

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 février 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Louis Duc, avocat à
Château-d'Oex,

et

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

Art. 8 et 28 LAI ; 6 à 8 LPGA ; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. Né en 1975, S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est au bénéfice d'une formation de peintre en bâtiments et d'un certificat de guide en sports de rivière. Il a été engagé comme ouvrier-peintre en 2011 par la société U._____ et a également exercé une activité accessoire pour Z._____ d'avril à décembre 2011, dans le cadre d'une manifestation.

Il s'est retrouvé en incapacité de travail dès le 17 février 2013 des suites d'une chute à ski ayant entraîné des contusions, mais surtout révélé une ostéoporose lombaire ainsi qu'une suspicion de fracture de D8 (rapports médicaux des 29 mai et 27 juin 2013 du Dr M._____, rapport médical du 22 avril 2013 du Dr V._____).

Le 6 août 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 29 août 2013, le Dr R._____, médecin praticien, a posé le diagnostic de dorsalgies chroniques, status après contusion dorsale du 18 février 2013 et ostéoporose lombaire. Il a conclu que le patient présentait des dorsalgies persistantes, dans le contexte de fortes appréhensions, mais aussi une dysthymie non négligeable.

L'assuré a tenté à deux reprises de reprendre une activité de magasinier auprès de son employeur, en octobre 2013 et en janvier 2014, tentatives qui se sont soldées par des échecs en raison de la réapparition de douleurs suite au port de charges trop lourdes, incompatibles avec ses limitations fonctionnelles. Son contrat de travail a finalement été résilié en date du 31 mars 2015.

Par décision du 8 octobre 2014, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité n'était que de 8,91 %. Il a retenu qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : pas de postures statiques au-delà de 30 minutes (assis et debout), limitation du port de charges de plus de 15 kg au-dessus de la hauteur de la taille.

L'assuré a recouru contre cette décision le 6 novembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

B. Le 19 mars 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en vue de l'octroi d'une rente, faisant valoir une aggravation de son état de santé et annonçant qu'une intervention chirurgicale était envisagée. Il a transmis un rapport médical établi le 23 janvier 2015 par le Dr R._____, qui posait les diagnostics d'impingement de la hanche gauche dans le cadre d'une lésion labrale étendue - mise en évidence par une IRM du 22 janvier 2015 - et rachialgies chroniques dans le contexte de status après contusion dorsale et ostéoporose lombaire. Ce médecin constatait, sur le plan objectif, une augmentation de la force des fléchisseurs et de l'endurance ainsi que dans le port de charge, ce que le patient reconnaissait, et il estimait que la poursuite du reconditionnement musculaire était indispensable.

Par courrier du 8 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré que l'aide au placement serait réactivée dès que son exigibilité serait connue, précisant qu'il était contreproductif de la poursuivre au vu de sa situation.

Dans un avis médical du 23 avril 2015, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que la large lésion labrale au niveau de la hanche gauche diagnostiquée en janvier 2015 constituait un fait nouveau qu'il fallait instruire.

Dans des rapports médicaux établis les 11 et 12 mai 2015, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, indiquait suivre l'assuré pour un conflit fémoro-acétabulaire gauche avec tendinopathie du psoas pour lequel une intervention chirurgicale serait nécessaire, probablement d'ici la fin d'année. Il précisait que cette pathologie n'était pas associée au traumatisme en cause des lombalgies. Il exposait qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la récupération suite à l'intervention, que les professions de peintre ou de guide semblaient toutefois difficilement envisageables, de sorte qu'une reconversion professionnelle était indiquée, étant donné que le port de charge et les efforts analogues devaient être évités aussi bien du point de vue lombaire que du point de vue de la hanche.

Le Dr R. _____ a estimé, dans ses rapports des 2 juin 2015 et 4 janvier 2016, que suite à l'apparition de la problématique de la hanche, la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était nulle, mais qu'il pourrait exercer une activité purement sédentaire sans manutention de charges à 50 %.

Dans des rapports médicaux datés des 14 décembre 2015 et 18 février 2016, le Dr D. _____ a mentionné qu'une cure chirurgicale de conflit fémoro-acétabulaire et ténotomie du psoas avait été effectuée le 28 octobre 2015 et que l'évolution précoce était favorable, avec une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse. Il considérait que suite à l'apparition des douleurs de la hanche gauche courant 2014, on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne sa profession de peintre en bâtiments, qu'une telle reprise semblait toujours compromise malgré une éventuelle bonne évolution au niveau de la hanche suite à la rééducation musculaire et que l'exercice d'une activité adaptée ne pouvait se faire sans une prise en charge adéquate.

Le Dr R. _____ a établi un nouveau rapport médical le 10 mars 2016, dans lequel il a posé les diagnostics de rachialgies chroniques dans un contexte de déconditionnement musculaire avec une ostéoporose lombaire, de status après arthroscopie de la hanche gauche, refixation du labrum et ténotomie du psoas en octobre 2015 ainsi que de dysbalances musculaires. Il a annoncé qu'une évaluation des capacités fonctionnelles

du recourant serait effectuée au X._____ et qu'une réorientation professionnelle serait peut-être à envisager.

Les résultats des tests de capacités fonctionnelles effectués les 28 et 29 avril 2016 mentionnaient notamment ce qui suit :

« Au vu de l'augmentation modérée de la douleur et de la diminution des capacités fonctionnelles lors d'une activité prolongée, il est nécessaire de proposer en situation de cumul des contraintes physiques une réduction substantielle de la capacité de travail sous la forme d'une diminution du temps de présence ou sous la forme d'une augmentation du nombre de pauses quotidiennes ».

C. Par arrêt du 20 septembre 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré à l'encontre de la décision de l'OAI du 8 octobre 2014. La Cour de céans a jugé que malgré ses problèmes de dos, l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} février 2014, et que l'atteinte à la hanche gauche n'avait engendré aucune incapacité de travail avant le 8 octobre 2014, date de la décision attaquée, si bien qu'elle sortait de l'objet de la contestation. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours et est par conséquent entré en force.

D. Le 14 novembre 2016, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical rédigé le 10 juillet 2015 par le Dr M._____, qui reprenait les diagnostics déjà posés.

Dans un avis médical du 10 février 2017, le SMR s'est étonné que malgré l'évolution post-opératoire favorable, les médecins de l'assuré n'attestaient pas une capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé par le SMR le 9 mars 2017. Dans le rapport rédigé le 23 mars 2017, le Dr A._____, spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de dorsolombalgies chroniques, sans caractère radiculaire irritatif et sans déficit neurologique, sans troubles dégénératifs cervico-dorsolombaires

(M54.9). Il a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants :

- ostéopénie lombaire et du col fémoral gauche
- coxalgies droites d'origine indéterminée
- coxalgies gauches dans les suites d'un traitement chirurgical d'un conflit coxofémoral le 28 octobre 2015
- obésité de classe I selon OMS
- ancienne lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite opérée deux fois en 2009, actuellement sans douleur ni gêne fonctionnelle
- ancienne synovectomie partielle du genou gauche, sans douleur ou gêne fonctionnelle.

Le Dr A. _____ a admis une diminution de la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée dès la mise en évidence d'une boiterie dans le rapport médical du Dr D. _____ du 11 mai 2015, puis une incapacité totale de travail du 26 octobre 2015 jusqu'à fin décembre 2015 compte tenu du séjour à l'hôpital et du traitement qui a suivi l'opération. Il a estimé que dès le 1^{er} janvier 2016, la capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles concernaient le rachis, à savoir éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux et les activités accroupies ou à genoux.

Dans son appréciation, il a notamment exposé ce qui suit :

« Notre examen clinique met en évidence une obésité, une HTA [hypertension artérielle], un examen neurologique normal, un examen cervical normal et un très discret trouble statique dorsolombaire. En ce qui concerne les douleurs rachidiennes, on ne retrouve pas l'explication dans le dossier RX [radiologique] à disposition, puisqu'il n'y a aucun trouble dégénératif qu'il soit cervical, dorsal ou lombaire.

L'examen des MS [membres supérieurs] est normal. L'examen des MI [membres inférieurs] en termes d'amplitude est normal. L'assuré allègue des douleurs à la mobilisation des hanches, mais aucun signe d'un conflit coxofémoral n'est décelé. L'examen musculo-squelettique est donc normal pour l'âge.

Compte tenu de la chronicité des douleurs rachidiennes notamment, nous avons recherché les signes comportementaux décrits chez les lombalgiques. Ceux de Waddell et Kummel ne sont pas retrouvés. Le seul indice pour un trouble du comportement par rapport à ce problème est la différence entre la DDS [distance doigts-sol] et la DDO [distance doigts-orteils].

Dans le même contexte et compte tenu que nous avons observé une certaine tristesse chez cet assuré, nous avons recherché une fibromyalgie, recherche qui s'est avérée infructueuse, aussi bien avec les critères diagnostiques de 1990 que de 2010.

[...]

Compte tenu de ce qui précède, la CT [capacité de travail] reste entière dans une activité adaptée d'épargne du rachis, même si la documentation RX ne confirme aucun trouble dégénératif. Le maintien des LF [limitations fonctionnelles] et une activité en position alternée devrai[en]t encourager l'assuré à retrouver une activité lucrative. Donc, l'assuré avait les capacités à s'investir dans des mesures de réinsertion ou dans une activité lucrative adaptée dès mai 2013, puisque la fracture vertébrale n'a pas été confirmée, et que l'ostéoporose, même si confirmée, n'a pas entraîné de fractures.

Par rapport à la problématique de la hanche D [droite], dont fait mention le Dr R. _____ en décembre 2014, nous estimons qu'une activité adaptée d'épargne du rachis est également compatible pour cette problématique [...] ».

Dans un projet de décision du 24 mars 2017, l'OAI a indiqué qu'il entendait rejeter la demande de rente d'invalidité de l'assuré.

Par courriers des 3 avril 2016 [recte : 2017] et 11 avril 2017, l'assuré a invoqué que l'OAI ne se prononçait pas sur sa demande de mesures professionnelles. Il estimait que le projet de décision n'était pas motivé, qu'il n'expliquait notamment pas pourquoi les avis divergents sur sa capacité de travail dans une activité adaptée devaient être écartés et qu'il n'abordait pas la question de l'aide au placement. Il estimait un complément d'instruction nécessaire et a indiqué qu'une nouvelle opération était programmée.

Par courrier du 5 juin 2017, l'assuré a informé l'OAI de son hospitalisation le 21 juin 2017 en vue d'une intervention.

Par décision du 19 juin 2017, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré, au motif qu'aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur sa capacité de travail n'était intervenue depuis la précédente décision, et qu'il bénéficiait toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un courrier daté du 19 juin 2017 également, l'OAI a pris position par rapport aux objections formulées par l'assuré. Il a considéré que le rapport d'examen du 9 mars 2017 avait pleine valeur probante, que ses conclusions quant à la capacité de travail de l'assuré rejoignaient celles du Dr R._____ et qu'aucun des rapports médicaux établis ne mentionnaient une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée avant mai 2015. Il a relevé que si le projet de décision ne mentionnait pas expressément la question des mesures d'ordre professionnel, celui-ci indiquait que les conclusions de la décision du 8 octobre 2014 étaient toujours valables, à savoir que l'assuré subissait un préjudice économique insuffisant pour ouvrir le droit à de telles mesures. L'OAI a tenu compte d'un revenu sans invalidité de 69'004 fr., reprenant celui calculé dans sa précédente décision, et s'est basé sur les données statistiques pour fixer le revenu avec invalidité à 59'807 fr. 81, auquel un abattement de 10 % était appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, de sorte que son taux d'invalidité était de 13,33 %. L'OAI a en outre relevé que le droit à une rente limitée dans le temps n'était pas ouvert puisque la diminution de la capacité de travail avait duré moins d'une année. Finalement, il a indiqué qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré suite à son hospitalisation devait faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations.

E. Par acte du 10 juillet 2017, S._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 19 juin 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu implicitement à l'annulation de la décision attaquée et, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente dès le moment que fixera l'OAI après instruction complémentaire, à l'octroi de mesures professionnelles ainsi qu'à une aide au placement. Il a soutenu que, par sa manière d'agir, l'OAI admettait l'absence de capacité

de travail - au moins temporaire - de l'assuré puisqu'il n'avait jamais repris l'aide au placement alors qu'il avait annoncé une telle reprise lorsque l'exigibilité serait connue. Se référant à des déclarations du Dr D._____, il a invoqué que c'était à tort, sur la base d'un diagnostic erroné, qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait été admise en 2014 et 2015, rappelant à cet égard qu'il avait été totalement indemnisé par l'assureur perte de gain. Il s'est prévalu de l'avis médical du Dr R._____ du 4 janvier 2016, qui faisait état d'une capacité de travail de 50 % dans une activité purement sédentaire de type activité de bureau. Il a critiqué le rapport d'examen du Dr A._____, notamment au motif qu'il n'indiquait pas pourquoi les avis médicaux attestant d'une incapacité partielle de travail avaient été écartés, et a estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire.

Dans sa réponse du 22 août 2017, l'OAI a soutenu que le rapport d'examen du SMR avait pleine valeur probante et que la capacité de travail de 50 % estimée par le Dr R._____ concernait l'époque de la dernière consultation, en mai 2015. Il a indiqué que la décision attaquée ne portait pas sur la question de l'aide au placement et que l'absence de réactivation de cette dernière ne saurait être considérée comme une reconnaissance d'incapacité de travail.

Par réplique du 4 septembre 2017, le recourant a soutenu que son taux d'invalidité était supérieur à 20 %, ce qui justifiait l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle puisqu'il était au bénéfice d'une formation professionnelle, même si son CFC n'avait pas pu lui être accordé. Il a fait valoir que la question de l'aide au placement n'était plus d'actualité compte tenu de sa totale incapacité de travail suite à sa nouvelle hospitalisation, et a maintenu que ce point n'avait, à tort, pas été traité dans la décision attaquée. Il a repris les arguments de son recours, invoquant notamment que le Dr A._____ avait conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2014 en contradiction avec l'avis de médecins qui l'avaient soigné.

Dans sa détermination du 26 septembre 2017, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) Sont litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité et le droit à des mesures d'ordre professionnel suite à la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 19 mars 2015.

b) Il ne saurait être revenu sur l'état de santé du recourant antérieurement à la décision de l'OAI du 8 octobre 2014, laquelle est définitive et exécutoire. Dans son arrêt du 20 septembre 2016, la Cour de céans a en effet confirmé cette décision, qui concluait que l'assuré

présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} février 2014.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de

prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

c) Selon la jurisprudence, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus d'une première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références ; TF 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 et les références). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 ; 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références citées). En

présence de deux cas d'assurance différents, le droit à une rente est subordonné à l'écoulement de la période de carence imposée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, ce pour chacune des situations données. Dans un tel cas, une application par analogie des art. 29^{bis} et 88a al. 2 RAI n'entre pas en considération (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1235 p. 342 et n° 2029 p. 537, et les références citées).

d) En l'occurrence, l'atteinte à la santé à l'origine de la demande de prestations du 19 mars 2015 constitue une nouvelle atteinte, indépendante de celle à l'origine de la décision du 8 octobre 2014. En effet, l'atteinte incapacitante de la précédente procédure consistait en des rachialgies chroniques après contusion dorsale et aucune pièce médicale au dossier n'établit une quelconque relation entre celle-ci et le conflit fémoro-acétabulaire ou les coxalgies. Le Dr D. _____ l'exclut même dans son rapport du 11 mai 2015 (p. 2). Il s'agit donc de deux cas d'assurance différents entraînant pour conséquence qu'il doit être tenu compte de la période de carence imposée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI s'agissant de la nouvelle atteinte.

Il n'apparaît en outre pas que les rachialgies du recourant se soient aggravées postérieurement à la décision de l'OAI du 8 octobre 2014 et celui-ci ne le fait pas valoir. Il ressort au contraire du rapport d'examen clinique au SMR du 23 mars 2017 (p. 7) que les douleurs lombaires sont stables depuis 2013.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion 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 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4 et 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 non publié dans l'ATF 135 V 254).

5. a) En l'occurrence, l'OAI a fondé sa décision sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 23 mars 2017. Il faut constater que le Dr A._____ a établi ce rapport en pleine connaissance de l'anamnèse du recourant et de son dossier médical, qu'il a résumé dans les six premières pages. Il a procédé à des examens clinique, neurologique et ostéoarticulaire du patient, a tenu compte des plaintes exprimées et a, dans son appréciation, exposé de manière motivée les diagnostics retenus, respectivement écartés. Ce rapport d'examen répond par conséquent aux réquisits jurisprudentiels.

Aucun des rapports médicaux au dossier ne permet par ailleurs d'en remettre en question la valeur probante. Etant rappelé qu'il convient de déterminer s'il existe une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 8 octobre 2014, seuls les rapports médicaux se prononçant sur l'évolution de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail depuis cette date sont pertinents. Dans ses rapports des 12 mai 2015 et 18 février 2016, le Dr D._____ s'est prononcé uniquement sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, l'estimant nulle, ce qui n'est pas litigieux, et a décrit l'évolution de l'état de santé du recourant dans les suites de l'opération du 28 octobre 2015 comme favorable. Il renvoie à l'avis du Dr R._____ pour ce qui concerne les limitations fonctionnelles impliquées par les lombalgies et retient, comme limitations fonctionnelles en relation avec la hanche, le port de charges lourdes, les positions en porte-à-faux et le fait de grimper sur une échelle. Ces limitations sont similaires à celles que le Dr A._____ a fixées pour l'épargne du rachis et jugées compatibles avec la problématique de la hanche, à savoir éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux et les activités accroupies ou à genoux.

Dans son recours, le recourant soutient que sa capacité de travail aurait été mal évaluée en 2014 et 2015 en raison d'un diagnostic erroné, se référant à des déclarations que le Dr D._____ aurait tenues suite à l'opération de la hanche. Dans sa réplique, il reproche au Dr A._____ de ne pas s'être déterminé sur cette question dans son rapport d'examen. Il convient, d'une part, de rappeler qu'il n'y a pas lieu de

revenir sur la capacité de travail reconnue au recourant jusqu'au 8 octobre 2014, date de la précédente décision de l'OAI, qui est entrée en force. D'autre part, il faut constater que les éléments avancés par le recourant ne ressortent nullement des rapports médicaux du Dr D. _____ versés au dossier. Le recourant a d'ailleurs évoqué cette erreur de diagnostic pour la première fois le 17 décembre 2015 dans le cadre de la précédente procédure de recours devant la Cour de céans, mais le Dr D. _____ n'en fait absolument aucune mention dans son rapport médical du 18 février 2016. Au contraire, dans ce rapport, ce médecin confirme le diagnostic de conflit fémoro-acétabulaire posé début 2015 par le Dr R. _____.

Le recourant se prévaut du rapport du Dr R. _____ du 4 janvier 2016 qui évalue sa capacité de travail à 50 % alors que le Dr A. _____ retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2016. Il faut toutefois relever qu'à la date de ce rapport, le Dr R. _____ n'avait plus reçu le recourant à sa consultation depuis mai 2015, comme il l'indique expressément. Son rapport du 4 janvier 2016 reprend les conclusions du précédent rapport qu'il avait établi le 2 juin 2015, après avoir vu le recourant, qui souffrait déjà de sa hanche à cette époque. Dans ce rapport, le Dr R. _____ annonçait qu'une fois la sanction chirurgicale effectuée, la situation devrait bien s'améliorer, précisant que cela n'interviendrait pas avant la fin de l'année. Or, dans le rapport d'examen clinique, le Dr A. _____ retient lui aussi, sans en préciser la quotité, une diminution de la capacité de travail dès mai 2015. Son rapport ne souffre donc pas de contradiction avec l'avis du Dr R. _____. Ce praticien a revu le recourant en mars 2016. A l'issue de son examen clinique, il mentionne des dysbalances musculaires et, s'agissant des capacités résiduelles, annonce une évaluation des capacités fonctionnelles pour juger d'une éventuelle réorientation professionnelle (cf. rapport médical du 10 mars 2016). Ces tests ont été pratiqués les 28 et 29 avril 2016. Outre qu'ils l'ont été sans supervision ni appréciation médicale, leurs résultats n'entrent pas en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI dans l'exercice d'une activité adaptée, plus particulièrement dans une activité industrielle légère.

Cela étant, s'il existe une incapacité de travail dans le courant de l'année 2015, aucun élément ne permet de retenir que le recourant n'aurait pas recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} janvier 2016.

b) Comme déjà mentionné, l'atteinte à la hanche constitue une nouvelle atteinte à la santé avec pour corollaire qu'il doit être tenu compte de la période de carence imposée par l'article 28 al. 1 let. b LAI. Le point de départ de l'incapacité de travail, à tout le moins partielle, relative à l'atteinte à la hanche, se situe en mai 2015, comme le retient le Dr A._____ sur la base du rapport médical du Dr D._____. C'est également suite à la consultation de mai 2015 que le Dr R._____ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport médical du 2 juin 2015). Dans la mesure où le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2016, il apparaît qu'il n'a pas présenté une incapacité de travail de 40 % pendant au moins une année, condition nécessaire à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Cela étant, même en admettant que la diminution de la capacité de travail serait survenue plus tôt dans l'année 2015, elle n'existait plus au 1^{er} janvier 2016, soit au terme du délai de carence d'une année. A cette date, comme l'OAI l'a retenu, le recourant ne présentait pas un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à la rente. S'agissant du revenu sans invalidité, il faut constater que l'OAI n'a nullement tenu compte des considérations de la Cour de céans dans son arrêt du 20 septembre 2016 (consid. 5b) et s'est fondé sans réserve sur le revenu de 69'004 fr. retenu à la base de sa décision du 8 octobre 2014, comprenant le salaire accessoire réalisé par le recourant auprès de la société Z._____ en 2011, en plus du salaire qu'il a perçu auprès de son dernier employeur en 2012, tous deux indexés à l'année 2014. La question de la légitimité de la prise en compte du revenu accessoire peut cependant à nouveau demeurer indécise au vu du résultat de la comparaison des gains. Il se justifie néanmoins d'indexer le revenu sans invalidité retenu par l'OAI à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2016, puisque le droit à la rente aurait, au plus tôt, pu s'ouvrir au terme

du délai de carence d'une année (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). Le revenu sans invalidité du recourant se serait ainsi monté à 69'765 fr. en 2016.

En l'absence de reprise d'activité professionnelle, c'est à juste titre que l'OAI s'est basé sur les statistiques ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires) pour déterminer le revenu avec invalidité. Selon ces dernières, le revenu mensuel moyen obtenu en 2014 par un homme exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) était de 5'312 fr., montant qu'il y a lieu d'indexer selon l'évolution des salaires jusqu'en 2016 et d'adapter à la durée de travail hebdomadaire en 2016 (41,7 heures), ce qui donne un revenu annuel de 67'186 francs. L'abattement de 10 % effectué par l'OAI compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant s'avère pour le surplus conforme à la jurisprudence (cf. à ce sujet ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il en résulte un revenu avec invalidité de 60'467 fr. 40 et un degré d'invalidité de 13,33 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. En conséquence, le recourant n'aurait en aucun cas droit à une rente pour l'aggravation de son état de santé courant 2015, liée à l'atteinte à la hanche.

6. a) Le recourant estime en outre qu'il a droit à des mesures de reclassement professionnel. Or, comme déjà exposé dans l'arrêt du 20 septembre 2016 (consid. 6), il ne remplit pas les conditions à l'octroi de telles mesures puisque sa perte de gain est bien inférieure à 20 %. A cet égard, on peut relever que la jurisprudence a considéré qu'un taux d'invalidité de 16 % était insuffisant pour ouvrir le droit à de telles mesures (cf. Valterio, op. cit., n° 1692 p. 454s.).

Il est compréhensible que dans le cadre de la relation thérapeutique, les médecins traitants du recourant, à savoir les Drs R._____ et D._____, aient recommandé des mesures de réadaptation. Néanmoins, une telle recommandation ne fonde pas le droit à des mesures de reclassement professionnel lorsque, comme dans le cas d'espèce, il existe sur le marché du travail un nombre certain d'activités

simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, offrant des revenus certes inférieurs à celui précédemment réalisé mais n'entraînant toutefois pas une incapacité de gain suffisante au regard de la jurisprudence. Le recourant ne remplit par conséquent pas les conditions légales d'octroi d'une orientation professionnelle ou d'une formation professionnelle initiale.

b) S'agissant de l'aide au placement, l'OAI y a mis fin en raison de la nouvelle atteinte à la santé et de l'opération qu'elle entraînait, ce dont il a avisé le conseil du recourant par courrier du 8 avril 2015. Certes, ce courrier mentionne une réactivation de la mesure une fois l'exigibilité connue et le rapport final de placement établi le 22 juin 2015 évoque une incapacité de travail de 3 à 4 mois suivant l'opération de la hanche. Il ne saurait cependant être reproché à l'OAI de s'être abstenu d'une telle réactivation d'office à tout le moins jusqu'au terme de l'instruction médicale. Or, lors de l'examen clinique SMR du 9 mars 2017, le recourant a indiqué qu'une opération de sa hanche droite était envisagée pour le mois de juin 2017, puis il a confirmé, au stade des observations sur le projet de décision, devoir subir une nouvelle opération chirurgicale, perspective susceptible de faire obstacle à une aide au placement. En de telles circonstances, on ne saurait reprocher à l'OAI de s'être abstenu de réactiver d'office l'aide au placement. En outre, dans la mesure où l'art. 87 al. 3 RAI s'applique par analogie aux mesures de réadaptation (cf. Valterio, op. cit., n° 1722 in fine, p. 463), il incombait au recourant d'interpeller à nouveau l'OAI en vue d'une aide au placement s'il avait l'intention d'exercer une activité lucrative.

Par ailleurs, l'aide au placement suppose l'existence d'une incapacité de travail au sens de la définition de l'art. 6 LPGA, comme le mentionne explicitement l'art. 18 LAI, et se rapporte donc à l'incapacité de travail dans la profession ou le domaine d'activité de l'assuré, en l'occurrence la plâtrerie peinture, soit celle seule admise par l'OAI, et non à une incapacité de travail en toutes activités. L'argument du recourant quant à une reconnaissance implicite par l'OAI d'une telle incapacité de travail tombe ainsi à faux.

7. Enfin, contrairement à ce que le recourant persiste à soutenir, l'OAI n'est pas lié par la position de l'assureur perte de gain, comme la Cour de céans l'a déjà exposé dans son arrêt du 20 septembre 2016 (cf. consid. 4c).

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision de l'OAI du 19 juin 2017 confirmée.

b) Les frais de justice, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), étant rappelé que l'assistance judiciaire n'a été sollicitée et accordée que sous la forme d'une dispense de l'avance des frais judiciaires.

Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 juin 2017 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 mis à la charge du recourant.
- IV.** 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 Jean-Louis Duc (pour le recourant),
- 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 :