

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2019

Composition : M. NEU, président
M. Monod et Mme Gabellon, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Y._____, à **H.**_____, recourant, représenté par Me Emmanuelle
Martinez-Favre, avocate à Bulle (FR),

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissant de Serbie-et-Monténégro, entré en suisse en 1992, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, est marié et père de quatre enfants nés entre 1996 et 2002. Sans formation professionnelle, il a travaillé dès le 15 avril 1993 pour le compte de l'entreprise A._____ SA en tant que monteur de capteurs solaires.

En date du 16 juin 2007, Y._____ a fait une chute à vélo alors qu'il était pratiquement à l'arrêt, entraînant une fracture peu déplacée du col fémoral gauche. Cette fracture a été réduite et fixée par une vis DHS le lendemain de l'accident.

Le 15 avril 2008, Y._____ a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle : alors qu'il était en train de poser des capteurs solaires sur un toit, celui-ci a cédé, provoquant la chute de l'assuré sur le sol d'une hauteur de 4 m. Souffrant de multiples fractures il a fait l'objet d'une intervention chirurgicale dès le lendemain (mise en place d'un fixateur interne D5-D7 avec spondylodèse postérieure complétée par une cyphoplastie de toutes les vertèbres fracturées). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Y._____ a séjourné à la Clinique B._____ du 6 mai au 18 juin 2008 pour une rééducation orthopédique postopératoire précoce. L'évolution a été marquée par des douleurs persistantes de la région lombaire et de la jonction dorsolombaire, ainsi que du bassin et du pli inguinal gauche avec boiterie. La marche s'effectuait avec une canne portée à droite par besoin de sécurité. Entre le 6 janvier et le 4 février 2009, l'assuré a effectué un nouveau séjour pour bilan et prise en charge multidisciplinaires.

Par décision du 15 septembre 2010, confirmée sur opposition le 29 novembre suivant, la CNA a alloué à Y._____ une rente d'invalidité de 22% à compter du 1^{er} septembre 2010 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 25% (20% pour les séquelles résultant de l'accident du 15 avril 2008 et 5% pour celles faisant suite à celui du 16 juin 2007).

La décision sur opposition du 29 novembre 2010 n'ayant pas fait l'objet d'un recours, elle est entrée en force.

b) Dans l'intervalle, Y._____ a déposé en date du 2 décembre 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a fait verser le dossier constitué par la CNA.

Se fondant sur les constatations effectuées par les médecins de la Clinique B._____, le Dr W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que, sur le plan orthopédique, la capacité de travail de Y._____ était définitivement nulle comme poseur de panneaux solaires. En revanche, dans une activité adaptée, elle pouvait être exercée à 100% dès la fin du deuxième séjour à la Clinique B._____, soit le 5 février 2009. En l'absence de co-morbidité psychiatrique mise en évidence lors du séjour à la Clinique B._____ et, partant, d'un suivi médical spécialisé (psychothérapie, médication psychotrope), il n'y avait pas lieu de poursuivre les investigations (rapport du 6 janvier 2010).

Ensuite d'un projet de décision de l'office AI du 12 février 2010 déniait à Y._____ le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a fait parvenir à l'office AI un courrier daté du 16 mars 2010, dans lequel il expliquait que les troubles présentés par son patient avaient été sous-estimés, ce qui justifiait à son avis le réexamen de son cas.

Par décision du 8 juillet 2010, l'office AI a entériné son refus d'allouer ses prestations (mesures de réadaptation professionnelle et rente) à Y._____, motif pris que, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité s'élevait à 23,47% soit un taux inférieur au seuil de 40% ouvrant droit à une rente d'invalidité.

Statuant sur le recours formé par Y._____ contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a déclaré irrecevable par arrêt du 2 décembre 2010 (cause n° AI 348/10 - 3/2011).

c) En date du 7 juillet 2011, le Dr Z._____ a adressé un courrier à l'office AI pour lui signaler que, selon une IRM réalisée en mars 2011, Y._____ présentait, au niveau L4-L5, une ostéochondrose massive de type modique II avec une importante discopathie et une arthrose facettaire bilatérale de degré II au niveau L4-L5 et sévère en L5-S1. En annexe, il a joint un rapport du 15 juin 2011 dû à la plume du Dr K._____, médecin adjoint à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital P._____. Celui-ci y faisait état d'une infiltration de la sacro-iliaque gauche pratiquée le 12 mai 2011, qui n'avait toutefois par été très bénéfique pour l'assuré. Le Dr Z._____ en déduisait que l'évolution du traumatisme subi par son patient était peu favorable, raison pour laquelle il estimait nécessaire, à l'instar du Dr K._____, que l'office AI prenne en charge des stages de reconversion professionnelle dans une activité adaptée à hauteur de 50% dès le mois de juillet 2011.

Après avoir analysé les documents médicaux versés au dossier, le Dr L._____, médecin au SMR, a retenu qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de Y._____ postérieurement à la décision du 8 juillet 2010 (avis médical du 15 novembre 2011).

Par projet de décision du 3 février 2012, l'office AI a informé Y._____ qu'il entendait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a expliqué que, sur la base des éléments médicaux au dossier, il n'y avait pas d'élément nouveau en faveur d'une aggravation de son état de santé

et de son incapacité de travail. En conséquence, sa capacité de travail était toujours de 100% dans une activité adaptée et le préjudice économique restait de 23%, ce qui ne suffisait pas à ouvrir droit à une rente d'invalidité.

Le 12 mars 2012, Y._____ a présenté des objections à ce projet. Il a fait grief à l'office AI de ne pas avoir correctement évalué l'exigibilité en ce qu'il n'aurait pas tenu compte de l'ensemble des troubles présentés. Par ailleurs, il a fait valoir que le degré d'invalidité retenu de 23% ouvrait droit à des mesures professionnelles.

Le 9 octobre 2012, Y._____ a transmis à l'office AI les documents médicaux suivants :

- un rapport du 30 juillet 2012 des Drs K._____ et V._____, chef de clinique à l'Hôpital P._____, dans lequel ils faisaient notamment état de lombalgies en aggravation avec fourmillements irradiants dans le membre inférieur gauche, d'origine dégénérative ; dans ce contexte, ils avaient organisé une série d'infiltrations au niveau facettaire et au niveau des sacro-iliaques, dans le but de trouver la structure responsable des douleurs,

- un rapport du 8 août 2012 des Dresses S._____ et M._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Département de psychiatrie de l'Hôpital C._____. Elles indiquaient assurer le suivi de Y._____ depuis le 4 octobre 2010 en raison d'un état de stress post-traumatique consécutif à son accident de 2008. Il présentait par ailleurs des flashs back, une reviviscence de la sensation de chute, des cauchemars, une thymie abaissée, une anhédonie, une irritabilité, des angoisses sous forme de gêne précordiale, une impression de devenir fou et des idées suicidaires. Même si le tableau s'était chronifié, elles ne disposaient toutefois pas de suffisamment d'éléments pour retenir une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Dans un avis médical du 31 octobre 2012, le Dr L._____ a déclaré maintenir son appréciation du 15 novembre 2011.

Du 23 septembre au 22 décembre 2013, Y._____ a effectué un stage d'observation professionnelle au sein du Centre de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ORIF) de G._____. Dans son rapport du 9 janvier 2014 à l'attention de l'office AI, le directeur de ce centre a préconisé la validation du projet de l'assuré d'exercer la profession de chauffeur de transport scolaire.

Par communication du 10 janvier 2014, l'office AI a informé Y._____ qu'il prenait en charge les frais d'une formation pratique de chauffeur de minibus du 13 janvier au 30 avril 2014 avec des stages.

Le 25 août 2014, Y._____ a été engagé en tant que chauffeur de transport scolaire au taux de 20%, moyennant un salaire annuel de 15'000 fr. sur douze mois.

Par projet de décision du 24 mars 2015 - annulant et remplaçant celui du 3 février 2012 -, l'office AI a informé Y._____ qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Tout en rappelant que les pièces médicales produites dans le cadre de la contestation du projet de décision du 3 février 2012 ne permettaient pas de revoir la capacité de travail de 100% retenue dans une activité adaptée, il a néanmoins relevé que le droit aux mesures professionnelles était ouvert, ce qui avait permis à l'assuré d'effectuer son permis de chauffeur de minibus. Dans une telle activité exercée à plein temps, il pouvait prétendre à un revenu annuel de 58'988 fr. 05. Pour déterminer le préjudice économique, ce montant devait être comparé avec le salaire auquel il pouvait prétendre sans atteinte à la santé, soit 71'873 fr. 54. Il en résultait une perte de gain de 12'885 fr. 49, soit un degré d'invalidité de 17,93%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

En date du 11 mai 2015, Y._____ a contesté ce projet en faisant valoir que c'était à tort que l'office AI avait estimé que son état de

santé ne s'était pas aggravé. Quant à l'aspect économique, il lui a reproché de s'être fondé sur sa situation professionnelle concrète et de ne pas avoir eu recours aux salaires statistiques pour déterminer le gain d'invalidé, la profession de chauffeur de minibus ne correspondant manifestement pas à l'exigibilité décrite par les différents médecins et ne pouvant en aucun cas être exercée à temps complet.

Par décision du 29 novembre 2016, l'office AI a entériné le refus d'une rente d'invalidité, conformément à son projet du 24 mars 2015.

B. Par acte du 17 janvier 2017, Y. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour de céans, en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision en tenant compte d'un abattement de 25% sur le revenu d'invalidé. Se référant aux avis de ses médecins traitants, il a fait valoir que son état de santé s'était aggravé depuis la décision du 8 juillet 2010. C'était donc à tort que les médecins du SMR avaient fait fi des constatations opérées. Au demeurant, leurs rapports ne pouvaient être en pris en considération en tant qu'ils étaient dépourvus de valeur probante. Si la Cour de céans ne devait pas être convaincue par l'appréciation émanant des spécialistes consultés et figurant au dossier, il lui appartenait de mettre en œuvre une expertise aux fins de déterminer les aggravations présentées. Sous l'angle économique, l'assuré a exposé que la profession de chauffeur de minibus scolaires ne pouvait être exercée qu'à temps partiel, soit à un taux situé entre 20 et 25% correspondant à des déplacements de courte durée effectués sur de brèves distances. Cette activité respectait les limitations fonctionnelles retenues, pour autant qu'elle soit pratiquée au taux précité. Dans ces conditions, l'office AI ne pouvait se référer à un salaire correspondant à une activité exercée à un taux de 20 à 25% pour fixer un revenu d'invalidé de 100%. L'assuré a ainsi estimé qu'il convenait plutôt de se référer aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour la détermination du revenu d'invalidé et qu'il convenait d'opérer un abattement de 25% en raison de son âge, de sa

nationalité, de son taux d'occupation et des nombreuses limitations fonctionnelles présentées.

Dans sa réponse du 23 février 2017, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que les documents médicaux fournis ne permettaient pas d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré et que l'activité adaptée de chauffeur de bus scolaire respectait les limitations fonctionnelles retenues. Quant au taux d'abattement, l'office AI a rappelé qu'il ne se pratiquait que lorsque le revenu d'invalidé avait été fixé sur la base des salaires statistiques, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce.

En réplique du 21 mars 2017, Y. _____ a réitéré ses critiques quant à l'appréciation médicale effectuée par l'office AI. De même, il a une nouvelle fois reproché à l'office AI de s'être fondé sur sa situation professionnelle concrète plutôt que de se référer aux salaires statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé. Il a déclaré maintenir ses conclusions, tout en sollicitant une fois encore la mise en œuvre d'une expertise si les arguments développés ne devaient pas emporter la conviction du tribunal.

Dupliquant en date du 25 avril 2017, l'office AI a précisé que l'aggravation alléguée par les Drs K. _____ et V. _____ ne changeait pas les limitations fonctionnelles retenues. De plus, il a indiqué que le rapport du 20 mars 2017 transmis par le Dr Z. _____ ne faisait état d'aucun élément médical objectivement nouveau de nature à modifier la position adoptée. En conséquence, il a derechef conclu au rejet du recours.

S'exprimant une ultime fois par pli du 20 juin 2017, l'assuré a confirmé ses conclusions et sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

C. Le 14 septembre 2017, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises médicales de la Policlinique Médicale R. _____ le soin

de procéder à l'expertise pluridisciplinaire de Y._____. Déposé le 17 avril 2018, le rapport d'expertise se fondait sur un examen de médecine interne du 7 février 2018, un consilium psychiatrique du 20 février 2018, un consilium rhumatologique du 21 février 2018 et un consilium orthopédique du 23 février 2018. Les auteurs du rapport, les Desses T._____ et J._____, toutes deux spécialistes en médecine interne générale, ainsi que le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 20 mars 2018.

Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Accident du 15.04.2008 avec fracture tassement de D6, D9, D12, L2, fixation interne D5 à D7, avec spondylodèse postérieure, cyphoplastie D6, D7, D12, L2 (T08.0).
- Cervico-dorso-lombalgies chroniques. Discopathie L4-L5 (M54.80).

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Accident le 16.06.2007 avec fracture du col fémoral et status post réduction et fixation par vis DHS. Très discret dysmorphisme résiduel.
- Fracture transforaminale du sacrum intéressant les 2^e et 3^e trous sacrés avec atteinte de l'articulation sacro-iliaque à gauche dans le cadre de l'accident du 15.04.2008.
- Fracture non déplacée de la colonne antérieure du cotyle dans le cadre de l'accident du 15.04.2008.
- Tendinopathie du muscle sus-épineux gauche.
- Diabète de type 2.
- Dysthymie (F34.1). »

Sous l'intitulé « Appréciation du cas », les experts se sont exprimés en ces termes :

« Monsieur Y. _____, 51 ans, père de quatre enfants, originaire du Kosovo, a travaillé comme monteur de capteurs solaires jusqu'en 2008. En 2008, suite à la chute d'un toit, il présente des fractures tassement des vertèbres D6, D9, D12, L2. Il bénéficie de fixateurs internes et spondylodèse postérieure D5 à D7 et de cimentoplastie D6, D7, D12, L2.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique entre 2008 et 2010 a été évoqué a posteriori par les psychiatres de l'unité de psychiatrie ambulatoire de l'Hôpital C. _____. Cependant, ce diagnostic n'avait pas été retenu par un consilium psychiatrique effectué en 2009 lors du séjour à la Clinique B. _____.

Monsieur Y. _____ dépose une demande AI le 08.07.2010 qui est rejetée au motif que Monsieur Y. _____ est apte à exercer une activité adaptée à plein temps.

Il dépose une nouvelle demande le 07.07.2011. Il bénéficie d'une reconversion professionnelle entre 2013 et 2014 comme chauffeur de bus scolaire à 25%.

L'assuré fait recours le 11.05.2015 [sic]. D'après lui, avec l'appui de ses médecins (Dr K. _____, Dr Z. _____), il n'est pas apte à travailler à plus de 50%. D'après le SMR, il n'y a pas d'argument suffisant pour modifier l'évaluation de la SUVA du 01.09.2009 concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 01.09.2009.

La présente expertise est demandée par le Tribunal cantonal du canton de Vaud. Le litige porte sur l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans ce contexte, en raison de l'intrication de nombreux problèmes somatiques et de problèmes psychiques, une expertise multidisciplinaire est sollicitée.

Monsieur Y. _____ a subi un accident le 16.06.2007 avec une fracture du col du fémur gauche traitée par ostéosynthèse. Il en résultera un discret dysmorphisme de la hanche gauche sous forme d'une rotation externe de 10-15° et une discrète hyper-rotation externe du membre inférieur gauche par rapport à droite. L'évolution sera toutefois favorable puisque l'on ne constate aucune amyotrophie ou insuffisance de la musculature fessière, une très discrète amyotrophie de la cuisse et du mollet gauche d'environ 1 cm, valeurs encore normales ne s'agissant pas du côté dominant. Nous ne retenons pas de limitation significative.

Monsieur Y. _____ a eu un deuxième accident le 15.04.2008. Suite à la chute d'un toit, il présente des fractures tassement de D6, D9, D12, L2. Il a bénéficié de fixation interne D5 à D7, avec spondylodèse postérieure et cyphoplastie D6, D7, D12, L2.

Il en résulte une discrète cyphose dorsale résiduelle, mais harmonieuse, sans décrochement, cyphose dorsale totalement raide qui majore légèrement l'hyperlordose de la charnière cervico-dorsale. La statique globale du rachis est tout à fait satisfaisante avec des courbures encore harmonieuses, la hauteur de D5 a été pratiquement reconstruite et les fractures des corps vertébraux sous-jacents n'ont pas entraîné de trouble statique.

A la lumière des bilans radiologiques successifs revus par notre expert orthopédiste, on constate qu'il n'y a pratiquement pas

d'apparition de discopathie en dix ans au niveau des disques sus et sous-jacents à la spondylodèse et des fractures des corps vertébraux. On assiste par contre clairement à une péjoration du rétrolisthésis et des discopathies L4-L5.

On retient des limitations fonctionnelles avec des douleurs aux efforts, à la mobilisation, au travail en porte-à-faux ou en inclinaisons latérales, ou lors des activités d'efforts répétés des membres supérieurs en raison de l'attache des ceintures scapulaires à la musculature cervico-dorsale haute. Il y a également un enraidissement lié à des séquelles de fractures et surtout en raison de la spondylodèse. Ces séquelles fonctionnelles justifient une activité adaptée, sans efforts répétés des membres supérieurs à hauteur des épaules ou au-dessus, sans port de charges et mouvement en porte-à-faux.

Dans une activité adaptée, telle que la conduite d'une fourgonnette / bus scolaire, une capacité de travail à 70% est exigible. Il est à relever qu'une future spondylodèse lombaire ne changera et n'améliorera en rien la capacité de travail dans un travail adapté. Un travail adapté est un travail semi-assis, assis de type sédentaire, sans activité répétitive avec efforts des membres supérieurs. Le port de charge est limité à 4-7 kg. Les activités d'aide-maçon, de carreleur ou de poseur de panneaux solaires ne sont plus exigibles et ceci de manière définitive.

Sur le plan rhumatologique, nous ne mettons pas en évidence de pathologie inflammatoire, infectieuse, métabolique. Il n'y a pas de trouble neurologique associé. La fracture du sacrum a guéri sans séquelle. La tendinopathie du muscle sus-épineux entraîne une limitation de l'élévation du membre supérieur gauche. Cela entre dans le cadre des limitations déjà décrites ci-dessus pour le rachis.

Le diabète est bien contrôlé avec de faibles doses de Metformine. Nous ne retenons pas de limitations pour cela.

Sur le plan psychiatrique, l'évaluation met en évidence des fluctuations d'humeur, en fonction de l'intensité des douleurs ressenties. L'expertisé ne manifeste pas la tristesse constante, non modulable, que l'on rencontre dans les épisodes dépressifs. Ces éléments, détaillés dans l'évaluation psychiatrique ci-dessus, mis en regard de l'échelle psychométrique de dépression MADRS avec un score de 14/60 inférieur à l'épisode dépressif léger, vont dans le sens d'un diagnostic de dysthymie.

Il y a eu une suspicion d'état de stress post traumatique décrit entre 2008 et 2010. A l'heure actuelle, bien que l'expertisé décrive la persistance de cauchemars en lien avec son accident, les symptômes sont insuffisants pour retenir le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (cf. argumentation détaillée dans le rapport psychiatrique).

L'ensemble des experts somaticiens notent une exagération des plaintes, une discordance entre les plaintes et l'examen clinique, un comportement démonstratif. En ce qui concerne les douleurs exprimées par l'assuré, le syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été retenu (cf. argumentation dans le rapport psychiatrique). Monsieur Y._____ présente des ressources mobilisables. Il continue à mener une vie familiale, sociale et professionnelle satisfaisante.

En conclusion, nous retenons, une incapacité de travail complète et définitive comme monteur en panneaux solaires et ceci depuis la date de son accident le 15.04.2008. Dans le cadre d'une activité adaptée, Monsieur Y. _____ est apte à exercer une activité adaptée à 100% dès le 01.09.2009, correspondant à la décision de la SUVA. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 70% dès le 17.3.2011 (IRM lombaire montrant des troubles dégénératifs lombaires significatifs). Notre avis se différencie de celui des experts de la SUVA (capacité de travail 100%) puisque nous tenons compte des troubles dégénératifs lombaires apparus indépendamment de l'accident. Notre avis se différencie de celui du médecin traitant (capacité de travail 50%) puisque nous ne tenons pas compte des aspects non médicaux. »

Dans ses déterminations du 8 mai 2018, l'office AI a déclaré se référer à l'avis établi le 30 avril précédent par le Dr D. _____, médecin au SMR, qui a écrit ce qui suit en guise de conclusion :

- « 1. A plusieurs reprises, les experts mettent en évidence le manque de corrélation entre l'intensité des symptômes algiques, l'attitude démonstrative de l'assuré et les éléments objectifs.
L'analyse de cet état de fait a été effectuée selon les exigences jurisprudentielles et met en évidence l'absence d'atteinte psychiatrique et la présence de ressources.
2. Il manque une cohérence claire entre les diagnostics, la pauvreté des cliniques et l'IT retenue qui semble fondée essentiellement sur les dires et les attitudes de l'assuré.
3. Une partie des plaintes, les cervico-brachialgies, sont survenues après la décision querellée.
4. Nous laissons bien évidemment à la Cour l'appréciation de la valeur probante du texte qui, à nos yeux, est inférieure à celle de la Clinique B. _____ qui a fondé les décisions des Offices. »

Par courrier du 19 juin 2018, Y. _____ a déclaré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport d'expertise de la Policlinique Médicale R. _____, sous réserve de l'appréciation de la capacité de travail. A cet égard, il a joint un rapport du 28 mai 2018 du Dr N. _____, médecin-chef adjoint auprès du Service d'anesthésiologie et de réanimation de l'Hôpital P. _____, dans lequel il estimait qu'une capacité de travail de 50% serait plus en adéquation avec la situation de l'assuré.

D. Par décision du 23 janvier 2017, le magistrat instructeur a accordé à Y. _____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17

janvier 2017. Tout en étant exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, il était astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} mars 2017. Un conseil d'office en la personne de Me Carine Gendre Rohrbach lui a été désigné. Me Emmanuelle Martinez-Favre lui a succédé dans la défense des intérêts de l'assuré (cf. courrier du 15 mars 2019).

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le refus de rente tel que prévu par la décision du 8 juillet 2010 étant entré en force à la suite de l'arrêt rendu par la Cour de céans le 2 décembre 2010, la question litigieuse est celle de savoir si une péjoration de l'état de santé du recourant postérieure à cette date justifie l'allocation de nouvelles prestations et, le cas échéant, dans quelle mesure.

3. 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 (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 (art. 7 al. 1 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 (art. 6 LPGA).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

d) Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une augmentation du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une dégradation déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La

rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). 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 (ATF 133 V 108 consid. 5; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 4).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. a) Dans la décision dont est recours, l'office AI a considéré qu'en l'absence d'élément médical nouveau, il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la décision du 8 juillet 2010 – confirmée par arrêt de la Cour de céans du 2 décembre suivant –, de sorte qu'un réexamen de la capacité de travail raisonnablement exigible ne se justifiait pas. Si la capacité de travail était

nulle dans l'activité habituelle de poseur de panneaux solaires, elle était en revanche entière dans une profession adaptée, telle que celle de chauffeur de minibus scolaire. La comparaison des revenus avec et sans invalidité débouchait sur un degré d'invalidité de 17,93%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

De son côté, le recourant a contesté la manière de voir de l'office AI en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé depuis le 8 juillet 2010 et qu'il n'était pas en mesure d'exercer la profession de chauffeur de minibus scolaire à plein temps.

Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises médicales de la Policlinique Médicale R. _____.

b) aa) Sur le plan somatique, les experts de la Policlinique Médicale R. _____ exposent que le recourant a présenté, à la suite de son accident du 16 juin 2007, un discret dysmorphisme de la hanche gauche sous forme d'une rotation externe de 10-15° et une discrète hyper-rotation externe du membre inférieur gauche par rapport à droite. Quant à l'accident du 15 avril 2008, il a entraîné une discrète cyphose dorsale résiduelle, mais harmonieuse, sans décrochement, cyphose dorsale totalement raide qui majorait légèrement l'hyperlordose de la charnière cervico-dorsale. Sous l'angle rhumatologique, les experts de la Policlinique Médicale R. _____ n'ont pas mis en évidence de pathologie inflammatoire, infectieuse ou métabolique. Il n'y avait pas de trouble neurologique associé. La fracture du sacrum avait guéri sans séquelle. Quant au diabète, il était bien contrôlé avec de faibles doses de Metformine. Les limitations fonctionnelles consistaient en un travail semi-assis, assis, de type sédentaire, sans activité répétitive avec efforts des membres supérieurs comportant un port de charges limité à 4-7 kg. Dans une activité compatible avec ces restrictions, telle que celle de chauffeur d'une fourgonnette ou d'un bus scolaire, la capacité de travail exigible était de 70% dès le 17 mars 2011, date de l'IRM lombaire ayant mis en évidence des troubles dégénératifs lombaires significatifs.

bb) Du point de vue psychiatrique, les constatations opérées, mises en regard de l'échelle psychométrique de dépression MADRS avec un score de 14/60 inférieur à l'épisode dépressif léger, parlaient en faveur d'un diagnostic de dysthymie. Malgré la persistance de cauchemars en lien avec l'accident, les symptômes étaient toutefois insuffisants pour retenir le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. En l'absence de conflits émotionnels clairement identifiables, les experts de la Policlinique Médicale R._____ ont également écarté l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ou apparenté. Ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles psychiques, le recourant disposant au demeurant de ressources mobilisables et continuant à mener une vie familiale, sociale et professionnelle satisfaisante.

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Policlinique Médicale R._____, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - du recourant et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre que le rapport du 17 avril 2018 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur des examens spécialisés réalisés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

d) Dans ce contexte, le rapport médical établi par le Dr D._____ le 8 mai 2018 ne permet pas de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts. Il ne fait en effet pas état d'élément médical qui n'aurait pas été pris en compte par les Drs T._____, J._____ et F._____ ou qui justifierait de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. En réponse aux objections soulevées par le Dr D._____, il convient de souligner que, sans nier certains caractères démonstratifs du recourant, les experts ont toutefois admis l'existence

d'un substrat somatique au vu des séquelles d'accident et des troubles dégénératifs présentés. Ils ont par ailleurs souligné qu'il y avait une bonne cohérence entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'intéressé. Quant aux cervicalgies alléguées par le recourant, elles n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic spécifique. Qualifiées de banales, elles étaient d'étiologie indéterminée et sans conséquence fonctionnelle. Cela étant, il y a lieu de relever que le Dr D._____ n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par les experts de la Policlinique Médicale R._____. De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé, puisqu'il se limite à faire part de l'évaluation du Dr N._____ quant à sa capacité de travail. En se limitant à exposer son propre point de vue, celui-ci ne fait que substituer sa propre appréciation à celle des experts sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles il estime qu'il faut s'écarter de leurs conclusions.

e) Partant, en l'absence d'élément justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 17 mars 2011.

6. a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 43 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être prises en compte jusqu'au moment où la décision est rendue. Le fait que l'invalidité doit être évaluée au même moment signifie également que lorsque la comparaison des revenus se fonde sur des données statistiques, celles-ci doivent se rapporter à la même année (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; TFA I 471/05 du 11 mai 2006 consid. 3.2).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en

considération. De plus, en cas de recours à des salaires statistiques, ceux-ci doivent être adaptés à l'évolution des salaires nominaux correspondant à l'année déterminante pour l'ouverture du droit à la rente, conformément aux indices établis par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 408). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) En l'espèce, au regard de la capacité de travail de 70% présentée par le recourant à compter du 17 mars 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient de se fonder sur les gains figurant dans la décision rendue par l'office AI le 8 juillet 2010 – entrée en force – pour procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité et, partant, déterminer le degré d'invalidité présenté par l'intéressé. Dès lors que la demande de prestations a été déposée le 7 juillet 2011, le droit éventuel à la rente prend naissance le 1^{er} janvier 2012 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) aa) Dans la décision du 8 juillet 2010, l'office AI s'est fondé sur les données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé. Après avoir procédé à l'indexation à l'année 2009 du salaire statistique et tenu compte d'un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles, il a fixé le revenu d'invalidé à 53'229 francs. En l'occurrence, après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux à l'année 2012 (+ 0,7% en 2010, + 1% en 2011 et + 0,8% en 2012 ; voir le tableau T 39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels », 1976-2009 et 2010-2017 ; site internet de l'Office fédéral de la statistique [OFS]), le revenu après invalidité s'élève à 54'570 fr. 70. Compte tenu de la capacité de travail de 70% présentée par le recourant, le revenu après invalidité doit être arrêté à 38'199 fr. 50.

bb) Quant au revenu sans invalidité, il résulte des indications fournies par l'employeur en février 2009, soit 69'550 francs. Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux à l'année 2012 (+ 0,7% en 2010, + 1% en 2011 et + 0,8% en 2012 ; voir le tableau T 39 précité), le revenu sans invalidité du recourant doit être arrêté à 71'303 fr. 10 par an.

d) Il s'ensuit que la perte de gain s'élève à 33'103 fr. 60, d'où un degré d'invalidité de 46% (soit : [71'303 fr. 10 - 38'199 fr. 50] ./ 71'303 fr. 10 = 46,42%), ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

7. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision litigieuse, en ce sens que Y. _____ est mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2012.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office AI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

c) 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 (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 (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Gendre Rohrbach - à laquelle Me Emmanuelle Martinez-Favre a succédé dans la défense des intérêts du recourant (cf. courrier du 15 mars 2019) - a produit le 21 janvier 2019 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié.

Pour les années 2016 et 2017, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 19 heures et 42 minutes entre le 5 décembre 2016 et le 31 octobre 2017 (en ce qui concerne la rétroactivité de la couverture, cf. ATF 122 I 203 consid. 2a, 2c et 2f ; JdT 1997 I 604 ; cf. aussi art. 118 al. 1 let. c CPC et 119 al. 4 CPC) au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 3'546 fr. auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit un montant de 3'829 fr. 70.

Pour les années 2018 et 2019, on ne voit pas, à la date du 21 janvier 2019, quel arrêt est susceptible, dans le cadre de la présente procédure, de faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, de sorte qu'il convient de retrancher les deux heures annoncées en lien avec cette démarche, ce qui ramène la durée totale des prestations accomplies du 8 janvier 2018 au 21 janvier 2019 à 9 heures et 48 minutes, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit 1'764 fr. auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7%, soit un montant de 1'899 fr. 80.

A ces montants, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ), avec TVA au taux de 7,7% en sus, soit 285 fr. 95.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 6'015 fr. 45.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 4'015 fr. 45 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 4'015 fr. 45 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités, en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 29 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que Y._____ est mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2012.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Y._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Emmanuelle Martinez-Favre, conseil de Y._____ est fixée à 6'015 fr. 45 (six mille quinze francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VI.** Le montant de 4'015 fr. 45 (quatre mille quinze francs et quarante-cinq centimes), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- VII.** 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 du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Emmanuelle Martinez-Favre, avocate (pour Y. _____),
- 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).

Le greffier :