COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

*****

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 53 al. 2 LPGA ; art. 8 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. Le 11 juin 2007, Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de troubles psychiques qui avaient nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique en 2001.

Dans un rapport du 12 juin 2008, la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33) et de trouble de la personnalité dépendante (F60.7). Elle a notamment indiqué qu'après une hospitalisation du 14 avril au 2 mai 2008 du fait d'une rechute dépressive, l'assuré avait recouvré une capacité de travail totale dès le 9 juin 2008.

Par décision du 16 mars 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1er juin 2007 au 30 septembre 2008. L'OAI a constaté que l'assuré avait présenté une incapacité de travail ininterrompue pour des raison de santé, depuis le 21 juin 2006, qui constituait le début du délai légal d'attente d'une année. A l'échéance de ce délai, il présentait une incapacité de travail et de gain à 100 % dans toute activité professionnelle, ce qui lui ouvrait le droit à une rente d'invalidité. La rente était toutefois supprimée dès le 1er octobre 2008, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail et de gain survenue le 9 juin 2008.

B. Le 18 septembre 2013, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations, faisant état de lombalgies chroniques et de douleurs au genou droit existant depuis le 6 mars 2013.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI s'est vu remettre le dossier de l'assureur-accidents de l'intéressé. Il en ressort notamment que l'assuré travaillait comme aide-monteur électricien lorsqu'il a chuté dans un escalier, le 6 mars 2013. La symptomatologie douloureuse a perduré malgré les traitements conservateurs et des

infiltrations, l'assuré se déplaçant avec des cannes. Un séjour à la Clinique F._____ (ci-après : Clinique F._____) a été organisé du 3 au 22 septembre 2013. À l'issue de celui-ci, le diagnostic de chute dans les escaliers avec contusion lombaire, lombalgies chroniques d'origine non spécifique, de discarthrose de type Modic II L5-S1 associée à une petite hernie discale para-médiane gauche et de gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante a été posé. L'assuré était incapable de travailler depuis le 3 septembre 2013 pour des raisons de maladie et du 3 au 22 septembre 2013 pour des raisons accidentelles (avis de sortie du Dr R._____ du 19 septembre 2013).

L'assureur-accidents a pris en charge le cas jusqu'au 13 octobre 2013, date à laquelle il a mis fin au versement de ses indemnités. Dès lors, l'assuré a perçu des prestations de l'assureur perte de gain maladie, lequel a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il l'a confiée au Bureau d'expertise T._____, plus particulièrement aux Drs M._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, J._____, spécialiste en neurologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces derniers ont rendu leur rapport le 6 janvier 2015. Les médecins ont retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de spondylarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie évidentes (M47.8) et de gonarthrose interne débutante à droite (M17.1). Ils ont également posé les diagnostics suivants, sans effet sur la capacité de travail : myotonie congénitale bénigne (G71.1), obésité avec éléments de syndrome métabolique (E66.9), status après contusion lombaire en 2011 et 2013 et probable contusion du genou droit en 2013, status après uro-lithiase en 2007 et status après plaies de la main droite et gauche sans séquelle. Sur le plan psychiatrique, l'experte psychiatre n'a retenu aucun trouble psychique et a dès lors considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toutes activités. Sur le plan somatique, les experts ont notamment constaté ce qui suit :

> « Au délai d'observation actuel d'un an et demi de douleurs chroniques irréductibles, permanentes du dos et du membre inférieur droit, associées à un sentiment de faiblesse de la jambe droite, et à un très niveau de handicap nous ne réunissons pas de critère pour une affection de médecine interne, de l'appareil

locomoteur, ni pour une affection neurologique s'accordant aux symptômes (sic).

Si nous intégrons l'ensemble des évaluations cliniques, elles ont été parasitées lors de chaque examen médical par des éléments peu concordants associant des lâchages, des contre-pulsions, une démarche particulière de décharge partielle du membre inférieur droit qui ne s'associe pas au délai actuel à une amyotrophie, à des troubles trophiques cutanés, à des rétractions tendino-ligamentaires, tels qu'on peut les voir lors d'immobilisation permanente prolongée ou de sous-utilisation.

Les volumes musculaires restent bien développés, athlétiques, les callosités plantaires sont marquées, et symétriques, l'usure des chaussures est identique. Il s'associe des callosités des faces antérieures de genoux comme on les voit habituellement chez les carreleurs ou les gens qui sont fréquemment à genoux, que Monsieur rattache au frottement de son pantalon, ce qui est inhabituel vu l'importance des callosités.

Il a gardé également un excellent développement musculaire de la ceinture scapulaire, un tannage des mains qui reste également évident.

Ainsi l'habitus ne correspond pas à celui d'un homme inactif, quasiment grabataire, devant se faire aider par son épouse dans sa vie quotidienne.

Au terme de notre examen, et de l'analyse des documents radiologiques et de laboratoire dont nous disposons, nous n'avons pas d'explication médicale au handicap évoqué par votre assuré.

En effet il n'y a pas de syndrome radiculaire irritatif ni véritablement déficitaire. L'EMG de détection examinant divers myotomes allant de L4 à S1 des deux côtés met en évidence essentiellement des anomalies sous forme de décharges myotoniques déjà connues dans le cadre d'une myotonie congénitale bénigne. Il n'y a pas de signe neurogène aigu ni chronique dans le sens de séquelles radiculaires.

Tout le long de l'évaluation clinique les experts retrouvent des éléments majeurs de surcharge qui rendent d'ailleurs l'examen de l'appareil locomoteur et l'examen neurologique difficiles.

Les douleurs, les troubles sphinctériens, la faiblesse et les troubles sensitifs ne peuvent pas être expliqués par les troubles décrits sur l'IRM lombaire qui sont d'ordre dégénératifs avec discopathie et hernie discale L5-S1 gauche sans effet compressif. Il est d'ailleurs difficile de reconnaître une quelconque relation de causalité naturelle entre les traumatismes et les anomalies visualisées à l'IRM lombaire qui ont un aspect commun et banal à l'âge de l'expertisé en dehors de phénomène compressif.

Lors des expertises, notamment lors de la journée entière d'expertise du 06.10.2014 nous n'avons pas observé de souillure ni d'urgence.

La démarche du patient avec le port de ses cannes n'est pas du tout typique pour évoquer un problème discal rachidien, Monsieur fait des efforts pouvant causer une hyperpression intrarachidienne en soulevant ses cannes et en faisant des efforts brusques avec le membre inférieur droit qu'il tient de manière très rigide. Ceci varie avec d'autres moments de l'examen où il bouge normalement sa jambe en fonction de sa distractibilité ou lorsqu'il ne se sent pas observé.

La particularité de l'expertise réside, comme l'observation aux Ateliers professionnels de la Clinique F._____ et comme l'observation des autres médecins qui ont été amenés à évaluer cette situation, en un examen clinique parasité par des autolimitations et des mouvements oppositionnels.

La présence de mouvements oppositionnels au niveau de groupes musculaires agonistes et antagonistes permet d'attester qu'il n'y a pas de parésie au niveau des myotomes des membres.

Monsieur garde une musculature parfaitement développée au niveau des membres, et du dos en dépit d'un certain relâchement de la sangle abdominale.

La conservation d'un développement musculaire harmonieux est un signe indirect mais fiable d'un usage régulier et d'activités bien supérieures à celles qui correspondraient à un état complètement sédentaire voire grabataire tel que Monsieur le décrit.

Dans de telles circonstances on assiste très rapidement en quelques semaines à une fonte musculaire, à une diminution du tannage des mains, des pieds, des genoux.

Au délai actuel, Monsieur garde une solide constitution plus d'un an après son arrêt de travail et l'état d'impotence majeure qu'il annonce. Cela constitue une atypie.

La confrontation avec les examens complémentaires montre, au niveau radiologique, des atteintes banales du rachis lombaire, compatibles avec l'âge pour le type d'activité physiquement moyenne à lourde qu'a exercé le patient. Il existe un relâchement discal au niveau lombaire bas sans signe compressif radiculaire ni médullaire. Sur les images neuroradiologiques, on atteste aussi d'un excellent développement de la musculature rachidienne, à tous les étages.

L'imagerie du genou droit correspond à la clinique. Le genou n'est pas congestif, il existe des signes d'une gonarthrose interne incipiens, sans atrophie de sous-utilisation du quadriceps.

Si les radiographies axiales des genoux du 06.09.2013 évoquaient une déminéralisation relative de la rotule droite, cela ne se vérifie pas sur les clichés de profil ni sur l'IRM. Cliniquement nous ne trouvons pas de critère d'Harden pour justifier un diagnostic d'algodystrophie de la rotule.

> Nous avons tenu compte de ces atteintes dégénératives qui font reconnaître des limitations fonctionnelles pour les activités physiquement pénibles.
>
> Monsieur allègue des douleurs permanentes justifiant qu'il prenne des antalgiques plusieurs fois/j. Nous n'avons pas trouvé de trace de son antalgique lors de notre monitoring thérapeutique. Si cela ne permet pas de juger de la compliance au long cours, nous en déduisons que notre examen clinique s'est fait sans l'imprégnation de son antalgique, le Tramadol®.
>
> Avant de parler d'échec thérapeutique aux médicaments antalgiques, nous avons suggéré au médecin traitant de répéter un monitoring thérapeutique.
>
> En conclusion, il n'y a pas d'atteinte neurologique ou de l'appareil locomoteur permettant d'expliquer le tableau clinique. Des facteurs sortant du cadre somatique ont été pris en compte lors de notre discussion consensuelle avec la co-experte psychiatre. »

Les experts ont constaté qu'il existait un hiatus important entre les aptitudes résiduelles qui leur apparaissaient exigibles et les allégations de l'assuré qui estimait qu'il ne pouvait travailler dans aucune activité. Ils en ont discuté avec l'experte psychiatre qui n'identifiait pas de pathologie psychique qui justifiait cette discordance sur le plan somatique. Les experts ont ainsi retenu que les métiers de la maçonnerie étaient contre-indiqués pour un patient qui alléguait un lourd handicap et qui présentait quelques atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur. Si ces atteintes étaient bénignes et courantes, il était d'usage de ne pas exposer un patient douloureux chronique à la dangerosité de ces métiers. Une activité légère à moyennement physique, telle qu'un travail de garçon d'office ou d'aide de cuisine, était toutefois exigible à plein temps dès le mois de septembre 2013. L'assuré devait toutefois éviter les charges répétitives de plus de 10 kg et occasionnelles de plus de 25 kg, éviter une activité en position fixe, soutenue en porte-à-faux du rachis, éviter le travail sur échelles, échafaudages ou terrains instables et ne pas travailler à genoux sur une longue période telle que celle exigible pour un carreleur.

Par décision du 29 avril 2016, l'OAI a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et au droit au reclassement professionnel. Il a considéré que bien que l'activité d'aide-monteur électricien n'était plus adaptée à son état de santé depuis le 6 mars 2013, début de la période d'incapacité, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une

activité adaptée dès le mois de septembre 2013. En application de la méthode de comparaison des revenus, l'intéressé ne subissait aucune perte économique de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert.

C. Le 27 juillet 2017, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il indiquait avoir vu une première fois l'assuré en octobre 2016 puis à nouveau en juillet 2017. Lors de cette dernière consultation, il avait constaté une très sévère impotence objective avec des dénervations très intenses des muscules dépendant des nerfs cubital et médian. Cette atteinte était liée à la compression du plexus au niveau de l'aisselle et avait entraîné une impotence majeure du membre supérieur gauche, pour une durée indéterminée. L'assuré présentait ainsi une invalidité certaine, depuis la première consultation d'octobre 2016.

Le 7 septembre 2017, l'assuré a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, faisant état de son accident du 6 mars 2013 et renvoyant pour le surplus au rapport établi le 27 juillet 2017 par le Dr D._____.

Le 24 octobre 2017, en réponse à un questionnaire que lui avait adressé l'OAI, le Dr D._____ a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'axonotmèse par compression de la branche secondaire antérieure et interne du plexus brachial gauche entraînant une axonotmèse sensitive et motrice des nerfs cubital, médial, brachial cutané interne. L'assuré ne pouvait pas utiliser son membre supérieur gauche et marchait à l'aide de deux cannes. Le Dr D._____ ne voyait pas quelle activité l'intéressé pourrait effectuer, étant actuellement limité en position assise et à l'usage du bras droit. L'atteinte du membre supérieur gauche remontait au moins à octobre 2016. Le Dr D._____ a précisé les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, à savoir une parésie sévère distale du membre supérieur gauche ainsi que la marche avec deux cannes dont l'étiologie était peu claire. Une modification de l'appui axillaire permettrait d'éviter la compression du plexus brachial axillaire, étant précisé qu'une évolution de la situation n'était attendue

qu’après plusieurs mois. La dernière consultation remontait au mois de juillet 2017.

Le 21 décembre 2017, l’ergothérapeute de l’Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile (ci-après : l’ASPMAD) du Centre médico-social […] (ci-après : CMS) a adressé à l’OAI une demande de moyen auxiliaire pour l’assuré, dont les difficultés de déplacement allaient en augmentant depuis son accident en 2013 à la suite duquel il se déplaçait avec des cannes anglaises. En 2015, après une chute avec fracture du 5ème métacarpien gauche, l’assuré avait commencé à utiliser des béquilles avec appui axillaire pour tous ses déplacements. Des positionnements inadéquats étaient apparus provoquant des troubles sensitifs. Sur demande du Dr D._____, l’assuré devrait abandonner l’usage de ces béquilles. Des essais avec un scooter électrique adapté avaient eu lieu. Ce moyen de déplacement répondrait mieux aux besoins de l’intéressé en matière d’indépendance. Le CMS a ainsi communiqué un devis établi le 7 décembre 2017 par le Bureau des moyens auxiliaires (ci-après : BUMA) pour un scooter Carpo 2 XD dont le montant s’élevait à 5'354 francs.

Dans un rapport du 21 janvier 2018, le Dr D._____ a posé les diagnostics de paraparésie fonctionnelle sans explication objective et parésie du membre supérieur gauche. Il a précisé que jusqu’à présent, il n’y avait toujours aucun argument pour une cause objective aux difficultés alléguées par l’assuré s’agissant de ses problèmes de marche. A la suite d’un appui asymétrique sur une scoliose par les béquilles axillaires, l’assuré avait développé une parésie du membre supérieur gauche. Les troubles fonctionnels à la marche étaient stables depuis 2013, sans évolution. Pour envisager une amélioration de l’atteinte neurologique du membre supérieur gauche, l’arrêt de l’appui axillaire était péremptoire. C’était dans ce cadre qu’un fauteuil électrique était utile au moins jusqu’à la récupération de l’usage du membre supérieur gauche.

Sur mandat de l’OAI, le Centre de moyens auxiliaires de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes

handicapées et âgées (ci-après : la FSCMA) a procédé à un examen du bien-fondé du moyen auxiliaire sollicité et communiqué son rapport le 21 février 2018. Le conseiller en technique et réhabilitation a proposé la prise en charge du scooter électrique objet du devis du BUMA, préconisant d'ajouter un porte-canne et modifiant le taux de TVA. Le montant du devis s'élevait alors à 5'488 fr. 75. Le conseiller avait constaté les difficultés de l'assuré dans ses déplacements et le problème lié à l'utilisation des cannes sous-axillaires. Afin de rendre plus d'autonomie à l'intéressé, la mise en place d'un moyen auxiliaire mû électriquement était donc pertinente.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr D._____ a indiqué, le 13 mars 2018, qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis le mois de juillet 2017, de sorte qu'il ne savait pas quelle était l'évolution du membre supérieur gauche. Il a rappelé que l'intéressé était réputé ne plus pouvoir marcher normalement sans l'aide de cannes depuis de nombreuses années, sans qu'un diagnostic positif précis ait pu être posé sur l'origine de ce handicap. Dans ce contexte, on pouvait dire que, vu que l'intéressé ne marchait qu'avec des cannes depuis des années, l'usage du scooter électrique était probablement pérenne, la probabilité de la guérison de ses troubles de la marche, même s'ils étaient fonctionnels, étant très faible.

Par communication du 3 avril 2018, l'OAI a fait savoir à l'intéressé que les conditions du droit à des moyens auxiliaires étaient remplies et qu'il prenait en charge les frais de remise en prêt d'un scooter électrique de type Carpo 2 DX.

Suivant l'appréciation du Service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire en matière neurologique, psychiatrique et rhumatologique et l'a confiée au Centre d'expertises médicales de la Policlinique N._____ ([ci-après : la Policlinique N._____] ; courrier du 24 septembre 2019).

Le 20 octobre 2019, le CMS a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour impotent pour l'assuré, indiquant que celui-ci avait

besoin d'aide pour les actes de « se vêtir/se dévêtir », « manger », « se laver », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

Au terme d'un rapport établi le 11 février 2020, les experts de la Policlinique N._____, soit les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en neurologie, C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et B._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgie droite chronique d'étiologie indéterminée avec petite hernie discale L5-S1 gauche révélée par une IRM en 2013 (M545), de douleurs chroniques du membre supérieur gauche d'étiologie indéterminée (M796), de neuropathie sensitive ulnaire gauche sans traduction clinique, de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), d'accentuation de traits de personnalité de type borderline et paranoïaque (Z73.1) et de possible majoration des symptômes pour raison psychologique (F68.0). Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle depuis 2013 dans l'activité habituelle d'aide-monteur électricien, mais qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée. Une diminution de rendement de 20 % a été retenue, du fait du syndrome douloureux rapporté. En raison des atteintes dégénératives du rachis et de la gonarthrose débutante, les limitations fonctionnelles précédemment décrites étaient toujours retenues, à savoir pas de charges répétitives de plus de 10 kg, position de travail alternée, pas de porte-à-faux, éviter les travaux sur les échelles et les échafaudages, pas de marche en terrain instable ou à genoux. Les experts ont constaté que l'état de santé de l'assuré s'était peu modifié depuis la précédente expertise médicale. L'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche qui justifiait la nouvelle demande de prestations AI ne trouvait pas d'explication médicale satisfaisante. Ce déficit s'inscrivait dans un tableau plus global avec des lombo-pseudo-sciatalgies avec déficit sensitif du membre inférieur gauche, sans substrat anatomique et pour lesquels une dynamique de majoration des symptômes pour causes psychiques était retenue. Les anomalies retrouvées au membre supérieur gauche à l'examen électroneuromyogramme réalisé dans le cadre de l'expertise étaient en rapport avec une neuropathie sensitive, sans

correspondance avec les plaintes cliniques de l'assuré. Pour ces raisons, les experts ont considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail de nature neurologique.

Une enquête à domicile a été réalisée le 25 février 2020 afin d'évaluer l'impotence de l'assuré. Dans un rapport du 28 février 2020, l'enquêteur a relevé que l'intéressé recevait une aide du CMS trois fois par semaine pour la douche et une fois par semaine pour le ménage. Sur la base des faits rapportés dans l'expertise pluridisciplinaire, l'enquêteur n'a toutefois retenu aucun besoin pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Sollicitée pour avis, la Dre V._____, médecin au SMR, a indiqué suivre les conclusions de l'évaluation de l'impotence du 28 février 2020. Elle a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par l'expertise de la PMU ne justifiaient pas un quelconque besoin d'aide sur le plan de l'impotence. L'assuré restait autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne, il pouvait effectuer les tâches domestiques à son rythme avec un besoin d'aide ponctuel pour les gros travaux et devrait pouvoir se déplacer en véhicule ou en transport en commun de manière autonome (avis du 31 mars 2020).

Dans un projet de décision du 2 avril 2020, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré, relevant qu'une aide régulière et importante n'était pas nécessaire pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. L'assuré a contesté ce projet de décision.

A la demande de la Dre G._____, médecin au SMR, les experts ont précisé, dans un complément du 21 avril 2020, ce qui suit s'agissant des limitations fonctionnelles psychiatriques :

> « Les traits de personnalités de l'assuré peuvent diminuer modérément sa capacité d'adaptation aux règles de routine, la capacité de flexibilité, la capacité de prise de décision (impulsivité), le sens du contact avec des tiers et la capacité d'évoluer au sein d'un groupe. L'endurance est diminuée par le syndrome douloureux chronique avec des ressources difficilement mobilisables dans le contexte de vécu d'accident grave et de demande de

> reconnaissance. Les autres items (accès aux compétences professionnelles, capacité d'affirmation, activités spontanées, soins d'hygiène et capacité de déplacement) sont respectés.
>
> Comme nous l'indiquons dans notre rapport consensuel, la diminution de rendement de 20 % est retenue du fait du syndrome douloureux chronique et non pas du seul point de vue psychiatrique. Il est toujours difficile de chiffrer exactement une diminution de rendement, mais la nécessité de pauses pour des changements de positions, pour des étirements, dans ce cadre de syndrome douloureux chronique, peut occasionner à notre avis une baisse de rendement d'au maximum 20 %.
>
> La baisse de rendement que nous retenons n'est pas en lien avec le déficit neurologique apparu au membre supérieur gauche en 2016, mais avec le syndrome douloureux chronique et le possible syndrome de majoration des symptômes présents depuis 2013. En effet pour l'expert neurologue, les minimes anomalies électrophysiologiques sensitives ulnaires gauches liées à l'utilisation des béquilles sont sans traduction clinique et donc sans répercussion sur la capacité de travail. »

Le 23 avril 2020, le BUMA a informé l'OAI que, lors d'une révision réalisée au mois de mars précédent, plusieurs dysfonctionnements avaient été observés sur le scooter de l'assuré. Il y avait du jeu dans la direction, des bruits mécaniques importants, plusieurs fonctions du tableau de commande en panne, des problèmes de charge, une autonomie réduite, des roues lisses, une clé de démarrage pliée et le siège déchiré. Les défauts étant importants, le BUMA a transmis à l'OAI un devis d'un montant de 4'502 fr. 40 pour la réparation du scooter électrique.

Le 8 mai 2020, l'assuré a en conséquence déposé une demande tendant au renouvellement ou aux réparations du scooter électrique qui lui avait été remis à titre de moyen auxiliaire.

Le dossier de l'assuré a été discuté à la permanence du SMR. A la suite de celle-ci, la Dre G._____ a relevé qu'il n'y avait pas d'explication ni du point de vue psychiatrique, ni neurologique, ni rhumatologique pour les difficultés à la marche annoncées par l'assuré et nécessitant une utilisation des moyens auxiliaires, à savoir les cannes et le scooter électrique. Il n'y avait en outre pas de nouvelles limitations

fonctionnelles justifiant l'utilisation de ces moyens auxiliaires (appréciation du 26 mai 2020).

Le 11 juin 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré son projet de décision tendant à la suppression du droit à la prise en charge du scooter électrique et à la restitution de ce moyen auxiliaire compte tenu de la révision procédurale de la communication du 3 avril 2014 (recte : 2018). L'OAI a relevé qu'à l'époque de cette communication, il disposait d'informations au dossier qui laissaient penser que l'assuré avait besoin de faire usage d'un scooter électrique pour ses déplacements à l'extérieur (cf. rapport de consultation de la FSCMA du 21 février 2018 et rapport médical du 13 mars 2018 du Dr D._____). Aujourd'hui, il ressortait des conclusions du rapport d'expertise de la PMU du 11 février 2020 que l'intéressé ne présentait pas de limitations fonctionnelles expliquant le recours au moyen auxiliaire remis en prêt. Ces observations permettaient de remettre fondamentalement en cause l'hypothèse sur laquelle était fondée la décision initiale du 3 avril 2018. Il s'agissait là clairement d'un nouveau moyen de preuve faisant apparaître que la décision initiale comptait un défaut objectif pouvant justifier la révision de cet acte.

Dans un projet de décision du même jour, l'OAI a refusé de prendre en charge le renouvellement du scooter électrique de l'assuré.

Par décision du 16 juin 2020, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une allocation pour impotent, reprenant les termes du projet de décision du 2 avril 2020.

Par courrier du 29 juin 2020, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a sollicité une prolongation au 1er septembre 2020 pour se déterminer sur les projets de décision du 11 juin 2020.

Dans deux décisions séparées du 10 septembre 2020, l'OAI a supprimé le droit à la prise en charge du scooter électrique et demandé la restitution de ce véhicule par voie de révision procédurale, d'une part, et

refusé de prendre en charge le renouvellement de ce matériel, d'autre part, confirmant ainsi les projets de décision du 11 juin 2020.

Dans un projet de décision du 20 octobre 2020, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures d'ordre professionnel de l'assuré.

D. Dans l'intervalle, par acte du 14 octobre 2020, Q._____, toujours représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions du 10 septembre 2020. Il a conclu, en substance, à la réforme des décisions litigieuses en ce sens que la prise en charge du scooter électrique soit renouvelée, subsidiairement, que celui qui lui avait été remis soit réparé aux frais de l'intimé. Par voies de mesures superprovisionnelles et provisionnelles, le recourant a également requis que l'effet suspensif de son recours soit restitué. Il a encore requis son audition, à titre de mesure d'instruction. A l'appui de son recours, le recourant a contesté que le rapport d'expertise du 11 février 2020 permette de remettre en cause la décision initiale d'octroi du moyen auxiliaire du 3 avril 2018. Ce rapport d'expertise était général et ne discutait pas du bien-fondé de la mesure. Il ressortait au demeurant tant des rapports de l'ergothérapeute du CMS, de son ergothérapeute et de son médecin traitant qu'il avait besoin de son scooter électrique pour ses déplacements. Le recourant a produit à cet effet un rapport de son ergothérapeute du 25 septembre 2020 et un rapport de son médecin traitant du 9 octobre 2020.

Par ordonnance du 20 octobre 2020, le juge instructeur a rejeté la demande superprovisionnelle tendant à la restitution de l'effet suspensif.

Par réponse du 27 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 14 octobre 2020 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un

avocat d'office en la personne de Me Jean-Nicolas Roud, par décision du 8 décembre 2020.

Par avis du 18 février 2021, le juge instructeur a averti les parties que la Cour examinerait, en sus des arguments des recourants, la question de savoir si la décision initiale d'octroi du moyen auxiliaire litigieux pouvait faire l'objet d'une reconsidération ou d'une prévision procédurale.

Dans un courrier du 9 mars 2021, le recourant a nié l'existence d'un motif de révision procédurale et de reconsidération.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. **a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet

et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à conserver le moyen auxiliaire qui lui a été remis à la suite de la communication du 3 avril 2018 et à la prise en charge des frais de réparation, respectivement à l'obtention d'un moyen auxiliaire de remplacement.

3. **a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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 (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les assurés ont notamment droit à l'octroi de moyens auxiliaires, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, applicable aux moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité (ATF 135 I 161 consid. 4.2 ; TF 9C_767/2009 du 10 février 2010 consid. 5.2), toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

c) Indépendamment de ce qui précède, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l’assuré ou l’assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L’assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu’elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s’appliquent pour le réexamen d’une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n’a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 132 V 412 consid. 5 ; 129 V 110).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits ; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 135 V 215 consid. 5 ; 119 V 410 consid. 3a ; 117 V 8 consid. 2c).

Dans les limites posées par l'art. 53 al. 3 LPGA, une reconsidération est possible en tout temps, spécialement lorsque les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées. Dans l'éventualité où l'erreur manifeste de la décision initiale de rente n'est constatée qu'au stade de la procédure judiciaire, le tribunal peut confirmer, par substitution de motifs, la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2). En vertu du droit d'être entendu, l'assuré doit, dans ce dernier cas, être informé préalablement de la substitution de motifs envisagée (ATF 125 V

368 consid. 4a et b ; cf. également ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références).

4. **a)** En l'espèce, lors de l'octroi du moyen auxiliaire litigieux, l'intimé s'était principalement fondé sur un rapport de la FSCMA du 21 février 2018 et des rapports du Dr D._____ des 27 juillet, 24 octobre 2017 et 13 mars 2018. Ce médecin constatait une axonotmèse de la branche secondaire antérieure et interne du plexus brachial, lié à l'utilisation de cannes sous-axillaires par l'assuré. La FSCMA avait pour sa part constaté des difficultés de déplacement de l'assuré et proposait la remise d'un scooter électrique pour limiter l'utilisation des cannes sous-axillaires.

Depuis lors, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qu'il a confiée à la Policlinique N._____, dans le contexte d'une demande de rente invalidité et d'allocation pour impotent. Il ressort du rapport d'expertise du 11 février 2020 que le recourant ne présente pas de limitation fonctionnelle à la marche, qui serait due à une atteinte à la santé physique ou psychique. Les experts, au terme d'une évaluation consensuelle, ont en effet constaté que, du fait des altérations dégénératives du rachis et de la gonarthrose débutante, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de charges répétitives de plus de 10 kg, position de travail alternée, pas de porte-à-faux, éviter le travail sur les échelles et les échafaudages, pas de marche en terrain instable, pas de travail à genoux. Ils ont relevé de nombreuses incohérences dans le récit et à l'examen clinique. Il n'y avait ainsi pas d'explication médicale à l'incapacité rapportée de l'assuré à enfiler ses chaussettes, prendre sa douche et effectuer l'entretien du domicile. Le déplacement avec un transport assisté pour venir en expertise n'avait pas non plus de raison médicale. Tous les domaines de la vie n'étaient pas uniformément influencés par les limitations rapportées, l'assuré étant en mesure d'avoir des activités de loisirs (lecture, musique) et d'avoir un réseau amical satisfaisant.

b) Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 11 février 2020.

Les constatations des experts de la Policlinique N._____ correspondent toutefois, dans une large mesure, à celles des experts du Bureau d'expertise T._____. Ainsi, les limitations fonctionnelles observées sont similaires et sont uniquement justifiées par les atteintes dégénératives du rachis lombaire. Les experts ont tous relevé une discordance entre les plaintes de l'assuré et leurs constatations cliniques. Au demeurant, tant les experts de la Policlinique N._____ que ceux du Bureau d'expertise T._____ n'ont pas pu apporter d'explication médicale au handicap évoqué par l'assuré s'agissant de la marche. Les experts du Bureau d'expertise T._____ ont constaté qu'il n'y a pas d'atteinte neurologique ou de l'appareil locomoteur permettant d'expliquer le tableau clinique. Pour leur part, les experts de la Policlinique N._____ ont conclu, du point de vue neurologique, qu'il n'existait objectivement qu'une atteinte sensitive du nerf ulnaire gauche en lien avec l'utilisation au long cours des béquilles sans traduction clinique. Sur le plan rhumatologique, ils ont conclu à l'absence de maladie spécifique, après avoir relevé des troubles dégénératifs modérés. L'examen clinique réalisé était pauvre, parasité par un comportement douloureux contrastant avec l'absence de raideur articulaire ou d'amyotrophie. Du point de vue psychiatrique, à l'issue de l'entretien et sur la base des données de l'anamnèse, les experts ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission ainsi que celui de possible majoration des symptômes pour raison psychologique. Tant les experts du Bureau d'expertise T._____ que de la Policlinique N._____ n'ont trouvé d'atteinte objectivable expliquant les difficultés de déplacement de l'assuré.

Le rapport d'expertise du 11 février 2020 repose en outre sur une étude circonstanciée du dossier de l'assuré et sur une anamnèse complète, rapporte les plaintes de l'assuré et comporte des conclusions claires et motivées. L'expertise psychiatrique a au demeurant été menée selon la procédure probatoire structurée instaurée par l'ATF 141 V 281.

Aussi, le rapport d’expertise du 11 février 2020 revêt une pleine valeur probante.

Les rapports médicaux au dossier ne mettent pas en doute les conclusions des experts. A cet égard, ceux auxquels se réfère le recourant à l’appui de son recours, à savoir le rapport du 25 septembre 2020 de son ergothérapeute ainsi que celui établi le 9 octobre 2020 par son médecin traitant, sont insuffisamment motivés pour remettre sérieusement en question les constatations des experts.

Au vu de ces constatations, le recourant ne peut donc pas prétendre à l’octroi d’un scooter électrique, respectivement à la réparation ou au remplacement de celui-ci, alors qu’aucune atteinte médicalement objectivable n’est la cause de ses difficultés de déplacement.

c) Le recourant soutient encore que sa situation n’a pas changé entre l’octroi du moyen auxiliaire et sa suppression, de sorte que rien ne permet de remettre en cause la décision d’octroi du moyen auxiliaire du 3 avril 2018.

Il est vrai que l’état de santé de l’assuré ne paraît pas avoir changé entre 2018 et 2020. L’expertise de la Policlinique N._____ ne constitue pas non plus réellement un moyen de preuve nouveau, dans la mesure où les constatations des médecins de la Policlinique N._____ et celles des experts du Bureau d'expertise T._____ se rejoignent largement. Le Dr D._____ avait par ailleurs déjà souligné, dans ses rapports des 24 octobre 2017 et 13 mars 2018, que l’assuré était réputé ne plus pouvoir marcher, que l’étiologie de ces troubles allégués était peu claire et qu’aucun diagnostic ne pouvait être posé pour les expliquer. Cela étant, au vu de ce qui précède, l’OAI ne pouvait manifestement pas allouer le moyen auxiliaire demandé sans procéder à un complément d’instruction. Il devait soit inviter le Bureau d'expertise T._____ à compléter sa première expertise, soit, s’il souhaitait un nouvel avis médical pluridisciplinaire au vu de la particularité du cas d’espèce, mandater un nouveau centre d’expertise. Il est d’ailleurs significatif que,

saisi de demandes relatives à d'autres prestations, à savoir une rente et une allocation pour impotent, l'OAI a estimé nécessaire de procéder à une telle mesure. Au final, en acceptant la prise en charge d'un scooter électrique, en avril 2018, en faveur d'un assuré pour lequel les rapports médicaux à disposition niaient une explication médicale à ses difficultés de déplacement, l'intimé a rendu une décision manifestement erronée. Cette décision initiale doit aujourd'hui être reconsidérée, ce d'autant que, contrairement à ce que soutient le recourant, sa rectification revêt une importance notable au vu des coûts engendrés par une éventuelle réparation – nécessaire – du moyen auxiliaire. Ces frais de réparation étaient en effet devisés à 4'502 fr. 40, alors que le prix du scooter neuf s'élevait à 5'488 fr. 75.

Il convient ainsi de confirmer les décisions litigieuses, par substitution de motif.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'audition du recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 137 III 208 consid. 2.2).

e) En conclusion, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé le droit à la prise en charge du scooter électrique et demandé sa restitution, d'une part, et refusé d'octroyer un nouveau moyen auxiliaire ou de prendre en charge les réparations du scooter qui avait été remis à l'assuré.

Compte tenu de ce qui précède, la requête de mesures provisionnelles déposée par le recourant est sans objet.

5. **a)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69

al. 1bis première phrase LAI). En l’espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu’il a obtenu, au titre de l’assistance judiciaire, l’exonération d’avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l’Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) Il n’y a par ailleurs pas lieu d’allouer de dépens, le recourant n’obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) S’agissant du montant de l’indemnité due au conseil d’office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l’espèce, selon la liste des opérations communiquée le 9 mars 2021, Me Roud a chiffré à 10 heures et 42 minutes le temps consacré au dossier du recourant. Ces opérations étant justifiées, l’indemnité de Me Roud est arrêtée à 2'170 fr. 60, TVA par 148 fr. 30 et débours par 96 fr. 30 compris.

La rémunération de l’avocat d’office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu’il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l’indemnité d’office dès qu’il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté

II. Les décisions rendues le 10 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de Q._____ et provisoirement supportés par l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Jean-Nicolas Roud, conseil d'office de Q._____, est arrêtée à 2'170 fr. 60 (deux mille cent septante francs et soixante centimes), débours et TVA compris.

Le président : La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Nicolas Roud (pour Q._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :