en précisant avoir besoin d'aide directe pour mettre et enlever ses habits et chaussures ;
- « manger », ayant besoin certains jours, quand les douleurs sont très intenses, qu'on lui amène les repas au lit ;
- tous les « soins du corps » (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/doucher) ;
- « se déplacer à l'extérieur », en expliquant avoir besoin d'aide pour monter/descendre les escaliers et pour les sorties, en faisant état de risque de perte d'équilibre, risque de chutes et parfois des problèmes d'orientation ».

L'assuré a ensuite répondu par la négative aux questions de savoir *si en raison de ses problèmes de santé il avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie et si des prestations d'aide étaient nécessaires pour lui permettre de vivre chez lui*. Il a également répondu qu'il n'avait besoin ni d'un accompagnement pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile, ni de la présence régulière d'un tiers pour éviter l'isolement du monde extérieur.

Les Drs T.\_\_\_\_\_, par rapport du 10 janvier 2013 à l'OAI, et L.\_\_\_\_\_, par rapport du 24 janvier 2013 à l'OAI, ont tous deux confirmé que les indications sur l'impotence figurant dans la demande d'API de l'assuré correspondaient à leurs constatations.

Dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent de l'assuré, le Dr B.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI son analyse dans un rapport du 16 juin 2013. A la question de savoir *si l'impotence pouvait être améliorée par des moyens auxiliaires*, il a répondu que les moyens auxiliaires avaient déjà été accordés mais que l'assuré requérait de l'aide de tiers pour des soins personnels, de ménage et pour les commissions. S'agissant du pronostic, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé un état d'épuisement se reflétant par un abandon physique et un repli de l'assuré sur lui-même avec un violent sentiment d'injustice vu les difficultés auxquelles il était également confronté dans sa recherche de réinsertion professionnelle. Il a également observé que la composante douloureuse dominait le tableau. Il a en outre estimé que les mesures antalgiques ne seraient envisagées qu'en cas d'importante majoration du cortège douloureux compte tenu des effets secondaires récemment décrits. Il a conclu que malgré le contexte général conflictuel en toile de fond, l'assuré restait cohérent dans son tableau clinique.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a constaté ce qui suit dans un avis du 8 août 2013 :

« Dans le cadre de cette demande subséquente, l'assuré[e] se dit aggravé[e] depuis plus de 3 ans en raison des troubles liés à l'hernie discale et la dépression.

Le Prof M.\_\_\_\_\_, radiologue, fait état d'une hernie discale L4-5 avec micro-instabilité depuis mai 2011, traitée par 2 infiltrations en février et juin 2012, avec une nette amélioration temporaire. Il atteste une incapacité de travail totale comme infirmier depuis juin 2011. Il attend une reprise à 50% à la fin de 2012.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre, avance le trouble de la personnalité, le syndrome de dépendance, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances et le syndrome douloureux somatoforme. Il estime que les possibilités de réinsertion sont très limitées chez ce patient sans emploi depuis plus de 10 ans. Un travail à domicile ou demandant peu de déplacements (télémarketing, saisie de données) serait envisageable.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, généraliste, parle d'une aggravation sans plus de détails, et d'une incapacité de travail totale depuis 2000.

En janvier 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a plus aucune possibilité de reprise d'activité en raison d'un syndrome douloureux somatoforme persistant se développant dans un contexte d'hernie discale.

Les avis médicaux en présence étant discordants, je propose une

**expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.** »

Faisant suite à l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, l'OAI a mandaté le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au Bureau d'expertises Médicales (ci-après : BEM) pour réaliser une expertise médicale bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) de l'assuré.

Le 30 mars 2015, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont envoyé à l'OAI leur rapport d'expertise faisant suite à l'examen de l'assuré du 30 janvier 2015. Dans ce cadre, ils ont notamment décrit la vie quotidienne de l'assuré en ces termes :

« L'expertisé est célibataire, sans enfant. Il vit seul à Lausanne dans un appartement d'une pièce et demie. Il n'a pas exercé d'activité professionnelle depuis 2001, date de l'« accident » professionnel mentionné plus haut, survenu au CHUV. Son revenu est constitué d'un quart de rente AI et des prestations complémentaires cantonales (2100 frs), à quoi s'ajoute le paiement des primes d'assurance-maladie.

Au quotidien, ses journées sont marquées par l'existence de douleurs importantes et persistantes concernant le pas du tout et la jambe gauche, douleurs qui ont une forte influence sur le

déroulement de ses journées puisqu'elles l'empêchent, selon lui, de se déplacer normalement et d'avoir des activités normales car l'activité aggrave les douleurs et que celles-ci provoquent une importante fatigue. L'expertisé déclare qu'il a une « autonomie hors de chez [lui] limitée à 3h au maximum ». Après ce délai, déclare-t-il, « je suis K.-O. Et je m'endors ».

Le déroulement des journées n'est pas uniforme en raison, selon l'expertisé, du caractère variable de son sommeil. Par conséquent, en fonction de la nuit, il se lève plus ou moins tard. Une fois levé, il « grignote quelque chose » en se forçant car il n'a pas vraiment faim, et il avale un jus de fruit ou un chocolat. Ensuite, si les douleurs ne sont pas trop fortes, il sort pour une promenade dans son quartier. Il ne rencontre pas grand monde, d'une part parce qu'il n'en a pas envie, d'autre part parce qu'il veut éviter de rencontrer les personnes qu'il a connues à travers la toxicomanie. De surcroît, il devient facilement agressif, et il lui arrive de s'en prendre verbalement à des inconnus. Cela n'a toutefois jamais été jusqu'à provoquer une intervention de la police.

Une fois rentré à son appartement, il fait un repas succinct. Soit il a acheté un plat pré-cuisiné, soit il pique-nique. Il est rare qu'il cuisine lui-même car la position debout lui est pénible.

Pour ce qui est des tâches ménagères, il se fait aider pour les commissions par sa sœur et par sa mère car selon lui il ne peut pas porter de charges lourdes. Pour ce qui est de l'entretien de l'appartement, il s'en occupe en partie, mais l'essentiel est fait par une femme de ménage, sa mère et parfois ses neveux. Sa mère, âgée de 61 ans, vient faire sa lessive depuis Payerne deux fois par mois.

Pour passer le temps, l'expertisé compte surtout sur la télévision. Il utilise l'ordinateur pour regarder des films et consulter facebook. Il déclare ne plus arriver à lire des livres ou les journaux car il manque de concentration et souffre de problèmes visuels (bien que, selon lui, les médecins disent qu'il n'a pas de problème de vision à proprement parler).

Sur le plan des contacts sociaux, ceux-ci se limitent à sa famille proche (sa mère, sa sœur et ses deux neveux). Il a quelques amis, mais qu'il voit très peu car il veut éviter les gens qui sont ou ont été dans le milieu de la drogue. En décembre dernier, l'expertisé a participé à la réunion de famille de Noël chez sa mère. C'est la première fois qu'il le faisait depuis plusieurs années, car d'habitude il évite les réunions trop longues qui provoquent d'importantes douleurs et sont épuisantes pour lui. Il a pu le faire cette année car, depuis l'opération qu'il a subie en novembre dernier, les douleurs sont moins intenses.

L'expertisé déclare qu'il n'a plus l'activité physique depuis l'accident de 2001. Il ne participe à aucune activité associative ou religieuse.

L'expertisé déclare qu'il voyage rarement, à cause de ses problèmes de santé. Néanmoins, il y a trois ans et demi il s'est rendu en Thaïlande en compagnie d'un ami. »

Les experts ont également relevé ce qui suit :

« En analysant toutes ces douleurs, M. est visiblement tendu, angoissé, il précise qu'il « essaie de ne pas se prendre la tête ».

Il aimerait pouvoir retravailler pour sortir de chez lui.

Intensité : le jour de l'expertise à 6-7/10 sur l'échelle visuelle. Le plus souvent et avant la dernière opération entre 8 et 9/10.

De façon plus générale, M. oublie facilement les dates, mêmes importantes.

Difficulté avec les déplacements. C'est sa mère qui l'a accompagné en voiture, elle est venue depuis Fribourg la veille de l'expertise, pour l'aider à être prêt.

M. va cependant rentrer en train.

Sa mère l'aide pour les commissions, elle tire une charrette pour les choses les plus lourdes. Elle lui fait sa lessive à quinzaine. Il recommence à pouvoir monter sur Fribourg pour la voir. Il a fait l'effort de monter pour voir sa grand-mère qui a eu 100 ans en février.

Ces dernières années c'est toujours elle qui est descendue vers lui pour l'aider dans la tenue de son ménage.

M. vit avec un chat. Il a une femme de ménage et sa mère qui l'aident au ménage. Il dit qu'il ne peut rien faire car il a même des douleurs actuelles dans les membres supérieurs.

Il s'est coupé les cheveux car il n'arrivait plus à lever les bras pour coiffer ses cheveux longs.

Tout effort même sans charge lui est difficile pour le dos et les membres.

M. n'a plus guère de loisir. Il regarde à la TV des copies de films. Il a parfois des amis chez lui.

Il a un balcon mais n'y va pas lorsqu'il y a du soleil car le soleil le gêne.

Il fait à Malley un programme de physiothérapie médico-sportif avec du fitness.

Il ne peut plus aller au cinéma car il ne supporte pas la position assise, il doit s'agenouiller par terre. »

Les experts du BEM ont retenu les diagnostics suivants :

« **4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?**

Troubles mixtes de la personnalité F61.0 avec: traits borderline (instabilité émotionnelle, immaturité affective), évitants (contacts socio-affectifs compliqués) et dépendants (substances, famille, institutions sociales), présent depuis le début de l'âge adulte

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples F19, présents depuis le début de l'âge adulte

Syndrome lombaire sévère avec radiculopathie L5 et S1 gauches M47.2 sur:

- o Discarthrose érosive évolutive lombaire basse avec récurrence de hernie discale L4-L5 gauche, rétrolisthésis L4/15
- o Dysbalances musculaires sévères avec déconditionnement axial, raccourcissements des chaînes postérieures
- o Status après cure de hernie discale L5-S1 par hémilaminectomie gauche en juin 2000
- o Status après cure de hernie discale L4-L5 par micro-dissectomie inter-laminaire et ouverture du récessus L5 gauche en décembre 2013 avec discrète atteinte séquellaire L5
- o Status après blocs facettaires L4-L5-S1 gauches en septembre et octobre 2014
- o Status après dénervation par radiofréquences L4-L5-S1 gauches en novembre 2014

Séquelles de maladie de Scheuermann M42.0

**4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?**

Trouble anxieux et dépressif mixte F41.2, présent de longue date probablement, avec émergence à certains moments de véritables épisodes dépressifs

Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4

Obésité E66.9

Hépatite C, avec discrète hépato-splénomégalie sans lésion focale ni insuffisance hépatique B18.8

Troubles digestifs fonctionnels (constipation) K59.0

Epilepsie de type grand mal, idiopathique G40.9

Hypovitaminose D E 56.9

Status après drainage d'un kyste sacro-coccygien drainé (début 2013)

Status après exérèse d'un carcinome baso-cellulaire isolé en région de l'épaule gauche en 2013

Status après pylorotomie extra-muqueuse pour sténose du pylore du nourrisson et après ablation des végétations durant la petite enfance

**4.3 Diagnostics avant une répercussion sur le besoin d'aide d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne dans le cadre de la demande d'allocation pour Impotent de l'assuré. Depuis quand sont-ils présents ?**

M. recourt à l'aide de sa famille pour son intendance, les tâches ménagères, la lessive, etc. Cette dépendance est à mettre en rapport avec la pathologie sévère de la personnalité F61.0.

Le syndrome lombaire est important mais M. est autonome pour l'habillage et autres activités de la vie quotidienne sur le plan somatique.

**4.4 Diagnostics sans répercussion sur le besoin d'aide d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent de l'assuré. Depuis quand sont-ils présents?**

Nihil. »

Au vu de leurs constatations, les médecins du BEM ont estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 80% dans toutes activités, relevant ce qui suit s'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail :

« De toute évidence cela fait des années que l'expertisé est très limité dans sa capacité de s'insérer dans la vie active. L'appréciation d'une incapacité de 50 % qui ressortait de l'expertise psychiatrique de la CRR était probablement trop optimiste si on tient compte du fait que depuis 15 ans, l'expertisé n'a pas exercé du taux [recte : du tout] d'activité Et qu'auparavant, hormis quatre mois d'activité comme aide-soignant entre 1999 et 2000, ses périodes d'activité ne sont pas documentées et, selon l'anamnèse, ont été courtes et entrecoupées de périodes de chômage et surtout d'aide sociale.

Actuellement, les limitations fonctionnelles qui rendent aléatoire une reprise d'activité tiennent surtout à la pathologie de la personnalité. Il s'agit des difficultés majeures rencontrées par l'expertisé à assumer une tâche de manière régulière et durable, et avec un rendement satisfaisant. Ces difficultés sont dues à l'instabilité de l'humeur, à la difficulté de gérer les émotions et les relations interpersonnelles. Ces difficultés sont renforcées par l'existence de troubles cognitifs (dispersion de l'attention, lenteur intellectuelle). Les troubles cognitifs sont probablement d'origine mixte : traits borderline de la personnalité, résidu du probable trouble hyperactif avec déficit de l'attention, rôle des psychotropes à doses importantes (opiacés et benzodiazépines). A l'heure actuelle, les limitations fonctionnelles paraissent sévères et justifier une incapacité de travail de l'ordre de 70 % dans toute activité. De ce fait, il n'y a pas d'indication à des mesures de réadaptation professionnelle.

Sur la base de l'anamnèse et des données du psychiatre traitant, on doit conclure à une augmentation des limitations fonctionnelles en raison de l'aggravation des douleurs d'origine somatique qui renforcent les limitations fonctionnelles d'origine psychique. L'aggravation somatique remonte à août 2013 selon les données de notre expertise. C'est à partir de cette date qu'il faut admettre une incapacité de travail de 70 % [recte : 80 %]. Auparavant, on peut admettre par défaut que l'incapacité de travail était de 50 %. »

Ils ont en outre apporté les réponses suivantes aux questions complémentaires de l'OAI :

« **F. QUESTIONS COMPLEMENTAIRES DE L'OAI-VD**

**1. Comment agissent ces troubles sur l'accomplissement des actes ordinaires de la vie au quotidien jusqu'ici?**

Au plan physique

Pas de limitation évidente pour les actes de la vie quotidienne. Questions ci-dessous sans objet au plan somatique.

Au plan psychique

L'expertisé se fait aider pour les tâches ménagères, mais les limitations qu'il présente dans ces activités devraient pouvoir être surmontées par un effort de la volonté, raisonnablement exigible.

**2. L'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles justifient-elles un besoin d'aide régulier et important pour accomplir l'acte « se vêtir/se dévêtir » ?**

Non.

**3. Si l'acte peut être admis, à partir de quelle date doit-il l'être ?**

La question n'est pas claire à notre sens. Veut-elle dire: "Est-il vrai que pour des raisons médicales l'expertisé ne peut pas accomplir l'acte en question sans aide ?" Si c'est le sens de la question, la réponse est "non". Si ce n'est pas la signification de la question, veuillez nous re-questionner en clarifiant la question.

Les réponses aux questions suivantes partent du principe que la signification est celle-là.

**4. S'il ne peut pas être admis. Quelle en est la raison?**  
Cf. supra, réponse à la question F1.

**5. L'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles justifient-elles un besoin d'aide régulier et important pour accomplir l'acte « manger » ?**

Non.

**6. Si l'acte peut être admis, à partir de quelle date doit-il l'être ?** Question sans objet.

**7. S'il ne peut pas être admis, Quelle en est la raison ?**  
Cf. supra, réponse à la question F1.

**8. L'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles justifient-elles un besoin d'aide régulier et important pour accomplir l'acte « faire sa toilette/soins du corps »**

Non.

**9. Si l'acte peut être admis, à partir de Quelle date doit-il l'être?**

Cf. supra, réponse à la question F1.

**10. S'il ne peut pas être admis. Quelle en est la raison ?**

Cf. supra, réponse à la question F1.

**11. L'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles justifient-elles un besoin d'aide régulier et important pour accomplir l'acte « se déplacer » ?**

Non.

**12. Si l'acte peut être admis, à partir de quelle date doit-il l'être ?**

Question sans objet.

**13. S'il ne peut pas être admis, quelle en est la raison ?**

Cf. supra, réponse à la question F1.

**14. Peut-on améliorer l'autonomie quant à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie au quotidien ?**

Les limitations constatées peuvent être diminuées par un effort de volonté de la part de l'expertisé.

**15. Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du domicile)**

Question sans objet.

**16. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur l'accomplissement des actes ordinaires de la vie au quotidien?**

Question sans objet. »

Le 8 juin 2015, la Dresse S. \_\_\_\_\_ du SMR a rédigé l'avis médical suivant :

« Assuré 44 ans, célibataire, diplôme aide-soignant, activité exercée jusqu'en 2000, au bénéfice d'1/4 de rente depuis 2001 pour un problème au dos. Nouvelle demande en 2002 pour aggravation motivant une expertise rhumato-psychiatrique en mars 2015.

Les diagnostics retenus par les experts sont : troubles mixtes de la personnalité avec traits borderline, évitant et dépendant, troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome lombaire sévère avec radiculopathie L5 et S1 G, diagnostics sans effet sur la CT : trouble anxieux et dépressif mixte, trouble dépressif récurrent en rémission ; diagnostics concernant le besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne : trouble sévère de la personnalité justifiant l'aide de la famille pour l'intendance, les tâches ménagères, la lessive ; le syndrome lombaire est important mais **M est autonome pour l'habillement et autres activités de la vie quotidienne sur le plan somatique.** (cf. description vie quotidienne p.17 expertise du 30.03.2015).

**Pour répondre à vos questions :**

Pas de LF justifiant un besoin d'aide pour les actes se vêtir, manger, faire sa toilette, se déplacer.

L'expert psychiatre annonce des troubles cognitifs mais l'assuré peut s'orienter ; il présente des troubles de la mémoire récente, des difficultés de concentration mais le raisonnement est dans les limites de la norme.

M vit seul de façon indépendante, il reçoit beaucoup d'aide sa famille pour l'entretien du ménage ; sans sa famille, une aide ménagère se justifierait.

Moyen auxiliaire : je me pose la question de la douche/bain : une planche de bain/un siège pourrait se justifier pour entrer dans la baignoire ou atteindre les extrémités inférieures en raison du syndrome lombaire. »

Une enquête pour évaluation de l'impotence a été réalisée le 6 juillet 2015 au domicile de l'assuré. Dans son rapport du 9 juillet suivant, l'enquêtrice a répondu par la négative à la question de savoir *si l'assuré avait besoin d'aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie*. Dans ce cadre, elle a notamment relevé que l'assuré ayant moins de douleurs depuis janvier 2015, il pouvait se vêtir sans aide et utilisait déjà des moyens auxiliaires comme un chausse-pied, une pince longue, un enfile-bas, des chaussures à velcros ou des vêtements avec fermeture éclair. Elle a ajouté qu'en adaptant les rangements de ses habits, l'assuré pourrait être autonome. Quant à l'accomplissement de la toilette personnelle, l'enquêtrice a indiqué que l'assuré parvenait à se laver seul une fois dans la baignoire et qu'avec l'usage d'une brosse longue main et d'une planche de bain l'assuré serait autonome pour son transfert dans la baignoire. Elle a en outre constaté qu'il était autonome pour se rendre aux toilettes et recommandé l'installation d'un rehausse-WC qui faciliterait le transfert de l'assuré.

S'agissant du besoin de l'assuré d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice a répondu en ces termes :

« **4.2** **Seulement pour les assuré(e)s n'ayant pas atteint l'âge de la retraite AVS, qui ne résident pas en home:**

*La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie?*

*Depuis quand et sous quelle forme?*

*Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?*

Au vu des conclusions de l'expertise médicale de 01.2015 et de l'avis SMR du 08.06.2015, nous n'admettrons pas d'accompagnement.

#### **4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante**

*Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?*

- Gestion des RDV, structurer la journée : M. R. \_\_\_\_\_ organise seul ses RDV, ses transports à ceux-ci. Il arrive qu'il en manque en lien avec des oublis ou des douleurs ressenties. Sa maman ou sa sœur ou ses neveux devaient le lui rappeler, ne sachant pas la date du jour grâce à des appels pluriquotidiens et des passages plusieurs fois par semaine. Depuis 01.2015, il peut à nouveau le faire.
- Faire face aux situations quotidiennes : M. R. \_\_\_\_\_ est apte à répondre à la sonnette, n'allait pas chercher son courrier, sa maman le faisant et l'ouvrant avec lui, l'assuré étant trop mal pour gérer cela seul, du point de vue psychique. Aide selon lui de 05.2000 à 12.2014. Depuis 01.2015, il le fait seul, hormis la gestion administrative, l'ouverture des courriers faite avec sa maman.
- Conduire le ménage : une personne vient 4h/mois, pris en charge par les PC pour le ménage. Avant son déménagement, sa famille le faisait, habitant le même immeuble et ce depuis 05.2000. Les lessives sont faites par sa maman 1X/semaine environ. L'assuré réchauffe seul ses repas préparés ou amenés par sa maman, au micro-ondes. Il mentionne se forcer à manger, ayant un manque d'envie.

#### **4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile**

*Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?*

- Achats, loisirs : ses commissions sont effectuées par sa maman depuis 05.2000. Depuis 01.2015, l'assuré l'accompagne s'il se sent assez bien. Il prend les transports publics depuis 01.2015 (le bus), mais cela reste exceptionnel et difficile selon ses propos. Sa maman fait ses achats de vêtements. Depuis début 2015, il recommence à s'y rendre.
- Contacts avec les administrations, visites médicales, coiffeur : il déplace ces RDV sur des jours où sa maman est présente ou s'y rend en bus depuis 01.2015. Avant cela sa maman y allait à sa place.

#### **4.2.3 Présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable**

*Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?*

Qui fournit l'aide sous forme d'accompagnement? »

Non. »

L'enquêtrice a conclu que l'assuré n'avait pas d'impotence pour tous les actes ordinaires de la vie, ni besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par projet de décision du 3 août 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'allocation pour impotent, dans la mesure où il n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie 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'avait pas été prouvé.

Le même jour, l'OAI l'a également informé du fait qu'il entendait augmenter sa rente d'invalidité à trois quarts à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2013 (sur la base d'un degré d'invalidité de 67%).

Le 14 septembre 2014, par le biais de Procap Suisse, l'assuré a adressé à l'OAI ses observations sur les projets de décision. S'agissant de l'API, il a remis en question l'appréciation de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par les médecins du BEM, estimant que les experts n'avaient pas répondu à la question de l'accompagnement. Il a également soulevé que le rapport d'enquête ménagère ne pouvait pas revêtir une valeur probante dès lors que la conclusion de celui-ci était « prédéterminée » par les conclusions des experts et du SMR. Il a ensuite pour l'essentiel fait valoir que la description de l'aide qu'il nécessitait pour vivre de manière indépendante était justifiée par sa pathologie psychiatrique. Il a ainsi sollicité la reconnaissance du droit à une allocation pour impotence de degré faible en raison d'un besoin justifié d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

A la suite des observations de l'assuré, l'OAI a réinterpellé le SMR afin que celui-ci se prononce et réponde notamment à la question de savoir *quelles étaient, parmi les aides décrites, celle qui étaient rendues nécessaires par l'état de santé de l'assuré.*

Par avis du 4 décembre 2015, la Dresse S. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé ce qui suit :

« Sur la base de l'expertise rhumato-psychiatrique du 30.03.2015 nous avons conclu dans notre avis du 08.06.2015 que les limitations fonctionnelles ne justifiaient pas d'aide pour les AVQ [actes de la vie quotidienne], les réponses à ces question sont très claires en p. 55 de cette expertise dans laquelle il est par ailleurs relevé qu'un effort de volonté peut être attendu de la part de l'assuré (p. 56).

Concernant le besoin d'accompagnement, je me réfère à nouveau à l'expertise très complète du 30.03.2015 et relève les points suivants qui, à mon sens, démontrent une incohérence entre les empêchements annoncés par l'assuré et son autonomie effective : p. 17 dans le chapitre **descriptif de la vie quotidienne** : *une fois levé, l'expertisé grignote quelque chose, ... ensuite, si les douleurs ne sont pas trop fortes, il sort pour une promenade dans son quartier. Il ne rencontre pas grand monde, d'une part parce qu'il n'en a pas envie, d'autre part parce qu'il veut éviter de rencontrer les personnes qu'il a connues à travers la toxicomanie... une fois rentré dans son appartement, il fait un repas succinct : soit il a acheté un plat pré-cuisiné, soit il pique-nique. Il est rare qu'il cuisine lui-même car la position debout lui est pénible. Pour ce qui est des tâches ménagères, il se fait aider pour les commissions par sa sœur et par sa mère car selon lui il ne peut porter de charges lourdes. Pour ce qui est de l'entretien de l'appartement (1.5 pièce), il s'en occupe en partie, mais l'essentiel est fait par une femme de ménage, sa mère et parfois ses neveux. Sa mère, âgée de 61 ans, vient faire sa lessive depuis Payerne **2x par mois**. Pour passer le temps, l'expertisé compte surtout sur la télévision. Il utilise l'ordinateur pour regarder des films et consulter facebook. Sur le plan des contacts sociaux, ceux-ci se limitent à sa famille proche (sa mère, sa sœur et ses neveux). Il a quelques amis, mais qu'il voit peu car il veut éviter les gens qui sont ou ont été dans le milieu de la drogue.*

Je m'étonne que l'aide portée par la mère à raison d'1x tous les 15 jours (cette information sur la fréquence est récurrente dans le rapport d'expertise) soit considérée comme importante.

De plus, à la lecture de ce descriptif, on comprend que l'assuré fait preuve d'une autonomie certaine.

A la description de la personnalité de l'assuré (p. 36) nous relevons : *une **certaine passivité** dans le comportement, une certaine immaturité dans l'attitude (absence de mise en question de son comportement, tous ses problèmes étant mis sur le compte des douleurs) ; labilité du comportement et des émotions : tantôt*

*hyperactif (examen somatique), tantôt éteint, tantôt fébrile et préoccupé.*

Dans l'axe psychiatrique, les experts retiennent le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité avec traits borderline, évitants et dépendants présents. Ce trouble présent depuis le début de l'âge adulte a limité l'assuré dans ses capacités à terminer sa formation et maintenir une capacité de travail ; actuellement dans un contexte de désinsertion du monde du travail >15 ans, ces troubles limitent les capacités de réinsertion. Cependant, dans le cadre de l'impotence, ces troubles sont restés stables et ne se sont en aucun cas décompensés pour justifier un besoin d'accompagnement. Les troubles cognitifs évoqués sont la dispersion de l'attention et une lenteur intellectuelle qui interfèrent avec la capacité de travail mais ne justifient pas un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Cette analyse est d'ailleurs confirmée par l'expert psychiatre qui précise en p. 55 et 56 : l'expertisé se fait aider pour les tâches ménagères, mais les limitations qu'il présente dans ces activités devraient pouvoir être surmontées par un effort de la volonté raisonnablement exigible.

Les besoins d'aide mentionnés dans l'enquête impotence du 09.07.2015 ne semblent pas en adéquation avec ce qui est relevé dans l'expertise, particulièrement la description de la vie quotidienne et la fréquence des visites de la mère, mais les propos recueillis par l'enquêtrice sont en adéquation avec le type de personnalité décrit par l'expert psychiatre. »

Par décision du 15 décembre 2015, confirmant le projet du 3 août 2015, l'OAI a refusé l'allocation pour impotent à l'assuré. Dans sa lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI s'est rallié aux conclusions de l'avis médical du 4 décembre 2015 de la Dresse S.\_\_\_\_\_.

Par avis du 2 février 2016, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du SMR - après une nouvelle lecture de l'expertise rhumatologique et psychiatrique du 30 mars 2015 - s'est ralliée aux conclusions des deux experts du BEM, en estimant l'incapacité de travail de l'assuré de l'ordre de 80% depuis le mois d'août 2013 dans toute activité.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> février 2016, R.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Procap, a recouru contre la décision de l'OAI du 15 décembre 2015 de refus d'allocation d'impotent auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance,

il fait valoir que l'enquêtrice s'est contentée, à tort, de renvoyer à l'expertise pluridisciplinaire du BEM, alors qu'elle aurait également dû se prononcer sur la question du besoin d'accompagnement. Le recourant déplore également que les experts du BEM n'aient pas pris position sur la question de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il estime dès lors que les informations relatives au besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne sont pas suffisantes, ni l'enquête ménagère, ni l'expertise, laquelle ne répond pas à cette question. Il en déduit qu'un complément d'instruction est indispensable pour permettre de déterminer son besoin d'aide effectif, qu'il estime pleinement justifié au vu de sa pathologie psychiatrique ; il rappelle à cet égard avoir déposé sa demande en 2012, exposant que même si l'aide n'est plus considérée comme suffisamment importante depuis janvier 2015, elle l'est très probablement de 2012 jusqu'à fin 2014 selon le rapport d'enquête.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 9 mars 2016, se référant notamment aux avis médicaux du SMR des 4 décembre 2015 et 7 mars 2016. Selon ce dernier avis de la Dresse S.\_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'éléments médicaux justifiant une modification de la position du SMR.

### **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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (cf. art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes de Noël (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent, singulièrement sur l'appréciation de la situation effectuée par l'OAI sur la base du rapport d'expertise du BEM et de l'enquête ménagère.

Il s'agira en conséquence de déterminer sur quels documents le droit à une allocation pour impotent peut être évalué avant d'examiner dans quelle mesure sont éventuellement réalisées les conditions mises à la reconnaissance d'une impotence au sens des dispositions légales et réglementaires applicables, soit si l'assuré requiert l'aide d'autrui dans

l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, une surveillance personnelle et des soins permanents, et/ou s'il nécessite un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

**3. 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 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201) 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).

L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;

- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

L'art. 38 al. 2 RAI précise que si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1.

**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 2014, 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 153 consid. 2b p. 159). 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 ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013).

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).

**d)** Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1, 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et références citées).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). Il

doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

**e)** On ajoutera que, conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

**4.** Il convient de déterminer, sur la base des pièces à disposition, si l'intimé était légitimé à nier le droit de l'assuré à une allocation pour impotent.

Dans ce contexte, il s'impose de rappeler les principes ci-dessous.

**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 (cf. 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 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 qualifié d'essentiel le fait qu'il ait été élaboré par une personne compétente 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, op. cit., 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).

**d)** S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5.** En l'espèce, le recourant ne remet pas en question la décision en tant qu'elle constate qu'il n'a pas besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. Il ressort en effet tant du rapport d'expertise du BEM que de l'enquête ménagère qu'il peut effectuer les six actes ordinaires de la vie. Il n'est pas non plus contesté - à juste titre - que

le recourant n'a pas besoin de soins ni de surveillance personnelle permanents.

Seule demeure ainsi litigieuse la question de savoir si le recourant a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans ce contexte, il convient de rappeler qu'au plan psychiatrique, le recourant présente des troubles mixtes de la personnalité avec traits borderline (instabilité émotionnelle, immaturité affective), évitants (contacts socio-affectifs compliqués) et dépendants (substances, famille, institutions sociales), présents depuis le début de l'âge adulte, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, présents également depuis le début de l'âge adulte (cf. expertise du BEM du 30 mars 2015 ch. 4.1). Les experts ont énoncé les limitations fonctionnelles en lien avec ces diagnostics psychiatriques, soit une instabilité de l'humeur, une difficulté à gérer les émotions et les relations interpersonnelles et l'existence de troubles cognitifs (dispersion de l'attention, lenteur intellectuelle).

Cela étant, l'examen de l'entier de la documentation médicale ainsi que de l'enquête ménagère permet de constater que le recourant n'a pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, sans qu'il n'y ait lieu de compléter l'instruction.

En effet, dans son rapport du 29 août 2012, le Dr M. \_\_\_\_\_ a certes fait état d'une résistance limitée en raison d'une « fatigue psychique », mais n'a pas retenu chez l'assuré de limitation des capacités de concentration, compréhension et adaptation.

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a quant à lui constaté dans son rapport du 26 septembre 2012 que le recourant était stabilisé, quand bien même il présentait une humeur fluctuante, des troubles du sommeil, des difficultés cognitives chroniques et des douleurs importantes. Il a relevé que l'assuré pratiquait du sport (fitness), à raison de deux à trois fois par semaine, et qu'il suivait une thérapie cognitivo-comportementale consistant en un

soutien psychosocial permettant une décharge émotionnelle et le maintien d'un repère stable. Ré-interpellé spécifiquement sur la question de la demande d'API, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé le 24 janvier 2013 que les déclarations qui y étaient faites correspondaient à ses constatations, sans toutefois mentionner un besoin d'accompagnement. Certes le Dr B.\_\_\_\_\_ a mentionné dans son rapport du 16 juin 2013 une péjoration, avec un patient en état d'épuisement se reflétant par un abandon physique et un repli sur lui-même, mais il a constaté que l'aide requise par l'assuré l'était pour « des soins personnels, de ménage et pour les commissions », sans toutefois faire état d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Les constatations médicales précitées ont été corroborées par l'expertise médicale pluridisciplinaire menée par les experts du BEM le 30 janvier 2015. Cette expertise a été réalisée par une spécialiste en rhumatologie et un spécialiste en psychiatrie. Le rapport des experts s'est basé sur le dossier remis par l'intimé, des examens de l'assuré ainsi que sur les documents récents du CHUV. L'anamnèse du recourant y est clairement décrite, au même titre que sa vie quotidienne. Les experts ont pris en compte les plaintes de l'assuré et ont établi de façon détaillée son status, avant de poser les diagnostics avec et sans effet sur la capacité de travail et de se livrer à une appréciation claire du cas exempte de contradiction. Le rapport du BEM remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Or, il ressort de ce rapport probant que l'assuré est autonome pour l'habillement et les autres activités de la vie quotidienne sur le plan somatique. Il gère ainsi ses repas (« grignote quelque chose » ou « fait un repas succinct »), sort parfois pour une promenade dans son quartier et ne bénéficie de l'aide de sa famille que pour certaines tâches ménagères et la lessive (sa mère venant deux fois par mois à son domicile), sans qu'il ne soit ici question d'une aide sous une autre forme. Sur la base de ce constat, les experts ont retenu que le recourant faisait preuve d'une autonomie marquée. Si les experts ne se sont pas formellement déterminés sur la question de savoir *si le recourant avait besoin d'un*

*accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie*, la réponse à cette question résulte de leurs observations. Les experts ont ainsi rapporté les propos du recourant relatifs à sa vie sociale, dont il ressort qu'il entretient de bons contacts avec sa famille proche (sa mère, sa sœur et ses deux neveux), quelques amis et consulte *facebook*, en précisant toutefois que les limitations qu'il présente devraient pouvoir être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible.

A cela s'ajoute que l'assuré lui-même a répondu le 3 novembre 2012 par la négative aux questions de savoir si *en raison de ses problèmes de santé il avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie* et si *des prestations d'aide étaient nécessaires pour permettre de vivre chez lui*. Il a également répondu n'avoir besoin ni d'un accompagnement pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile, ni de la présence régulière d'un tiers pour éviter l'isolement du monde extérieur, n'alléguant des limitations que pour quatre actes ordinaires de la vie.

Les conclusions de l'enquête ménagère menée au domicile de l'assuré sont au demeurant concordantes avec l'expertise du BEM. L'enquêtrice a en particulier examiné avec soin le quotidien du recourant et décrit de manière détaillée l'autonomie dont il bénéficie. Elle a pris acte des plaintes de celui-ci, ainsi que des remarques de son entourage. L'enquêtrice a au surplus répondu avec précision aux différentes questions du formulaire, pour retenir que l'assuré « a ses facultés afin d'être autonome dans la gestion de sa vie ». Il ne peut dès lors lui être fait grief de s'être contentée de renvoyer à l'expertise pluridisciplinaire.

La Dresse S. \_\_\_\_\_ du SMR s'est également ralliée à l'avis des experts du BEM. Elle a ainsi considéré par avis du 8 juin 2015 que l'assuré vivait seul de façon indépendante. Comme les experts du BEM, elle a ensuite retenu le 4 décembre 2015 qu'un effort de volonté pouvait être attendu de la part de l'assuré et conclu que les troubles cognitifs de l'assuré (dispersion de

l'attention et lenteur intellectuelle) ne justifiaient pas un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

A la lecture de ce qui précède, on constate que les observations de l'enquêtrice, celles du BEM et du SMR sont concordantes et vont dans le sens d'une autonomie de la part de l'assuré.

Ainsi, pour la période antérieure à janvier 2015 (pas plus que pour la suite), aucun élément ne plaide en faveur d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'instruction menée par l'intimé ne prête dès lors pas le flanc à la critique et se révèle suffisante pour permettre à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause.

Le droit à une allocation pour impotence doit donc être nié.

**6.** Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 15 décembre 2015.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe. Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires et aux avances de ceux-ci (cf. prononcé du 11 avril 2016), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 15 décembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires 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 à :

- Procap Suisse, à Bienne (pour R. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :