

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Imed Abdelli, avocat à Genève,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant tunisien né en 1983, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse durant le mois de mai 2005 pour y rejoindre son épouse. Nonobstant des difficultés à l'origine d'une première séparation dès la fin de l'année 2006, deux enfants naîtront de cette union en 2007 et 2009, avant que le divorce ne soit prononcé en date du 20 juin 2011.

Alors qu'il avait été engagé le 15 novembre 2005 en tant que nettoyeur pour une durée d'un mois, l'assuré a été victime d'une chute le 26 novembre 2005 depuis le quatrième étage de son immeuble. Il a été hospitalisé le jour même au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier T._____), où ont été diagnostiqués un polytraumatisme avec syndrome partiel de la queue de cheval sur fracture BURST de L3, une fracture costale gauche D8, D9 et D10 avec discrets pneumothorax bilatéraux, ainsi qu'une fracture du bassin - atteintes traitées chirurgicalement les 26 et 30 novembre suivants. Sur le plan psychiatrique, les intervenants du Centre hospitalier T._____ ont constaté que l'intéressé ne présentait pas d'état dépressif ou d'état psychotique constitué, ni de projet suicidaire, mais que l'on ne pouvait exclure des troubles de la personnalité. L'assuré a ensuite été transféré à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V._____) le 12 décembre 2005 (cf. lettre de transfert du 12 décembre 2005 des Drs X._____, K._____ et MM._____, respectivement médecin associé, cheffe de clinique adjointe et médecin assistant au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier T._____), qu'il quittera le 25 avril 2006.

b) Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Cette dernière refusera ses prestations au motif d'une atteinte à la santé provoquée intentionnellement (cf. décision du 30 avril 2007, confirmée sur opposition le 22 mai 2007), appréciation que suivra le

Tribunal fédéral en dernière instance de recours (cf. TF 8C_324/2010 du 16 mars 2011).

c) Dans l'intervalle, le 24 février 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un placement ou d'une rente, aux motifs d'une fracture du bassin, d'une fracture de la colonne vertébrale et d'une épaule gauche déplacée. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a conséquemment entrepris l'instruction de cette requête.

Aux termes d'un compte-rendu du 28 mars 2006, la Dresse K._____ a signalé une atteinte incapacitante sous forme de fracture éclatement de L3 avec syndrome partiel de la queue de cheval. Elle a également fait état d'une entière incapacité de travail depuis le 26 novembre 2006, pour une durée indéterminée, et estimé que le pronostic fonctionnel était plutôt faible.

A la suite du séjour de l'assuré à la Clinique V._____, un rapport de synthèse a été établi le 9 mai 2006 par les Drs M._____, E._____ et H._____, respectivement spécialistes en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie et médecin assistant au Service de paraplégie de la Clinique V._____. A titre de diagnostics étaient retenus une fracture Burst de L3 traitée par fixation postérieure L2-L3 avec corpectomie L3 et mise en place d'une cage le 30 novembre 2005, une paraplégie incomplète stade ASIA D de niveau sensitif L2 des deux côtés et de niveau moteur L2 à gauche, une fracture costale gauche 8, 9, 10 avec pneumothorax minime traité conservativement, et une fracture ischio-ilio-pubienne droite avec discrète diastase symphysaire (fracture du bassin de type Tile B stable). Concernant les comorbidités, étaient mentionnés un malaise évoquant une épilepsie partielle complexe avec occasionnellement généralisations secondaires, des gonalgies droites non spécifiques, des lombalgies non spécifiques, ainsi qu'une anémie ferriprive. En particulier, les médecins de la Clinique V._____ ont exposé que, lors de son admission, l'assuré présentait une paraplégie incomplète

stade ASIA B avec des douleurs importantes au niveau lombaire, des côtes et du bassin. L'examen neurologique montrait alors une atteinte motrice plus importante à gauche qu'à droite, avec une plégie presque complète de ce côté-là. Au niveau de la sensibilité, l'atteinte à droite était distale à partir des territoires S1 tandis qu'elle débutait en L1 à gauche, l'hypoesthésie étant accompagnée d'une allodynie annoncée à partir du territoire de L5. A son admission, l'assuré présentait par ailleurs une anémie ferriprive qui avait fait l'objet d'un premier traitement substitutif de fer, puis d'un second traitement en vue d'éradiquer une gastrite chronique modérément active avec présence d'*Helicobacter Piloni*. Les médecins de la Clinique V._____ ont ajouté que, lors de son admission, l'assuré signalait des malaises qualifiés d'épisodes de « *vertiges* » et ont conclu, à cet égard, à une épilepsie avec des crises partielles végétatives, puis partielles complexe, suivies fréquemment de généralisation secondaire ; ils ont toutefois précisé que les éléments objectifs ne permettaient pas d'attribuer la grande majorité des malaises décrits (et observés) à l'épilepsie. Ils ont également indiqué qu'un consilium psychiatrique avait été réalisé, ne mettant en évidence aucune pathologie mais évoquant plutôt un patient anxieux et réagissant de manière adéquate aux événements. L'assuré avait en outre bénéficié d'une prise en charge auprès du service d'ergothérapie, avec une évolution favorable lui permettant d'être totalement autonome pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Un bilan urodynamique avait de surcroît permis l'ablation de la sonde urinaire dont l'intéressé était initialement porteur et, du point de vue des selles, le patient, qui à son admission déclarait ne pas avoir le contrôle, avait au final indiqué ressentir le besoin normalement. S'agissant de la persistance des plaintes concernant les douleurs au genou droit, les médecins ont retenu l'existence d'un syndrome fémoro-patellaire favorisé par la fonte musculaire, avec une surutilisation du membre inférieur droit, compte tenu d'une meilleure récupération musculaire qu'à gauche. Les spécialistes de la Clinique V._____ ont observé par ailleurs que la récupération neurologie motrice du membre inférieur droit était complète même s'il persistait un déficit d'endurance, que pour le membre inférieur gauche on notait un déficit global plus marqué au niveau du quadriceps, et que la sensibilité était diminuée en L3 à droite et en L3-L4-

L5 à gauche. Par conséquent, la paraplégie incomplète avait évolué d'un stade ASIA C à un stade D. Les Drs M._____, E._____ et H._____ ont en outre attesté une incapacité de travail de 100% dans la profession de nettoyeur.

Dans un rapport du 7 septembre 2006 consécutif à une consultation de la veille, le Dr E._____ a retenu que la situation était stable sur le plan neurologique, qu'il n'y avait pas de changement des plaintes au niveau ostéoarticulaire, que les douleurs lombaires semblaient en lien avec une dysbalance musculaire à la marche et que, même si la fonction vésico-sphinctérienne paraissait normale, il y avait tout de même une altération de la sensation de plénitude vésicale et des brûlures péniennes occasionnelles, plaintes qui ne gênaient pas vraiment le patient.

Le 30 octobre suivant, le Dr E._____ a adressé à l'OAI un rapport considérant comme incapacitantes la fracture Burst de L3 et la paraplégie incomplète stade ASIA D. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, étaient signalées la fracture costale gauche 8, 9 10 avec pneumothorax minime traité conservativement, la fracture du bassin de type Tile B, ainsi que des gonalgies droites non spécifiques. Le Dr E._____ a exposé que l'évolution était bonne sur les plans neurologique et somatique. Il a précisé que l'assuré garderait des douleurs aussi bien rachidiennes qu'au genou droit, qu'il restait dépendant d'une paire de cannes pour ses déplacements et que, à presque une année de l'événement, une amélioration sur le plan neurologique était peu probable. Cela étant, le Dr E._____ a considéré que, sur le plan somatique, l'assuré pouvait de suite être réadapté dans une profession sédentaire, l'exigibilité d'une telle réadaptation restant à vérifier sur le plan psychique. Il a ainsi arrêté la capacité de travail à 100% dès le 1^{er} novembre 2006 dans une activité sédentaire, pour autant qu'il n'y ait pas d'incapacité sur le plan psychiatrique. Ce médecin a en outre relevé que, le 3 septembre 2006, l'assuré avait été hospitalisé à la Fondation Q._____.

Dans un rapport du 12 mars 2007, les Drs P._____ et B._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant à la Fondation Q._____, ont retenu des atteintes se répercutant sur la capacité de travail sous forme d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, de trouble de la personnalité à traits mixtes, immatures et dépendants , d'épilepsie partielle complexe avec occasionnelle généralisation secondaire et de paraplégie incomplète niveau sensitif L2 des deux côtés et de niveau moteur L2 à gauche. Ces médecins ont par ailleurs fait état d'une entière incapacité de travail depuis le 26 novembre 2005 et émis un pronostic réservé, soulignant que l'assuré développait un état dépressif extrêmement marqué.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la Clinique V._____ du 14 mars au 5 avril 2007. Aux termes d'un rapport de synthèse du 12 avril 2007, le Prof. M._____, le Dr E._____ et la Dresse L._____, médecin assistante au Service de paraplégie de la Clinique V._____, ont exposé avoir mis en évidence plusieurs problèmes. Concernant la paraplégie incomplète stade ASIA D, de niveau sensitivo-moteur L2 à gauche, ils ont plus particulièrement signalé une récupération neurologique avec une normalisation de la sensibilité du membre inférieur droit et une amélioration de la force musculaire du membre inférieur gauche depuis le précédent séjour du patient ; ils ont précisé que, du point de vue fonctionnel, l'intéressé présentait une autonomie totale pour toutes les activités quotidiennes, qu'elles fussent élémentaires ou plus élaborées. L'intéressé se déclarait en outre asymptomatique au niveau urinaire, sous réserve parfois d'un besoin d'uriner se manifestant peu de temps après une première miction. Les médecins de la Clinique V._____ ont par ailleurs mentionné des douleurs lombaires, latéralisées à gauche, intermittentes, augmentant à la marche et à l'effort et diminuant au repos, avec une mobilité modérément limitée au niveau dorsal bas et très fortement diminuée, voire nulle, au niveau lombaire, principalement entre L2 et L4. Ils ont en outre rapporté des gonalgies droites, irradiant sous forme de brûlures crânialement vers la fesse, constantes, augmentées par l'effort, la marche et la station assise prolongée - douleurs auxquelles le bilan extensif pratiqué n'avait pu trouver d'explication. Ces praticiens sont

par ailleurs revenus sur le diagnostic de crises d'épilepsie, celui-ci ayant été considéré comme peu probable selon un nouvel avis neurologique. Ils se sont par ailleurs référés à l'appréciation du psychiatre S._____, concluant à un vraisemblable trouble de la personnalité de type dépendant. Sur cette base, les médecins de la Clinique V._____ ont retenu que seules les séquelles neurologiques et orthopédiques justifiaient une incapacité de travail, laquelle était de 100% dans le domaine du nettoyage, respectivement de 50% dans une activité adaptée, sans port de charge et permettant une alternance des positions assise et debout.

Le 11 décembre 2007, la Dresse F._____ et D._____, respectivement médecin assistante et psychologue adjoint à la Fondation Q._____, ont établi un compte-rendu reprenant en substance la teneur de celui du 12 mars 2007.

Aux termes d'un rapport du 10 janvier 2008, le Dr G._____ et R._____, respectivement médecin adjoint et psychologue associé à la Fondation Q._____, ont posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Ils ont également souligné qu'il leur était difficile de se prononcer quant à l'évolution de la symptomatologie psychiatrique, eu égard à la brièveté du séjour hospitalier effectué par l'assuré du 2 au 13 septembre 2006.

Dans un rapport du 28 mai 2008, les Dresses Z._____, cheffe de clinique à la Fondation Q._____, et F._____ ont retenu que l'assuré souffrait d'une humeur dépressive, d'une diminution de l'intérêt et d'une augmentation de la fatigabilité ; il avait en outre perdu toute confiance en lui-même, pensait souvent à la mort, présentait un ralentissement de la pensée et de la psychomotricité, ruminait et souffrait de troubles d'endormissement. Elles ont ajouté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé pendant un certain temps, mais qu'il était actuellement stationnaire. Elles ont précisé que l'incapacité de travail était toujours totale.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 décembre 2008, ce dernier a en résumé conclu à l'absence d'atteinte psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail, évoquant uniquement un status post épisode dépressif. L'expert a plus précisément retenu que l'assuré présentait actuellement une symptomatologie dépressive résiduelle, disparate et non incapacitante, étant précisé qu'un épisode dépressif avait existé dans le passé mais que l'on ne pouvait en déterminer le degré, pas plus que l'on ne pouvait conclure à la présence d'un état incapacitant durable.

Par avis du 27 janvier 2009 se référant aux conclusions de l'expert C._____, le Dr N._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de nettoyeur mais que l'exigibilité était en revanche entière dans une activité adaptée et ce depuis la sortie de la Clinique V._____. Selon le Dr N._____, le début de l'aptitude à la réadaptation devait être fixé au 1^{er} novembre 2006.

Par projet de décision du 17 février 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations eu égard à un taux d'invalidité de 10%.

L'assuré a fait part de ses objections dans un courrier du 16 mars 2009.

Sur interpellation du Dr N._____, le Dr E._____ a indiqué, le 3 août 2009, qu'après lecture des différentes pièces du dossier, il estimait la capacité de travail actuelle, sur les plans neurologique et musculo-squelettique, à 100% dans une activité adaptée sédentaire.

Dans un compte-rendu du 17 décembre 2009 à l'OAI, le Dr I._____, médecin praticien traitant depuis le mois de juin 2009, a posé les diagnostics de « *fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite+ autres troubles neuro-*

végétatifs et autres ». Selon ce médecin, l'intéressé présentait des limitations fonctionnelles qui contre-indiquaient le port de charges au-delà de 3 kg et rendaient quasi impossibles les positions penchées en avant du buste. Etaient également signalées une instabilité de la jambe gauche (lâchage du genou gauche), ainsi que des douleurs du bas du dos et des membres inférieurs engendrées par les positions prolongées debout. S'y ajoutaient des troubles sphinctériens sérieux (« *non sensation de devoir aller à selle ou miction* ») lorsque les efforts de mobilité étaient continus et poursuivis.

Par décision du 26 janvier 2010, l'OAI a confirmé son projet du 17 février 2009.

Aux termes d'un compte-rendu du 23 février 2010 adressé à l'OAI, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment observé que l'assuré présentait un syndrome radiculaire déficitaire L4-L5 droit induisant une amyotrophie majeure au niveau du membre inférieur droit. Se référant à une claudication neurogène permanente induisant la création d'un canal lombaire étroit post-opératoire, le Dr O._____ a plus particulièrement préconisé une évaluation neurochirurgicale. Il a ajouté qu'à son avis, l'intéressé était capable, vu son âge et sa détermination, d'effectuer son travail de nettoyeur à 50% à condition que ce taux soit reporté sur les heures de travail journalières.

d) Le 26 février 2010, W._____ a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans ce contexte, le prénommé a notamment produit une attestation du Dr O._____ du 23 février 2010 identique à celle adressée à la même date à l'OAI, exception faite de la capacité travail qui était évaluée à 50% dans une activité adaptée. Il a également transmis un rapport établi par le Dr E._____ le 12 janvier 2011, consécutivement à un examen pratiqué la veille. Ce médecin y exposait que les problèmes principaux restaient les mêmes - à savoir des douleurs rachidiennes, des

douleurs aux membres inférieurs et des lâchages du membre inférieur gauche -et que s'y ajoutaient des difficultés pour initier une miction, qui n'étaient pas présentes en 2007. Quant à l'examen neurologique, il n'était pas tout à fait superposable au précédent puisqu'évoquant une problématique au niveau D12 à gauche. Cela étant, le Dr E._____ préconisait un nouveau séjour à la Clinique V._____.

Ultérieurement, l'intéressé a encore versé en cause divers documents, dont un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dorso-lombaire du 28 avril 2011, aux termes duquel le radiologue GG._____ concluait à un status après bloc vertébral L2-L4 avec, d'une part, un aspect raccourci du fourreau dural probablement en lien avec le traumatisme et, d'autre part, une image de cicatrices radiculaire à la hauteur de L3 à gauche et autour des racines entre L4 et S1, sans image de canal étroit ou rétréci. L'assuré a également produit un rapport établi conjointement par les Drs O._____ et I._____ le 5 mai 2011, relevant que le patient - « *très anéanti, déprimé et dans un immense désarroi* » face aux doutes émis par les « *assureurs et autres autorités* » quant aux circonstances de l'événement du 26 novembre 2005 - présentait les atteintes à la santé suivantes :

"Trauma chute de 4 étages (26 novembre 2005) : fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4 : vis et plaques + tendinite rotulienne droite + autres troubles neuro-végétatifs et autres

- douleur de l'hémi bassin droit et fessière droite obligeant le patient à se positionner et s'asseoir sur la fesse gauche afin d'éviter l'appu[i] sur l'hémi bassin droit, douleur du genou droit de type syndrome fémoro-patellaire prenant le pli de l'aîne et descendant au pied droit[.]
- lombalgies hyper algiques à irradiation à la fesse droite et au membre inférieur droit : impossibilité de porter une charge supérieure à 2-3kg sans ressentir une lancée dans le dos qui l'oblige à lâcher la charge.
- examen test mains sol 40 cm, talons fesses irréalisable, syndrome déficitaire L5 avec absence de réflexe achilléen gauche et amyotrophie quadricipitale gauche.
- les positions penchées en avant du buste sont quasi impossibles ainsi qu'il existe une instabilité de la jambe gauche : lâchage du genou gauche.
- dysfonction sacro-iliaque gauche se manifestant par une démarche boiteuse contrôlée par la volonté du patient pour cacher son handicap au prix d'une douleur.

- les positions prolongées debout déclenchent des algies du bas du dos et des membres inférieurs.
- troubles sphinctériens handicapants, aggravés par la fatigue et le stress : ces troubles se manifestent par la peine d'initier le jet urinaire parfois après toute une journée de rétention avec sensation de brûlures, et tous les 2 ou 3 jours une défécation qui prend parfois plus d'une heure pour être amorcée, et ceci en se relaxant et tapotant le ventre ainsi que d'autres manœuvres Valsalva ou autre pour l'initier sans lesquelles le patient se sent pris d'un malaise qui perdure au lendemain
- au niveau sexuel, le patient n'a pas la sensation physique ou pénienne d'érection, l'excitation ne se faisant qu'au niveau mental et psychologique."

Statuant le 27 avril 2012 (AI 80/10 - 319/2012), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assuré, annulé la décision de l'OAI du 26 janvier 2010 et renvoyé la cause à cet office pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. D'une part, la juridiction cantonale a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr C. _____ et, partant, a retenu que l'assuré ne présentait pas de troubles psychiques incapacitants (consid. 5a). D'autre part, le tribunal a estimé que les avis médicaux au dossier ne permettaient pas de statuer en connaissance de cause sur la nature précise des troubles somatiques et leur impact éventuel sur la capacité de travail de l'assuré (consid. 5b). Cela étant, il y avait donc lieu de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comportant en particulier des volets neurologique et orthopédique (consid. 6b).

B. Dans l'intervalle, soit du 27 décembre 2011 au 18 janvier 2012, l'intéressé a effectué un nouveau séjour à la Clinique V. _____, à l'issue duquel un rapport de synthèse a été établi le 27 janvier 2012 par le Dr E. _____ et la Dresse HH. _____, médecin assistante auprès de ladite clinique. Il en résultait notamment ce qui suit :

"Du point de vue urologique, M. W. _____ dit uriner habituellement 3 à 4 fois par jour sans nycturie. La fatigue, l'état de stress, les efforts diminuent sa sensation à la miction et parfois, il n'urine qu'une fois par jour. Pas de notion d'infection urinaire récente. Par ailleurs, à la demande, il confirme la présence parfois de brûlures urinaires.

Le bilan sanguin d'entrée ne montre pas de syndrome inflammatoire. Le dosage du PSA et cystatine-C est dans les limites de la norme. La

culture des urines montre plusieurs espèces à 104, mais aucune antibioticothérapie n'est appliquée dans ce cas.

Les débitmétries effectuées le 29 et 30.12.2011, en position debout, avec un besoin normal et Valsava, montrent une récolte de 193 et 295 ml et des résidus de 172 et 151 ml. La courbe est en dents-de-scie avec jet intermittent. Un bilan urodynamique n'a pas été effectué au vu des réticences du patient.

Une échographie rénale, effectuée le 06.01.2012, est dans les limites de la norme.

Nous considérons la situation stable ne nécessitant pas d'intervention ou propositions thérapeutiques.

[...]

Du point de vue ostéo-articulaire, le patient se plaint de lombalgies permanentes, augmentées à l'effort physique, sans aucune amélioration avec la médication actuelle. De la physiothérapie passive occasionnelle donne un effet temporaire. Le patient cote ses douleurs entre 6-7 sur 10 jusqu'à 10/10. Seul le changement de position le soulage un peu. Depuis quelques mois, le médecin traitant préconise le port d'une ceinture lombaire.

Une radiographie du rachis lombaire, du 29.12.2011, ainsi qu'une radiographie fonctionnelle du rachis de la colonne lombaire du 17.01.2011, ne montrent pas de problème du matériel d'ostéosynthèse, ni signe d'instabilité.

Le patient est gêné par des gonalgies droites avec irradiation distale et proximale déjà investiguées pendant le séjour de 2007, sans découverte d'indication aux douleurs présentées. Depuis quelques mois, le patient porte une genouillère qui vraisemblablement ne le soulage pas. Une radiographie standard des genoux, effectuée le 29.12.2011, ne montre pas de lésion osseuse traumatique, ni arthrosique, ni calcification dans l'Interligne articulaire.

Au niveau de son membre inférieur gauche, le patient décrit des épisodes de lâchage, motivant le port d'une chevillère.

En ce qui concerne les déplacements, il s'agit d'un patient qui marche de manière autonome à l'intérieur et à l'extérieur. Parfois, il utilise une canne. Au cours de l'hospitalisation, le patient nous a signalé à plusieurs reprises l'accentuation de lombalgies, avec un examen clinique et neurologique inchangés et soulagement après le repos.

Enfin, signalons la présence de quelques signes non-organiques décrits par Waddell dans les lombalgies non-organiques: rotation du tronc et appui axial douloureux, mimique de la douleur, troubles sensitifs ne respectant pas des dermatomes et non-reproductibles, Lasègue assis à 90°, couché à 70° avec un Braggard négatif.

Du point de vue neurologique, aucune hypertonicité n'est constatée, si [sic] spasmes. Le Lyrica diminue l'intensité des douleurs neurogènes. En ce qui concerne des troubles sensitivomoteurs, le patient ne déclare aucun changement ces dernières années. M.

W._____ a été examiné à plusieurs reprises et l'examen n'est pas reproductible. Tantôt nous obtenons un niveau D9, puis D12 et finalement le niveau retenu dans la liste des diagnostic[s], niveau qui se rapproche le plus à la description initiale de la paraplégie.

Un ENMG, effectué le 16.01.2012[,] est sommaire car mal toléré par le patient. Les neurographies sensibles sont dans la norme au membre inférieur gauche, témoignant ainsi d'une atteinte pré-ganglionnaire. On relève des signes d'une neuropathie axonale motrice de degré léger au niveau du nerf péronier gauche (diminution de l'amplitude motrice, un potentiel de dénervation à l'EMG).

Du point de vue psychique, pendant le séjour de 2007, les troubles de la personnalité de type dépendants avaient été retenus. Par la suite, M. W._____ avait séjourné à la Fondation Q._____ et suivi jusqu'à fin 2009 à la consultation ambulatoire à [...]. Il avait interrompu de son propre chef le suivi.

Une nouvelle évaluation psychiatrique a été effectuée le 29.12.2011. Le tableau clinique est plutôt rassurant et ne relève pas de psychopathologie majeure hormis quelques éléments dépressifs et anxieux. Du point de vue thérapeutique, le psychiatre propose l'instauration de Cymbalta 60 mg le soir, dans le contexte des douleurs neuropathiques et d'éléments dépressifs légers. Au cours du séjour, le patient a bénéficié d'un suivi psychologique individuel centré sur la gestion des douleurs.

L'évolution à la fin du séjour reste entravée par des plaintes diverses qui constituent l'expression d'une attente passive (et un peu revendicatrice) de "réparation". Il a été encouragé à [s]e décentrer du passé et à s'investir dans la construction de son avenir. La reprise d'un suivi psychiatrique peut se justifier si le patient en fait les démarches, et pour autant que ce suivi soit orienté vers une reprise d'activité.

[...]

Evolution neurologique, aucune[.]

Du point de vue de l'autonomie, le patient est indépendant dans l'ensemble des gestes de la vie quotidienne. [...]

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL

100 % du 27.12.2011 au 18.01.2012 (hospitalisation)

Le patient peut se projeter dans une activité à mi-temps, l'après-midi, précise-t-il. Il n'a cependant aucun projet précis et est dans l'attente d'une aide dans ce sens. Nous l'encourageons à chercher une activité lucrative ou occupationnelle."

C. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (axée sur les plans neurologique, de médecine

interne et orthopédique) dont le mandat a été confié à la Clinique Y._____. Ont plus particulièrement été désignés experts la Dresse AA._____, spécialiste en neurologie, et le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels ont examiné l'assuré respectivement les 2 et 22 avril 2013. Le 23 septembre 2013, un nouvel examen a eu lieu avec le Dr II._____, neurologue.

Outre le dossier soumis par l'OAI, les experts se sont vu communiquer diverses pièces médicales dont une attestation émise le 4 novembre 2009 par le Dr I._____ au contenu identique à celle du 17 décembre 2009, une correspondance adressée le 4 juin 2010 par ce médecin à l'Office du médecin cantonal préconisant la mise en œuvre d'un bilan à la Clinique V._____, une nouvelle attestation du Dr I._____ 24 février 2012 portant sur l'octroi d'une aide à domicile, ainsi qu'un compte-rendu du 29 août 2012 de ce praticien à la Polyclinique de KK._____ exposant la situation du patient. Dans un compte-rendu établi le 3 juin 2013, le neurochirurgien JJ._____ exposait en outre que l'intéressé était surtout gêné par des lombosciatalgies droites chroniques, que la fusion de L3 à L5 était bonne et qu'une IRM montrait par ailleurs un pseudokyste arachnoïdien L2-L4 avec une très probable lésion de la queue de cheval à ce niveau et une brèche de la dure-mère, atteinte séquellaire non accessible à un traitement étiologique (décompression, fusion, etc.) de sorte que l'introduction de Trileptal était proposée voire, en cas d'échec, un stimulateur médullaire dorsal.

Le rapport d'expertise a ensuite été établi le 4 octobre 2013 en deux versions, la première englobant les dossiers médical et asséculogique transmis aux experts et la seconde - à laquelle on se référera ci-après - ne comportant que l'analyse proprement dite de ces derniers. Dans leur rapport, les experts U._____, AA._____ et II._____ ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de fracture de type Burst de L3, en phase de séquelles à type de raideur, et de paraplégie incomplète stade ASIA D, en phase stabilisée. Ils ont en outre retenu les diagnostics suivants sans incidence sur la capacité de

travail, en phase de status post : fractures costales gauches D8, D9 et D10, fracture du bassin Tile B, légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 avec odontoïde excentré, pneumothorax minime avec discrète contusion pulmonaire à droite et anémie ferriprive sur gastrite chronique. Les experts ont de surcroît écarté les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire, de lombalgies non spécifiques, d'épilepsie et de syndrome radiculaire. Concernant la douleur, ils ont noté qu'elle était évaluée à 9/10 par l'assuré, ce qui était contradictoire avec l'absence totale de prise d'antalgiques. S'agissant des troubles vésico-sphinctériens signalés lors de l'expertise comme en 2011 et 2012, ainsi que des difficultés d'initier les mictions décrites en 2011, les experts ont évoqué un lien vraisemblable avec d'éventuels troubles vésico-sphinctériens neurologiques. L'assuré expliquait en outre que, plus il était fatigué, moins il ressentait l'envie d'uriner ou d'aller à selle, mais que la défécation se passait normalement hormis des brûlures tant anales qu'urinaires, qui étaient décrites comme occasionnelles (« parfois ») - comme lors de l'examen de janvier 2012 à la Clinique V._____ - et non continues. Les experts ont également noté qu'il n'y avait pas de fuites urinaires, ni de réelles dysuries et que l'échographie rénale réalisée le 10 [sic] janvier 2012 confirmait une vascularisation homogène sans dilatation des voies urinaires ni anomalie urétérale. Pour le reste, les spécialistes de la Clinique Y._____ ont plus particulièrement exposé ce qui suit :

"DISCUSSION ET SYNTHÈSE PLURIDISCIPLINAIRE

1. SYNTHÈSE

a. Signes cliniques et paracliniques principaux

Il n'y a plus aucun symptôme en rapport avec les fractures costales gauches D8, D9 et D10, ni avec la fracture du bassin TILE B. Notamment, on note l'absence d'instabilité à la mobilisation du bassin.

Au niveau du rachis, il existe une certaine raideur dorso-lombaire avec une DDS de 50cm en position debout et de 20cm en position couchée, suggérant la participation d'un syndrome de surcharge. L'imagerie révèle une parfaite position de l'arthrodèse L2-L4, avec la cage intersomatique L3. La mobilisation des ailes iliaques provoque une douleur au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Au niveau des membres inférieurs, l'examen clinique actuel a montré l'absence de signe en faveur d'une réelle pathologie fémoro-patellaire. L'examen du genou est strictement normal avec plus particulièrement des genuflexions unipodales droites, effectuées

sans aucune douleur, et des examens de l'appareil fémoro-patellaire complètement indolores associés à une mobilité normale du genou droit.

Sur le plan neurologique, l'expertise retient des séquelles fixées d'une compression traumatique de la queue de cheval. Il persiste à droite un très discret déficit S1 avec amyotrophie séquellaire et à gauche un déficit sensitif de niveau L2. L'intensité du déficit moteur du membre inférieur gauche ne peut pas être valablement cotée, car entachée d'une majoration évidente. Toutefois, au vu des possibilités de marche et des rapports précédents, un déficit inférieur à M4 est improbable, permettant de classer les séquelles ASIA D.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Pour les fractures costales, la rémission significative est atteinte à six mois d'évolution post-traumatique, soit dès le 26 mai 2006, devant l'absence de toute plainte au-delà de cette période tant à l'examen des différents dossiers qu'à l'anamnèse.

Concernant les fractures du bassin TILE B, elle est atteinte au plus tard le 7 septembre 2006, soit à un peu plus de neuf mois d'évolution post-traumatique. En effet, aucun symptôme en lien avec ce diagnostic n'est déjà plus relevé dans le rapport de la Clinique V. _____ établi à cette date.

Pour la fracture type BURST de L3, la stabilisation est atteinte à deux ans d'évolution du traumatisme, soit le 26 novembre 2007, vu l'absence d'évolution clinique significative au-delà de cette période.

Pour sa part, la pathologie neurologique est stabilisée depuis mars 2007.

Les plaintes actuelles ne s'expliquent pas sur le plan objectif en ce qui concerne leur intensité. En outre, lors des différents examens, entre 2006 et 2012, des discordances ont déjà été relevées. Elles portent notamment sur la DDS, retrouvée à 50cm lors de l'expertise actuelle alors qu'elle était à 5cm au terme du premier séjour auprès de la Clinique V. _____ en avril 2007. En outre, on note la présence de 3/5 signes de WADDELL. Les versions sur la nature des troubles ont été modifiées, l'épilepsie affirmée n'existe pas et n'a vraisemblablement jamais existé, les descriptions de détérioration de l'atteinte à la santé ne résistent pas à l'examen clinique et parfois pas à l'anamnèse, Monsieur W. _____ évoque un coma et un report d'intervention qui n'existent pas dans les dossiers : l'expertise actuelle a donc permis de mettre en évidence l'absence d'explication objectivable pour les plaintes alléguées augmentées. Il existe une tendance globale à la majoration, laquelle fait écho à l'absence de futur que décrit l'expertisé. La situation est touchante sur le plan humain, mais ne fait pas lien avec une gravité médicale. En effet, tout au contraire, l'assuré a particulièrement bien récupéré de sa chute, l'atteinte étant finalement modérée par rapport à ce qu'elle aurait pu être. Sur le plan purement objectivable, il existe des limitations, mais celles-ci sont en rapport avec des atteintes stabilisées.

c. Chances de succès d'une réadaptation

Les chances de succès sont faibles. L'intéressé a déclaré penser ne pouvoir faire qu'un 50% et uniquement l'après-midi, position appuyée par certains médecins intégrant ses plaintes dans l'évaluation. Or, sur le plan purement clinique, un travail adapté est tout à fait réalisable, car si la chute a été importante, la récupération est plutôt excellente. Le jour de l'expertise, l'exploré a expliqué qu'il ne voit pas ce qu'il pourrait faire puisqu'il est déjà limité dans son quotidien, ce qui n'a pas été validé ni sur le plan orthopédique ni du point de vue neurologique. Il a mis en avant son absence de formation et des difficultés linguistiques ont été soulignées, ce qui renvoie à des facteurs non médicaux. Par ailleurs, son avocat appuie que la profession en lien avec les limitations doit être trouvée.

Tous ces facteurs non médicaux vont peser lourdement dans les chances de succès d'une réadaptation, puisque l'investigué est apte, sur le plan purement orthopédique et neurologique, à travailler à 100%, ce qu'il conteste depuis l'origine.

En effet, l'examiné annonce une aggravation de sa situation au fil des années, laquelle n'est pas validée sur le plan médical. Les tentatives d'appréciation de la capacité de travail se sont heurtées à l'arrêt de ceux-ci, la dernière évaluation en montage simple ayant été cessé au bout d'une demi-heure en 2007 et d'une heure en 2011 au motif de plaintes multiples, étant souligné l'augmentation du temps de présence malgré une détérioration annoncée dans le discours. Une attitude passive avec attente de solution externe, sentiment d'injustice et attente de réparation a été aussi décrite.

Il est à craindre, dans ces conditions, que toute tentative de retour à l'emploi soit marquée par une augmentation des plaintes, lesquelles ne pourront être corroborées sur le plan purement clinique, comme ceci a été le cas au cours de la présente expertise.

L'expertisé a un niveau baccalauréat, non obtenu. Il est donc apte à travailler dans un certain nombre de profession, ne requérant pas spécifiquement une formation. Il peut par exemple travailler comme téléphoniste (avec un bureau adapté) étant quand même rappelé qu'il est arrivé sur le territoire helvétique depuis 2005 et n'a toujours pas acquis la langue francophone correctement malgré huit années, ce qui renvoie à sa motivation d'apprentissage puisque son niveau scolaire n'est pas en cause. Il peut réaliser de la saisie informatique, ne requérant pas de connaissances spécifiques. Un travail dans l'industrie légère est envisageable, mais le poste de travail devra d'abord être étudié au niveau ergonomique, puisque le porte-à-faux lombaire et dorsal reste déconseillé.

L'assuré a travaillé dans le tourisme et il pourrait être conseillé dans cette branche. Par contre, ayant également travaillé en tant que caissier et magasinier, l'activité de caissier est à éviter en raison de la station assise et des porte-à-faux pour le scannage de certains produits, un poste de magasinier étant aussi délicat tant au niveau des déplacements que de la station debout prolongée. Cependant, certains postes de travail comme le contrôle de pièces pourraient être réalisés.

L'ensemble réfère à l'OAI VD et idéalement, il aurait pu être souhaitable que l'intéressé puisse tester divers postes de travail

pour pouvoir choisir en fonction de ses souhaits. Cependant, comme son souhait exprimé semble plus passif et non orienté vers un retour à l'emploi, les chances de succès semblent faibles.

Sur le seul plan médical, les chances de succès sont pourtant totalement préservées. Une évaluation plus longue, avec hospitalisation, ne changera pas cet état de fait.

2. FACTEURS NON MEDICAUX SUSCEPTIBLES D'INTERFERER AVEC LA CAPACITE DE TRAVAIL

- [] âge [] problème au poste de travail
 [x] problèmes familiaux [] stupéfiants (troubles primaires)
 [] difficultés financières [] accident
 [x] autres facteurs : absence de poste de travail et de formation professionnelle diplômante.

Commentaire : Les problèmes familiaux actuels, associés à l'absence de poste de travail alors que l'exploré n'a aucune formation professionnelle, peuvent interférer de manière négative à la reprise d'une activité professionnelle, et contribuer ainsi à la poursuite de l'incapacité.

3. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Limitations dans le dernier emploi relevant de l'AI

Diagnosics	Limitations
APPAREIL LOCOMOTEUR	
Fractures costales gauches D8, D9 et D10	Nihil
Fracture du bassin TILE B	Nihil
Fracture de type BURST de L3	<ul style="list-style-type: none"> - Station debout prolongée - Marche prolongée - Position en porte-à-faux dorsale et lombaire - Port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou < 5kg souvent) - Déplacement en hauteur
<ul style="list-style-type: none"> - Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et odontoïde excentré - Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite - Anémie ferriprive sur gastrite chronique 	Nihil
NEUROLOGIE	
Paraplégie incomplète, stade ASIA D	<ul style="list-style-type: none"> - Station debout prolongée - Marche prolongée - Port de charges très légères (<5kg occasionnellement)

Capacité de travail dans le dernier emploi, relevant de l'AI

Diagnosics	Depuis le	% Capacité de travail	Jusqu'au
------------	-----------	-----------------------	----------

		Horaire	Rendement	
APPAREIL LOCOMOTEUR				
Fractures costales gauches D8, D9 et D10	26 novembre 2005	0%	0%	26 mai 2006
	27 mai 2006	100%	100%	Indéterminé
Fracture du bassin TILE B	26 novembre 2005	0%	0%	6 septembre 2006
	7 septembre 2006	100%	100%	Indéterminé
Fracture de type BURST de L3	26 novembre 2005	0%	0%	Définitif
<ul style="list-style-type: none"> - Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et odontoïde excentré - Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite 	26 novembre 2005	0%	0%	25 février 2006
	26 février 2006	100%	100%	Indéterminé
Anémie ferriprive sur gastrite chronique	Toujours	100%	100%	Indéterminé
NEUROLOGIE				
Paraplégie incomplète, stade ASIA D	26 novembre 2005	0%	0%	Indéterminé
Total	26 novembre 2005	0%	0%	Définitif

4. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE Limitations dans un emploi adapté relevant de l'AI

Diagnostics	Limitations
APPAREIL LOCOMOTEUR	
Fractures costales gauches D8, D9 et D10	Nihil
Fracture du bassin TILE B	Nihil
Fracture de type BURST de L3	<ul style="list-style-type: none"> - Stations debout et assise prolongées - Marche prolongée - Position en porte-à-faux dorsale et lombaire - Port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou < 5kg souvent) - Déplacement en hauteur - Conduite d'un véhicule professionnel
<ul style="list-style-type: none"> - Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et odontoïde excentré - Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite - Anémie ferriprive sur gastrite chronique 	Nihil
NEUROLOGIE	

Paraplégie incomplète, stade ASIA D	<ul style="list-style-type: none"> - Stations debout et assis[e] prolongées - Marche prolongée - Port de charges très légères (<5kg occasionnellement)
-------------------------------------	--

Capacité de travail dans un emploi adapté relevant de l'AI

Diagnostics	Depuis le	% Capacité de travail		Jusqu'au
		Horaire	Rendement	
APPAREIL LOCOMOTEUR				
Fractures costales gauches D8, D9 et D10	26 novembre 2005	0%	0%	26 mai 2006
	27 mai 2006	100%	100%	Indéterminé
Fracture du bassin TILE B	26 novembre 2005	0%	0%	6 septembre 2006
	7 septembre 2006	100%	100%	Indéterminé
Fracture de type BURST de L3	26 novembre 2005	0%	0%	26 novembre 2007
	27 novembre 2007	100%	100%	Indéterminé
<ul style="list-style-type: none"> - Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et odontoïde excentré - Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite 	26 novembre 2005	0%	0%	25 février 2006
	26 février 2006	100%	100%	Indéterminé
Anémie ferriprive sur gastrite chronique	Toujours	100%	100%	Indéterminé
NEUROLOGIE				
Paraplégie incomplète, stade ASIA D	26 novembre 2005	0%	0%	Septembre 2006
	Octobre 2006	100%	100%	Indéterminé, hormis durant les périodes d'hospitalisation

Total : La capacité de travail dans un emploi adapté est de 100% horaire et rendement depuis le 27 novembre 2007.

Commentaire : Le dernier rapport de la Clinique V. _____ du 27 janvier 2012, fourni alors que l'expertise était en cours, cite une incapacité de 100% durant la période d'hospitalisation du 27 décembre 2011 au 18 janvier 2012. Effectivement, durant les périodes d'hospitalisations, la capacité de travail peut être considérée comme nulle."

Par avis SMR du 5 novembre 2013, le Dr N. _____ s'est rallié aux conclusions des experts, observant que celles-ci rejoignent très

exactement l'appréciation émise par ledit service en janvier 2009 à l'exception de la date d'aptitude à la réadaptation.

En date du 30 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision portant sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2006 au 28 février 2008. Dans sa motivation, l'office a notamment exposé que la capacité de travail de l'assuré était certes nulle dans toute activité à la fin du délai d'attente, soit le 26 novembre 2006, mais que la situation s'était ensuite stabilisée dès la fin du mois de novembre 2007 et que, depuis lors, l'intéressé disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (« *alternance des positions assis/debout - éviter la marche prolongée - port de charges répété de plus de 5 kg - déplacements en hauteur - conduite d'un véhicule professionnel* »). Cela étant, l'OAI a reconnu à l'assuré une capacité de travail nulle pour la période allant de l'échéance du délai d'attente jusqu'à fin du mois de novembre 2007. Pour la période postérieure, l'office a évalué le préjudice économique sur la base d'une approche théorique, l'intéressé n'ayant travaillé que quelques mois avant l'accident du 26 novembre 2005. Il s'est ainsi fondé sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), moyennant un revenu annualisé de 59'197 fr. et un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité tenant compte des limitations fonctionnelles. Il en a déduit un degré d'invalidité de 10% insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Aussi y avait-il lieu de reconnaître à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité jusqu'à trois mois après l'amélioration (stabilisation) survenue en novembre 2007, soit au 28 février 2008.

Par courrier du 7 juillet 2014, l'assuré a demandé à se voir communiquer l'entier de son dossier, requête à laquelle l'OAI a donné suite deux jours plus tard.

Par acte de son conseil du 8 septembre 2014, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Il a tout d'abord fait valoir que l'office renvoyait aux conclusions des experts sans faire aucune

référence aux rapports et avis médicaux attestant une « *incapacité totale* ». Il s'est pour le surplus prévalu d'une entière incapacité de travail en lien avec une atteinte grave à sa santé physique et à sa mobilité, atteinte par ailleurs aggravée par un état dépressif récurrent. A son écrit, il a notamment joint une attestation du Dr I._____ du 22 juillet 2014, signalant des troubles de santé liés à l'événement du 26 novembre 2005 (« *fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite+ autres troubles neuro-végétatifs et autres* »), faisant état d'une incapacité totale de travail depuis l'accident et précisant que le patient était sous traitement et investigations multiples par différentes équipes médicales.

Par avis du 23 septembre 2014, les Drs BB._____ et CC._____, du SMR, s'en sont tenus aux conclusions de l'expertise de la Clinique Y._____, considérées comme tout à fait probantes.

Aux termes d'une correspondance du 9 décembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré que les arguments avancés dans le cadre de la procédure d'audition n'étaient pas de nature à modifier sa position et qu'une décision formelle serait prochainement notifiée.

Par envoi du 12 février 2015, l'assuré a produit un rapport établi le 30 janvier 2015 par le Dr I._____, exposant que le patient présentait des séquelles de la chute subie le 26 novembre 2005 (« *fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite+ autres troubles neuro-végétatifs sphinctériens vésicaux et coloniques et autres* »), que ses douleurs s'aggravaient au fil des mois, à l'instar de son moral et de son état psychologique, et que divers traitements (« *antidépresseurs, antidouleurs, anxiolytiques et autres* ») avaient été administrés sans résultat.

Le 6 mai 2015, l'OAI a écrit à l'assuré que le rapport susdit n'apportait aucun élément nouveau, étant souligné que la douleur n'était pas en soi une limitation fonctionnelle et qu'une activité adaptée était exigible à 100%.

Par décision du 13 mai 2015, l'office a confirmé son projet de décision du 30 juin 2014.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, W._____ a recouru le 15 juin 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à l'annulation [recte : réforme] de cette décision et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité depuis le 26 novembre 2006, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement professionnel sur la base d'une nouvelle expertise indépendante et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction avec mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, étant réservé le droit pour l'intéressé de se déterminer sur les résultats de cette expertise. Le recourant sollicite également le bénéfice de l'assistance judiciaire et requiert qu'il soit procédé à l'audition des parties, ainsi qu'à l'édition du dossier relatif à la procédure AI 80/10 - 319/2012. Cela étant, l'assuré soutient sur un premier plan que le rapport d'expertise de la Clinique Y._____ ne lui a pas été communiqué à temps. Il reproche en outre à l'intimé d'avoir ignoré les rapports médicaux plaidant pour une incapacité totale de travail et de s'être retranché derrière l'expertise du 9 [recte : 4] octobre 2013 sans motiver sa décision, occultant en outre « *diverses autres atteintes* » y compris sous l'angle psychiatrique. Il ajoute que la décision entreprise, du 13 mai 2015, ne repose sur aucune autre mesure d'instruction que l'expertise d'octobre 2013 et ne constitue qu'une mise à jour de la décision du 26 janvier 2010. Observant que le rapport d'expertise de la Clinique Y._____ se réfère à une procédure de « *révision de la décision de refus* », le recourant soutient que cette expertise a été réalisée dans l'ignorance du dossier de la procédure précédent. Le recourant allègue de surcroît que l'expertise de la Clinique Y._____ se limite essentiellement au dossier médical de la précédente procédure et laisse ouverte plusieurs questions importantes notamment quant à la divergence entre ses plaintes et les autres constatations médicales et/ou personnelles ressortant du dossier. Selon l'assuré, l'expertise laisse par ailleurs apparaître bon nombre d'incohérences et de divergences quant aux pronostics émis par les

différents spécialistes, sur lesquelles l'OAI ne s'est pas exprimé, et repose sur une estimation plus juridique que médicale de la capacité de travail. Le recourant estime, quant à lui, avoir droit à une rente entière d'invalidité compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute activité. Il ajoute que la possibilité d'un reclassement professionnel n'a même pas été envisagée par l'intimé. Il soutient en outre qu'aucun métier adapté n'est accessible à une personne présentant des troubles (à la fois physiques et psychiques) tels que les siens. Finalement, le recourant allègue que la décision entreprise ne tient pas compte de sa situation réelle, ni de moyens de preuve propres à aboutir à une solution plus conforme au droit, et qu'aucune stabilisation médicale n'est intervenue à ce jour.

A l'appui de son recours, l'assuré produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants :

- un rapport établi le 17 novembre 2014 par le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre de la Douleur NN._____, se référant à une prise en charge des douleurs neurogènes et de la composante psychogène initiée en février 2014 et précisant que l'intéressé paraissait bien amélioré sur le plan psychique à l'examen effectué le même jour ;

- une nouvelle attestation établie le 28 novembre 2014 par le Dr I._____, concernant l'octroi d'une aide à domicile compte tenu de l'atteinte à la santé présentée par l'assuré.

En date du 18 juin 2015, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 15 juin 2015 et désigné son mandataire, Me Imed Abdelli, en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 30 juillet 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant à l'expertise réalisée par la Clinique Y._____.

Aux termes de sa réplique du 12 octobre 2015, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions. Il ajoute en particulier

avoir été adressé par le Service social régional en vue d'effectuer une formation adaptée à YY._____, formation qui n'a toutefois pas pu être suivie en raison de son état de santé et plus précisément de son incapacité à faire des trajets réguliers. Il requiert par ailleurs la mise en œuvre d'une expertise judiciaire multidisciplinaire et sollicite l'audition des Drs I._____, et O._____, ainsi de son ami très proche LL._____. A son écrit, il joint les pièces suivantes :

- un compte-rendu établi le 22 juin 2015 par le Dr X._____, qui expose que la récupération du patient est spectaculaire avec une nette amélioration de l'état neurologique - décrit comme n'étant toutefois pas complètement normal, le patient se plaignant de séquelles d'un accident intervenu dix ans plus tôt - et qui considère que le résultat est tout à fait acceptable du point de vue de la neurochirurgie ;

- une attestation établie conjointement par les Drs I._____, et O._____ le 7 septembre 2015, évoquant la remise « *tout bientôt* » d'un rapport du Centre hospitalier T._____ en lien avec de nouvelles investigations, compte tenu des différentes pathologies musculo-squelettiques et uro-digestives de l'assuré, associées à une atteinte paraplégique avec de sérieuses conséquences sur l'état général et le psychisme.

Dupliquant le 23 novembre 2015, l'intimé confirme sa position.

Par envoi du 18 octobre 2016, le recourant produit copie des cartes de légitimation pour voyageurs avec un handicap délivrées par les Chemins de fers fédéraux (ci-après : les CFF) pour les périodes 2013 à 2016 et 2017 à 2020.

Se déterminant le 18 novembre 2016, l'OAI s'en tient aux conclusions du rapport d'expertise du 4 octobre 2013.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). 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'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 130 V 138 consid. 2.1 ; cf. également TF 2C_872/2015 du 1^{er} août 2016 consid. 3.2.2). 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision de refus de rente d'invalidité rendue le 13 mai 2015 par l'OAI.

En revanche, les conclusions subsidiaires du recourant ne sont pas recevables en tant qu'elles portent sur l'octroi d'un reclassement professionnel, cette problématique étant étrangère à l'objet de la présente contestation. Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que la position du recourant sur le sujet n'est pas sans ambiguïté, dès lors qu'il reproche à l'intimé de ne pas avoir envisagé de reclassement professionnel mais soutient paradoxalement qu'aucun métier ne lui est accessible (cf. mémoire de recours du 15 juin 2015 p. 43 s.).

3. Préalablement à l'analyse du fond de l'affaire, il y a lieu d'apporter certaines précisions sous l'angle du droit d'être entendu - garantie constitutionnelle (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa).

a) Le recourant se plaint, en effet, de ce que le rapport d'expertise de la Clinique Y. _____ ne lui a pas été communiqué à temps (cf. mémoire de recours du 15 juin 2015 p. 31). Or, s'il est vrai que le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour le justiciable de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (cf. ATF 137 II 266 consid. 3.2), il n'en demeure pas moins que l'on ne voit pas en quoi cette garantie aurait été violée en l'occurrence dans la mesure où le rapport d'expertise du 4 octobre 2013 a été communiqué au recourant au plus tard le 9 juillet 2014, date à laquelle l'OAI lui a transmis copie de l'entier de son dossier. En ce sens, l'intéressé disposait donc des pièces nécessaires pour pouvoir se déterminer utilement dans ses objections du 8 septembre 2014. Dès lors, on ne peut que nier toute violation du droit d'être entendu sous cet angle.

b) Le recourant qualifie par ailleurs d'insuffisante la motivation de la décision entreprise, en tant que celle-ci se fonde uniquement sur l'expertise de la Clinique Y._____ sans égard aux avis médicaux plaidant pour une incapacité totale de travail (cf. mémoire de recours du 15 juin 2015 p. 37). Néanmoins, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que le recourant soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir

le caractère incomplet. Cela vaut notamment lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée).

c) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. TF 9C_763/2013 du 12 février 2014 consid. 2 et les références citées).

Cette disposition prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

5. Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 26 janvier 2010 par l'OAI a été annulée par la Cour de céans le 27 avril 2012, avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire axée en particulier sur les plans neurologique et orthopédique.

Après avoir repris l'instruction de l'affaire, l'OAI a maintenu son refus de prester par décision du 13 mai 2015, objet de la présente contestation. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise de la Clinique Y._____ du 4 octobre 2013 pour retenir que la capacité de travail de l'assuré était certes nulle dans toute activité à la fin du délai d'attente, soit le 26 novembre 2006, mais que la situation s'était ensuite stabilisée dès la fin du mois de novembre 2007 et que, depuis lors, l'intéressé disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Sur cette base, l'intimé a octroyé au recourant une rente complète d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2006 mais y a mis fin avec effet au 1^{er} février 2008, soit trois mois après la stabilisation de l'état de santé intervenue fin novembre 2007, compte tenu d'un degré d'invalidité de 10%.

Quant au recourant, il a contesté cette appréciation en invoquant l'avis de ses médecins traitants tout en insistant sur les atteintes psychiques et physiques affectant sa santé, estimant pour sa part présenter une entière incapacité de travail dans toute activité.

a) Sous l'angle somatique, il est constant qu'à la suite de l'arrêt cantonal du 27 avril 2012, le recourant a fait l'objet d'investigations supplémentaires à la Clinique Y._____, portant non seulement sur les axes neurologique et orthopédique (cf. CASSO AI 80/10 - 319/2012 précité consid. 6b) mais également sur le plan de la médecine interne.

Aux termes de leur rapport d'expertise du 4 octobre 2013, les Drs AA._____, II._____ et U._____ ont plus particulièrement retenu que la capacité de travail était nulle dans le dernier emploi exercé mais

qu'elle demeurerait entière dans toute activité adaptée, cela depuis le 27 novembre 2007.

aa) Sur le plan locomoteur, les experts de la Clinique Y._____ ont retenu le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de fracture de type Burst de L3, en phase de séquelle à type de raideur. Ils ont en revanche nié toute nature incapacitante aux diagnostics suivants, en phase de status post : fractures costales gauches D8, D9 et D10, fracture du bassin Tile B, légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 avec odontoïde excentré, pneumothorax minime avec discrète contusion pulmonaire à droite et anémie ferriprive sur gastrite chronique. Ils ont par ailleurs réfuté les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire et de lombalgies non spécifiques. Cela étant, ils ont considéré que l'exigibilité était totale dans une activité satisfaisant aux limitations fonctionnelles induites par la fracture de type Burst de L3 (stations debout et assise prolongées, marche prolongée, position en porte-à-faux dorsale et lombaire, port de charge légères [jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou inférieures à 5 kg souvent], déplacement en hauteur, conduite d'un véhicule professionnel), et ce depuis le 27 novembre 2007 (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 pp 19 à 64 [analyse par diagnostics locomoteurs] et 92 à 98 [discussion et synthèse pluridisciplinaires]).

Cette appréciation n'est pas remise en question par les autres avis médicaux au dossier.

aaa) Il est constant que l'assuré a fait l'objet de nombreuses consultations à la Clinique V._____, entre fin 2005 et début 2012.

Sur un premier plan, les médecins de cette clinique ont estimé que la fracture de type Burst de L3 influait effectivement sur la capacité de travail de l'assuré, mais pas les fractures costales gauches D8 à D10 et la fracture du bassin Tile B (cf. rapport du 30 octobre 2006 du Dr E._____ p. 1) – position superposable à celle des experts de la Clinique Y._____. Pour le reste, les avis médicaux émanant de la Clinique V._____ (cf. rapports des 9 mai 2016, 7 septembre 2006, 30 octobre

2006, 12 avril 2007, 3 août 2009, 12 janvier 2011 et 27 janvier 2012) ne contiennent, à ce niveau, aucun élément décisif qui aurait échappé aux experts. Notamment, s'il est vrai que la capacité de travail dans une activité adaptée a varié puisqu'elle a été fixée initialement à 100% (cf. rapport du Dr E._____ du 30 octobre 2006 p. 3 et annexe p. 1), puis à 50% (cf. rapport du 12 avril 2007 p. 6) et finalement à nouveau à 100% (cf. rapport du Dr E._____ du 3 août 2009), comme l'avait observé la Cour de céans dans son arrêt de renvoi (cf. CASSO AI 80/10 - 319/2012 consid. 5b), on peut toutefois lever cette apparente contradiction au regard des explications fournies par les experts de la Clinique Y._____, qui ont exposé de manière convaincante que la stabilisation de la fracture de type Burst de L3 n'était intervenue que deux ans après l'accident, soit le 26 novembre 2007 (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 34), une activité adaptée étant ainsi exigible dès le 27 novembre 2007 (cf. ibid. p. 97 s.).

Si par ailleurs des lombalgies ont été signalées par les médecins de la Clinique V._____ (cf. rapports du 9 mai 2006 [p. 1], du 7 septembre 2006 [p. 3], du 12 avril 2007 [p. 1 et 4 s.], du 12 janvier 2011 [p. 1] et du 27 janvier 2012 [p. 1 et 3 s.]), qualifiées de non spécifiques, il reste que la Cour ne peut que se rallier à l'appréciation plus nuancée des experts de la Clinique Y._____, qui ont relevé qu'il ne s'agissait pas là d'un diagnostic précis susceptible d'être retenu, qu'aucun élément en faveur d'une dysbalance musculaire - telle qu'évoquée dans le rapport du Dr E._____ du 7 septembre 2006 (p. 3) - n'avait été retrouvé et que les douleurs fessières demeuraient non expliquées par les investigations effectuées, dont une IRM du bassin en 2011 (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 30). De tels motifs justifient en effet d'écarter le diagnostic en question, au degré de la vraisemblance prépondérante. En tous les cas, on notera que les médecins de la Clinique V._____ n'ont à aucun moment prêté un caractère invalidant à ces lombalgies (cf. notamment rapport du 30 octobre 2006).

Au niveau des membres inférieurs, on rappellera que les médecins de la Clinique V._____ ont certes retenu un syndrome fémoro-

patellaire (cf. rapport du 9 mai 2006 p. 5 s.), respectivement des gonalgies droites non spécifiques (cf. rapports du 9 mai 2006 [p. 1], du 7 septembre 2006 [p. 2], du 30 octobre 2006 [p. 1], du 12 avril 2007 [p. 1 et 5], du 12 janvier 2011 [p. 1 et 3] et du 27 janvier 2012 [p. 1 et 4]), ainsi que des épisodes de lâchage du membre inférieur gauche (cf. rapports du 7 septembre 2006 [p. 2], du 30 octobre 2006 [p. 2], du 12 janvier 2011 [p. 1 et 3], et du 27 janvier 2012 [p. 4]). Les experts de la Clinique Y._____ ont toutefois considéré que les troubles décrits ne pouvaient être rattachés à un diagnostic orthopédique, expliquant à cet égard qu'ils n'avaient décelé aucun élément plaidant dans ce sens et que les examens cliniques et paraclinique effectués étaient dans la norme (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 44 et 47). Là encore, la Cour ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions des experts, qui reposent sur une analyse minutieuse des pièces médicales au dossier, ainsi que sur des observations cliniques détaillées. A tout le moins, rien dans les comptes-rendus établis par les médecins de la Clinique V._____ ne parle sérieusement en faveur de troubles ostéoarticulaires incapacitants au niveau des membres inférieurs. Tout au plus relèvera-t-on que si le Dr E._____ a certes mentionné des limitations fonctionnelles contre-indiquant les activités exercées en position à genoux ou accroupie (cf. annexe au rapport du 30 octobre 2006 p. 2), il n'a toutefois corrélé ces limitations à aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail et a du reste indiqué que les douleurs à ce niveau étaient supportables et ne nécessitaient pas la prise de médicaments (cf. rapport du 30 octobre 2006 p. 2). Il suit de là que la position des médecins de la Clinique V._____ (singulièrement du Dr E._____) est loin d'être consistante et justifie d'autant plus de s'en remettre à celle, univoque, des experts de la Clinique Y._____.

Quant aux diagnostics de légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 avec odontoïde excentré, pneumothorax minime avec discrète contusion pulmonaire à droite et anémie ferriprive sur gastrite chronique, les médecins de la Clinique V._____ n'ont pas reconnu de caractère invalidant à ces pathologies (cf. rapports du 9 mai 2006 [p. 1 s. et 4], du 30 octobre 2006 [p. 1], du 12 avril 2007 [p. 1 s.] et du 27 janvier

2012 [p. 1]), comme les experts de la Clinique Y._____. A cet égard, les appréciations émises par l'ensemble de ces praticiens sont donc convergentes.

bbb) Quant aux rapports établis par les Drs I._____ et O._____, médecins traitants de l'assuré, ils ne contiennent aucun élément médical concret justifiant de s'écarter des conclusions des experts de la Clinique Y._____. La Cour observe en particulier, que dans leurs comptes-rendus (cf. rapports des 4 novembre 2009, 17 décembre 2009, 23 février 2010, 4 juin 2010, 5 mai 2011, 24 février 2012, 29 août 2012, 22 juillet 2014, 28 novembre 2014, 30 janvier 2015 et 7 septembre 2015), ces praticiens se sont essentiellement contentés de fournir leur propre appréciation du cas en énumérant des diagnostics et des limitations fonctionnelles, sans aucune motivation médicale objective, et en retranscrivant pour le surplus les plaintes – par définition subjectives – de l'assuré. Une telle appréciation, à défaut d'être étayée par une analyse scientifique concrète, ne saurait donc remettre en question l'évaluation minutieuse à laquelle se sont livrés les experts mandatés par l'OAI du point de vue locomoteur. Plus particulièrement, on ne peut que relever une certaine incohérence dans l'évaluation faite par les médecins traitants, le Dr O._____ ayant notamment évoqué une capacité de travail de 50% tantôt dans l'activité de nettoyeur (cf. rapport du 23 février 2010 à l'OAI) tantôt dans une activité adaptée (cf. rapport du 23 février 2010 produit lors de la précédente procédure judiciaire), et le Dr I._____ ayant de son côté retenu une entière incapacité de travail depuis le 11 novembre 2005 (cf. rapport 22 juillet 2014), soit avant même la chute survenue le 26 novembre 2005. En définitive, la lecture des rapports émanant des Drs I._____ et O._____ ne révèle donc aucun motif pertinent jetant le doute sur l'appréciation émise par les experts du point de vue locomoteur.

bb) Au niveau neurologique, les experts de la Clinique Y._____ ont retenu le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de paraplégie incomplète de stade ASIA D, en phase stabilisée. Ils ont par contre nié le diagnostic d'épilepsie partielle complexe occasionnelle et

généralisation secondaire, excluant également toute cause neurologique aux malaises signalés par l'assuré, ceux-ci ayant du reste fait l'objet de descriptions divergentes alors même qu'ils existaient depuis une quinzaine d'année. Les experts n'ont de surcroît pas posé de diagnostic au niveau vésico-sphinctérien. Cela étant, ils ont considéré que, du point de vue neurologique, la capacité de travail était inexistante dans le dernier emploi occupé mais qu'elle demeurait entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par la paraplégie incomplète de stade ASIA D (stations debout et assise prolongées, marche prolongée, porte de charges très légères [inférieures à 5 kg occasionnellement]), cela depuis octobre 2006 (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 pp 65 à 91 [analyse par diagnostics de neurologie] et 92 à 98 [discussion et synthèse pluridisciplinaires]).

Là encore, aucun avis médical au dossier ne vient infirmer cette analyse.

aaa) Comme les experts de la Clinique Y._____, les médecins du Centre hospitalier T._____, qui ont initialement soigné l'assuré à la suite du polytraumatisme avec syndrome partiel de la queue de cheval sur fracture Burst de L3 occasionné le 26 novembre 2005 (cf. lettre de transfert des Drs X._____, K._____ et MM._____ du 12 décembre 2005 p. 1), ont estimé être en présence d'une atteinte incapacitante (cf. rapport de la Dresse K._____ du 28 mars 2006 p. 1). Si le pronostic fonctionnel était initialement plutôt faible (cf. ibid. p. 2), il n'en reste pas moins que, finalement, le Dr X._____ a qualifié d'assez spectaculaire la récupération de l'assuré, avec une nette amélioration de son état neurologique, étant précisé que si la situation n'était certes pas normale, le patient se plaignant de séquelles d'un accident intervenu dix ans plus tôt, le résultat n'en était pas moins tout à fait acceptable du point de vue de la neurochirurgie (cf. rapport du 22 juin 2015). Force est de constater que de telles observations ne plaident aucunement à l'encontre des conclusions des experts mandatés par l'OAI, bien au contraire.

bbb) Les médecins de la Clinique V._____ se sont également prononcés quant à la situation de l'assuré sur le plan neurologique.

Ils ont plus particulièrement fait état d'une paraplégie incomplète initialement de stade ASIA B, puis ASIA C et finalement ASIA D (cf. rapport de synthèse du 9 mai 2006 p. 3 et 6), de niveau sensitif L2 des deux côtés et de niveau moteur L2 à gauche (cf. ibid. p. 1 ; cf. rapport du Dr E._____ du 30 octobre 2006 p.1). Ils ont ensuite uniquement retenu une paraplégie incomplète de stade ASIA D de niveau sensitivo-moteur L2 à gauche (cf. rapport de synthèse du 12 avril 2007 p. 1 et 4), eu égard à une normalisation de la sensibilité du membre inférieur droit et une amélioration de la force musculaire du membre inférieur gauche (cf. ibid. p. 4). Ultérieurement, ils ont également évoqué une problématique affectant le niveau D12 à gauche (cf. rapport du Dr E._____ du 12 janvier 2011 p. 3), pour finalement retenir – nonobstant un examen non reproductible – une paraplégie incomplète de stade ASIA D de niveau sensitivo-moteur D12 à gauche (voire D9) et de niveau sensitif L1 à droite (cf. rapport de synthèse du 27 janvier 2012 p. 1 et 4). Bien qu'ayant pris en considération les observations de leurs confrères de la Clinique V._____ (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 spéc. p. 73 s.), les experts de la Clinique Y._____ ont adopté un autre point de vue. Ils ont ainsi exposé avoir uniquement retrouvé un déficit sensitivo-moteur du membre inférieur gauche, avec notamment un déficit sensitif de niveau L2 à gauche et un déficit moteur à 2/5 au niveau du psoas et du quadriceps du même côté, avec une évidente majoration fonctionnelles, et sans déficit à droite. Ils ont ajouté que l'atteinte sensitivo-motrice D12-L1 n'était pas défendable d'un point de vue anatomique, s'agissant d'une fracture de L3 située deux étages en dessous. Ils ont en outre réfuté toute modification du status, la dernière évaluation à la Clinique V._____ ayant mis en évidence une non-reproductibilité et un niveau tantôt de D9, tantôt de D12. Concernant le lâchage du membre inférieur gauche, ils ont estimé que celui-ci pouvait être compatible avec la problématique, mais que le déficit constaté faisait manifestement l'objet d'une surcharge et n'avait du reste pas été retenu à la Clinique V._____. Aussi, pour les experts de la Clinique Y._____, aucune évolution neurologique n'était

survenue, d'autant que l'assuré pouvait marcher avec précaution mais sans steppage, qu'il avait avec un bon équilibre du bassin, qu'aucun lâchage n'avait été constaté au niveau des genoux ou des chevilles et qu'aucun déficit de l'éversion, flexion ou releveur n'existait (cf. ibid. p. 74 s.). En d'autres termes, les experts mandatés par l'OAI ont exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient entièrement souscrire aux observations des médecins de la Clinique V._____. Ils ont de surcroît clairement motivé leur évaluation de la capacité de travail sur le plan neurologique, se ralliant ici à l'entière exigibilité dans une activité sédentaire retenue par le Dr E._____ le 30 octobre 2006, mais s'écartant de la capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée évoquée dans le rapport du 12 avril 2007, dès lors que les constatations cliniques ne plaident pas pour une diminution de la capacité horaire (cf. ibid. p. 83). Au regard de telles explications, qui procèdent d'une analyse sérieuse et circonstanciée du dossier médical, on ne peut donc qu'accorder la préséance aux conclusions des experts de la Clinique Y._____.

Sur le plan vésico-sphinctérien, la Cour observe que les médecins de la Clinique V._____ ont fait état d'une situation globalement stable dès 2006, n'appelant aucune mesure thérapeutique particulière (cf. rapports du 9 mai 2006 [p. 5], du 7 septembre 2006 [p. 3], du 30 octobre 2006 [pp 4 et 6], du 12 janvier 2011 [p. 2] et du 27 janvier 2012 [p. 3]). De telles constatations ne pouvaient donc qu'inciter les experts de la Clinique Y._____ à ne pas retenir de diagnostic sur ce plan.

Finalement, si l'existence d'un trouble épileptique a bien été initialement évoquée à la Clinique V._____ (cf. rapport de synthèse du 9 mai 2006 p. 4), cette hypothèse a ensuite été abandonnée par les médecins de cette même clinique (cf. rapport de synthèse du 12 avril 2007 p. 5), dont l'avis rejoint ainsi celui des experts de la Clinique Y._____.

ccc) S'agissant des médecins traitants de l'assuré, leurs nombreux comptes-rendus ne permettent pas non plus de douter du volet

neurologique de l'expertise réalisée à la Clinique Y._____. En effet, comme relevé plus haut (cf. consid. 5a/aa/bbb supra), les diagnostics – parfois relativement laconiques (« *troubles neuro-végétatifs et autres* », cf. rapports du Dr I._____ des 4 novembre 2009, 17 décembre 2009, 4 juin 2010, 29 août 2012, 22 juillet 2014 et 30 janvier 2015) – et limitations fonctionnelles évoqués ne reposent sur aucune réelle analyse médicale objective mais bien plutôt sur la seule appréciation des Drs I._____ et O._____. Cela étant, la lecture de ces rapports ne révèle aucun élément concret susceptible de mettre sérieusement en cause l'expertise mandatée par l'intimé.

Concernant en particulier la claudication neurogène en rapport avec la création d'un canal lombaire étroit postopératoire retenue sans autre indication par le Dr O._____ (cf. rapports du 23 février 2010), on notera que les experts ont relevé qu'il existait effectivement une claudication neurogène permanente, qui aurait pu être envisagée en rapport avec un canal lombaire étroit. Cependant, en l'absence d'un canal lombaire étroit – comme déjà relevé par le radiologue GG._____ au printemps 2011 (cf. rapport d'IRM dorso-lombaire du 28 avril 2011) – avec compression médullaire nette sur le bilan morphologique, les experts ont retenu que ce symptôme devait plutôt être mis en rapport avec une tendance à la majoration (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 77). Ces explications, étayées par des examens concrets, ne peuvent donc qu'emporter la conviction. Quant au syndrome radiculaire déficitaire L4-L5 droit évoqué sans motivation par le Dr O._____ (cf. rapports du 23 février 2010), les experts de la Clinique Y._____ ont exposé qu'actuellement, il s'agissait d'une douleur radiculaire non déficitaire (testing normal) plutôt L3-L4 sous le niveau de la lésion et donc compatible avec le niveau fracturaire, mais sans explication sur le plan neurologique car d'apparition secondaire, tardive et non attestée par une contrainte nouvelle sur ces racines à l'imagerie. On comprend dès lors qu'ils n'aient pas posé de diagnostic neurologique à cet égard. Si par ailleurs les médecins traitants ont mis en avant des troubles vésico-sphinctériens ou uro-digestifs (cf. notamment les rapports des Drs I._____ et O._____ des 5 mai 2011 et 7 septembre 2015), ils n'ont

toutefois fait mention d'aucun élément objectif permettant sérieusement de douter de l'analyse des experts de la Clinique Y._____. Ils n'ont pas davantage démontré en quoi les troubles sexuels évoqués (cf. rapport du 5 mai 2011) étaient susceptibles d'avoir le moindre impact sur la capacité de travail de l'assuré, lequel n'a du reste émis aucune plainte à ce sujet dans le cadre de l'expertise mandatée par l'OAI (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 77).

cc) A cela s'ajoute qu'à l'examen du dossier médical, on constate que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte essentiellement des seules plaintes subjectives exprimées par le recourant. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être corrélée à des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; cf. TF 9C_911/2011 du 13 juin 2012 consid. 3.2 ; cf. TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

En l'espèce, les médecins traitants de l'assuré ont souligné à maintes reprises l'importance des douleurs alléguées par leur patient (cf., entre autres, les rapports du Dr I._____ des 29 août 2012 et 30 janvier 2015 et ceux du Dr O._____ du 23 février 2010). Quant aux experts de la Clinique Y._____, ils ont indiqué qu'à l'auto-questionnaire de la douleur, l'évaluation avait atteint 9/10 (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 22 et 67).

Néanmoins, les experts ont également noté l'absence totale de prise d'antalgiques tout à fait contradictoire avec une évaluation des douleurs à 9/10 (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 22), ainsi qu'une tendance de l'assuré à majorer ses plaintes, respectivement ses déficits (cf. ibid. p. 30, 71, 74, 77, 87, 92 et 93). Plus précisément, il est d'une part apparu que l'intéressé avait rempli un questionnaire le 20 mars

2013 à l'attention des experts, faisant mention d'une quinzaine de médicaments différents. Néanmoins, lors de l'expertise neurologique du 2 avril 2013, il a déclaré ne prendre que trois médicaments (Lyrica, Cipralex, Tranxilium), les autres n'étant plus d'actualité ; notamment aucun traitement antalgique ou anti-inflammatoire n'était utilisé. Puis, dans un nouveau formulaire rempli en septembre 2013, l'assuré a mentionné un traitement à base de neuf médicaments (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 17 s.). Les examens pratiqués par les experts ont de surcroît mis à jour une prise irrégulière de Lyrica et de Cipralex, voire même quasi inexistante s'agissant du Trileptal (cf. ibid. p. 72) pourtant préconisé par le Dr JJ._____ (cf. rapport du 3 juin 2013). D'autre part les experts ont souligné que les plaintes actuelles ne s'expliquaient pas sur le plan objectif en ce qui concernait leur intensité, des discordances ayant en outre été retrouvées entre 2006 et 2012. Ils ont également noté la présence de 3/5 signes de Waddell, ainsi qu'une modification des déclarations de l'assuré quant au diagnostic - finalement écarté - d'épilepsie. Cela étant, les experts ont considéré que la situation était certes touchante sur le plan humain, mais qu'elle ne faisait pas lien avec une gravité médicale et que, bien au contraire, l'assuré avait particulièrement bien récupéré de sa chute. Ils ont conclu que des limitations existaient sur le plan purement objectivable mais qu'elles étaient en rapport avec des atteintes stabilisées (cf. ibid. p. 93). Pareille analyse, qui repose sur une étude sérieuse des éléments au dossier, ne peut qu'être suivie par la Cour de céans. D'un point de vue strictement objectif, il se justifie, dès lors, de relativiser l'intensité des douleurs rapportées par l'assuré.

Ce constat demeure inchangé à la lecture du rapport établi le 17 novembre 2014 par le Dr J._____, se référant à une prise en charge initiée en février 2014 au Centre de la Douleur NN._____ notamment au niveau des douleurs neurogènes. Outre qu'une telle prise en charge avait déjà été recommandée par les experts de la Clinique Y._____ (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 79), les indications fournies par le Dr J._____ ne témoignent d'aucune aggravation notable de l'état de

santé depuis l'examen des experts, mais bien plutôt d'une évolution somme toute favorable.

cc) Au surplus, on notera que le rapport d'expertise privée évoqué le 7 septembre 2015 par les Drs I._____ et O._____ n'a jamais été produit. Aussi la Cour de céans est-elle d'autant plus justifiée à s'en tenir aux conclusions des experts de la Clinique Y._____. A cet égard, on rappellera que le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire - qui atténue le principe inquisitoire - comprend notamment l'obligation pour ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 193 consid. 2).

dd) A la lumière des considérations qui précèdent, la Cour retient par conséquent qu'il ne se trouve au dossier aucun élément pertinent permettant de douter des conclusions des experts de la Clinique Y._____. Le rapport d'expertise du 4 octobre 2013 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra).

Quant aux critiques émises par le recourant à l'encontre du rapport d'expertise du 4 octobre 2013, elles ne résistent pas à l'examen. On ne saurait tout d'abord se fonder sur le seul fait que le rapport d'expertise se réfère à tort à une demande de « *révision de la décision de refus* » (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2013 p. 4) pour reprocher aux experts d'avoir procédé sans égard au dossier de la procédure précédente (cf. mémoire de recours du 15 juin 2015 p. 41). On ne voit en effet pas en quoi cette méprise aurait influé sur les conclusions médicales des experts. C'est ici le lieu de souligner que l'expert médical a uniquement pour mission d'effectuer un examen objectif de la situation médicale de la

personne expertisée, de rapporter les constatations médicales qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée et de rendre des conclusions qui s'appuient sur des considérations médicales (cf. TFA I 195/05 du 20 décembre 2006 consid. 4.4). Il n'est en revanche pas attendu d'un expert médical qu'il soit parfaitement au fait de l'aspect juridique du cas qui lui est soumis pour examen, ce qui revient à l'administration et au juge. Sur ce plan, le grief soulevé par le recourant est donc inopérant. C'est également en vain que l'assuré reproche à l'expertise de se limiter pour l'essentiel au dossier médical de la précédente procédure (cf. mémoire de recours du 15 juin 2015 p. 41), alors même que la simple lecture du rapport et de ses annexes suffit à démontrer le contraire. Si le recourant a par ailleurs fait état « *d'incohérences et de divergences* » (cf. ibid. p. 42), il s'est toutefois gardé d'étayer concrètement cette affirmation, laquelle paraît d'autant plus mal fondée que les experts de la Clinique Y. _____ ont, justement, expliqué en détails les raisons pour lesquels certains avis médicaux avaient été écartés. En outre, on cherche en vain ce qui a pu inciter le recourant à soutenir que l'évaluation de sa capacité de travail par les experts était plus juridique que médicale (cf. ibid. loc. cit.), l'intéressé s'étant contenté, pour toute motivation, de renvoyer à un passage du rapport d'expertise (pp 34 à 37) ne comportant que des références strictement médicales à l'exception de deux graphiques explicatifs concernant la notion de début de l'incapacité de travail, qui n'apportent toutefois rien aux conclusions des experts somaticiens. Finalement, on notera encore que si le recourant a certes fait l'objet de nombreux rapports médicaux (cf. mémoire de recours du 15 juin 2015 p. 42), il n'en demeure pas moins que ces documents ne sont pas à même d'émailler la valeur probante du rapport d'expertise du 4 octobre 2013, ainsi qu'exposé dans les considérants qui précèdent.

Quant à l'échec du stage mis en œuvre par les services sociaux (cf. réplique du 12 octobre 2015 p. 2), rien au dossier ne vient étayer les dires du recourant sur le sujet, qui ne sont donc pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante.

Peu importe, au surplus, les cartes de légitimation pour voyageurs avec un handicap délivrée par les CFF pour les périodes 2013 à 2016 et 2017 à 2020. Ces dernières sont en effet établies sans égard à la notion d'invalidité au sens de la LAI (cf. www.cff.ch > Gare et services > Voyageurs avec un handicap > Facilités de voyage > Carte de légitimation pour voyageurs souffrant d'un handicap).

Il s'ensuit que, du point de vue somatique, la Cour de céans ne peut que se rallier à la position de l'OAI, fondée sur l'appréciation des experts de la Clinique Y._____.

b) En ce qui concerne l'aspect psychique, il y a lieu de rappeler que cette problématique a été tranchée par la Cour de céans dans son arrêt de renvoi du 27 avril 2012, aux termes duquel il a été retenu que l'assuré ne présentait aucun trouble psychiatrique influant sur sa capacité de travail (cf. CASSO AI 80/10 - 319/2012 précité consid. 5a).

Or, d'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. TF 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 6.2 et 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1, avec les références citées).

Il s'ensuit que l'intimé était fondé à ne pas investiguer plus avant cette question lorsqu'il a repris la cause suite à l'arrêt cantonal du 27 avril 2012. Du reste, en tant qu'ils évoquent un mal-être psychique, les rapports versés au dossier postérieurement à cet arrêt (cf. notamment les rapports médicaux des 29 août 2012, 17 novembre 2014, 30 janvier 2015

et 9 septembre 2015), outre qu'ils n'ont pas été pas émis par des psychiatres, ne se prononcent que laconiquement sur le sujet, sans analyse concrète de la symptomatologie ou diagnostic précis. Ces avis sont donc insuffisants pour mettre en cause les considérants de l'arrêt du 27 avril 2012, entré en force. En particulier, le seul fait que des antidépresseurs ou des anxiolytiques aient été prescrits (cf. notamment rapports du Dr I. _____ des 29 août 2012 et 30 janvier 2015) ne suffit pas encore à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une atteinte psychique incapacitante.

Par conséquent, il appert que sur le plan psychique également, la position de l'intimé échappe à la critique.

c) Au demeurant, il n'y a pas à s'arrêter sur le contexte psychosocial dans lequel évolue l'assuré. En effet, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177).

Il en va de même d'un éventuel manque de formation pour un emploi adapté. Sur ce point, on soulignera que s'il est vrai que de tels facteurs peuvent jouer un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; cf. TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références).

6. Sous l'angle économique, l'assuré n'a soulevé aucun grief à l'encontre du taux d'invalidité calculé par l'OAI. La Cour ne voyant du reste aucune raison pertinente de revenir sur les calculs de l'intimé, il y a donc lieu de s'en tenir au taux d'invalidité de 10% fixé par l'office.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise, l'appointement d'une audience ou l'audition de témoins, tels que sollicités par l'intéressé (cf. mémoire de recours du 15 juin 2015 p. 47 et réplique du 12 octobre 2015 p. 4), seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

Quant à l'édition des pièces relatives à la procédure AI 80/10 - 319/2012, on relèvera que l'OAI a produit d'office l'entier du dossier AI du recourant et que l'intéressé a été dûment invité à le consulter au greffe du Tribunal par avis du 31 juillet 2015. Sur ce point, la réquisition du recourant n'a donc pas d'objet.

8. En définitive, c'est à juste titre que l'OAI a conclu à une totale incapacité de travail à l'issue du délai d'attente le 26 novembre 2006, puis à une entière exigibilité dans une activité adaptée du point de vue somatique à compter de la fin du mois de novembre 2007 - situation justifiant d'octroyer au recourant une rente complète d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2006 puis de la supprimer trois mois après la stabilisation de l'état de santé intervenue fin novembre 2007 (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit au 1^{er} février 2008, le degré d'invalidité atteignant depuis lors 10%.

9. **a)** Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable, et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al.

1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 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 (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3])

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

S'agissant du montant de l'indemnité due à l'avocat commis 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). En l'espèce, Me Abdelli a chiffré à 23,75 heures le temps consacré au dossier du recourant, ce qui s'avère excessif. D'une part, Me Abdelli a comptabilisé des opérations effectuées le 8 septembre 2014 (soit 45 minutes de « *Conférence client* » et 120 minutes de « *Déterminations sur préavis OAI + pièces* ») et qui sont donc largement antérieures à la présente procédure judiciaire introduite le 15 juin 2015, date à laquelle a également pris effet le bénéfice de l'assistance judiciaire accordé au recourant conformément à la décision rendue le 18 juin 2015 par la juge instructeur – décision qui n'a du reste

pas été contestée. Les opérations du 8 septembre 2014, qui couvrent l'activité du conseil de l'assuré pour la procédure administrative, ne sont donc pas indemnisables dans le cadre du mandat d'office pour la procédure de recours. D'autre part, le temps affecté à la réalisation des opérations en procédure judiciaire dépasse manifestement le cadre des opérations nécessaires au vu de la nature et de la complexité du litige. En particulier, on ne voit pas ce qui justifie de retenir 3,75 heures pour trois conférences avec l'assuré les 12 juin 2015, 8 septembre 2015 et 21 avril 2016, 2 heures apparaissant ici amplement suffisantes. De même, il apparaît exagéré de retenir 9 heures de travail pour la préparation du mémoire de recours du 15 juin 2015 et de l'onglet de pièces qui y était annexé - d'autant que ces actes reprennent de manière non négligeable le mémoire et l'onglet de pièces du 26 février 2010, établis par Me Abdelli lors de la précédente procédure de recours devant la juridiction de céans. Pour ces opérations, une durée de 4 heures doit être considérée comme raisonnable. Les 3,25 heures consacrées aux autres actes de procédure n'appellent, quant à elles, aucun commentaire spécifique et peuvent donc être retenues. L'avocat mentionne encore 5 heures d'activité dévolues à des lettres et téléphones, ce qui s'avère exagéré au vu des besoins de la cause ; la Cour retient dès lors une durée de 3 heures pour ce poste. En définitive, le temps total consacré doit donc être réduit à 12 heures et 15 minutes. C'est ainsi un montant de 2'205 fr. (12 heures et 15 minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées pendant la période considérée. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est le montant demandé de 100 fr. qui doit être reconnu à ce titre. A ces montants vient encore s'ajouter la TVA sur les honoraires et débours, soit 184 fr. 40. Au total, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'489 fr. 40.

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

- I. Le recours déposé le 15 juin 2015 par W._____ est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 13 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Imed Abdelli, conseil du recourant W._____, est arrêtée à 2'489 fr. 40 (deux mille quatre cent huitante-neuf francs et quarante centimes), TVA comprise.
- 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Imed Abdelli (pour W. _____),
- 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 :