

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 janvier 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; art. 4 al. 1, 17 et 28 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en 1960, a déposé le 2 mars 2009 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Il a indiqué avoir suivi une formation de magasinier de décembre 1994 au 31 janvier 2001 [sic] et avoir obtenu un certificat. Il a annoncé qu'il avait travaillé du 1^{er} mars au 31 mai 2001 à 100 % pour W._____ en qualité de magasinier-préparateur pour un salaire mensuel brut de 3'850 fr., puis du 15 mai au 31 août 2001 pour le compte de J._____ à temps plein comme préparateur produits frais, réalisant un revenu brut mensuel de 4'000 fr., et finalement auprès d'I._____, sur appel, en tant que chauffeur-livreur, entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre 2008, au salaire horaire de 22 francs. Il a également exposé bénéficier du revenu d'insertion. Il a expliqué présenter depuis le 25 mars 2008 une incapacité de travail totale qui perdurait en raison de douleurs au dos et d'une hernie discale.

En annexe à sa demande, l'assuré a en particulier produit un certificat médical du 16 octobre 2008 du Dr L._____, médecin généraliste traitant, selon lequel il était dispensé de travail pour raison médicale dès le 25 mars 2008. L'assuré a également joint un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 18 décembre 2008 du Dr G._____, spécialiste en radiologie, qui relevait notamment une discrète cunéiformisation somatique antérieure en L1 [1^{ère} vertèbre lombaire] avec une large herniation intra-spongieuse de Schmorl, et dont la conclusion était la suivante :

« Séquelles de Scheuermann avec des altérations biomécaniques modérément inflammatoires de voisinage de type Modie I en L1. Discopathie pluri-étagée sans hernie aux quatre derniers niveaux disco-jonctionnels lombaires actuellement sans retentissement significatif sur les dimensions canalaire, foraminales et récessiales encore préservées. Surcharge des ligaments sus-épineux à la hauteur de L3-L4 également ébauchée en L2-L3 et L1-L2. »

L'assuré a encore produit un courrier du 30 décembre 2008 du Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, adressé au Dr L._____, à la teneur suivante :

« Selon la description du radiologue, il existe des discopathies pluri-étagées pouvant expliquer la symptomatologie.

On relève par ailleurs en regard de séquelles de maladie de Scheuermann en L1 une réaction inflammatoire. Cette découverte qui n'est pas si rare que cela peut expliquer des douleurs plus ou moins constantes. L'évolution naturelle de ces réactions inflammatoires est celle de l'involution graisseuse avec diminution de la composante douloureuse.

Sur le plan thérapeutique il convient d'insister sur le travail de renforcement musculaire et proprioceptif que le patient doit effectuer régulièrement. »

L'assuré a enfin joint à sa demande un certificat médical établi en février 2009 par le Dr X._____, chirurgien orthopédique [...], selon lequel l'examen clinique avait notamment révélé une douleur rachidienne à la pression, l'état de l'assuré pouvant être amélioré par un traitement médical.

Dans son rapport du 20 mars 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr Z._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dorso-lombalgies rebelles sur maladie de Scheuermann avec réaction inflammatoire en regard d'un nodule de Schmorl centré sur L1, ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'ostéoporose en cours d'investigation. Ce médecin a précisé avoir examiné l'assuré pour la première fois le 26 juin 2008, puis régulièrement depuis novembre 2008. Il a relevé que la situation de son patient n'était pas stabilisée à ce stade et que celui-ci pouvait travailler en position assise, dans différentes positions et exercer des activités principalement en marchant, mais ne pouvait travailler uniquement en position debout, ni avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation en position assise/debout, soulever/porter, monter sur une échelle/un échafaudage, monter les escaliers, ni se pencher. Le Dr Z._____ a notamment joint à son rapport un courrier du 13 novembre 2008 adressé au Dr L._____, selon lequel l'assuré présentait des rachialgies diffuses à prédominance lombaire de longue date.

Le 25 mars 2009, I. _____ a adressé à l'OAI un questionnaire pour l'employeur, selon lequel l'assuré avait œuvré pour le compte de cette société en qualité de magasinier du 4 août 1997 au 4 janvier 2008. Son salaire horaire se montait à 22 francs.

Dans un rapport à l'OAI du 18 avril 2009, le Dr L. _____ a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, de probable fracture-tassement L1, d'ostéoporose lombaire et hanches, marquée, en investigation, d'hypovitaminose D, de discopathie de tunnel cubital droit (2004) opéré le 12 février 2004 et d'hypoesthésie territoire cubital droit résiduelle. Le traitement avait débuté en 2004 et se poursuivait actuellement, simultanément à celui du Dr Z. _____. Le Dr L. _____ a relevé que son patient avait été magasinier jusqu'en 2001 et ne pouvait plus porter de charges de plus de 5 kg en raison de ses douleurs. L'activité exercée n'était plus exigible et le rendement réduit de 100 %. De l'avis de ce médecin, l'on ne pouvait pas s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle. Ce praticien a souligné pour le surplus que plus aucuns travaux ne pouvaient être exigés de la part de l'assuré (pas de position assise, debout, ni de différentes positions, pas d'activités exercées principalement en marchant, ni en se penchant, pas de travail au-dessus de la tête, ni accroupi, à genoux, en rotation position assise/debout, soulever/porter, monter sur une échelle/échafaudage/escaliers). Le Dr L. _____ a notamment joint à son envoi un rapport du 20 janvier 2004 du Dr H. _____, spécialiste en neurologie, confirmant la présence d'une atteinte déjà prononcée du nerf cubital droit au coude, ainsi qu'un protocole opératoire du 12 février 2004 de la Dresse C. _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, relatif à une neuropathie et une neurolyse du nerf cubital au coude droit.

Etaient encore annexés un rapport du 10 février 2009 établi par la Dresse MM. _____ de la RR. _____ à [...], au Maroc, consécutif à une imagerie aux rayons X de la colonne lombaire, qui constatait une décalcification osseuse et un tassement somatique ostéoporotique de L1, ainsi qu'un rapport de février 2009 du Dr X. _____, qui indiquait que la

radiographie et l'IRM montraient un tassement somatique de L1, dont l'origine restait à déterminer.

Etait également joint un rapport du 4 mars 2009 du Dr D._____, radiologue, à la suite d'une minéralométrie, qui constatait une ostéoporose significative et importante de la colonne lombaire, ainsi que du col fémoral gauche, avec la précision que ces valeurs étaient nettement abaissées pour l'âge du patient. Y était annexé un résumé des résultats DXA (absorptiométrie biphotonique à rayons X), faisant état d'un haut risque fracturaire pour la colonne vertébrale et un risque fracturaire augmenté s'agissant de la hanche gauche.

Etait enfin joint un courrier du Dr Z._____ à l'attention du Dr L._____, daté du 20 mars 2009, qui relevait ce qui suit :

« Ce dernier [réd. : l'assuré] est connu pour des dorso-lombalgies chroniques. Le dernier bilan radiologique met en évidence une suspicion de fracture en regard de L1.

Une densitométrie osseuse a été réalisée. Elle met en évidence des valeurs hautement pathologiques avec un T-score au niveau lombaire à - 4.7, - 2.3 au niveau de la hanche.

Lors de la recherche de facteurs de risque d'ostéoporose ou de fractures on relève les éléments suivants : le patient n'a jamais présenté de fracture, il n'y a pas de notion d'ostéoporose ou de fracture dans sa famille. Sa diète calcique est insuffisante, évaluée à 1-2 portions de produits laitiers par jour. Il n'a jamais été au bénéfice de stéroïdes. Il fume un paquet par jour depuis l'âge de 23 ans. Il n'a jamais fumé plus. Il ne prend qu'occasionnellement de l'alcool. Il ne signale pas de troubles sexuels.

Le bilan radiologique a été examiné en détail à l'aide des radiologues de l'hôpital d' [...]. La lésion centrée sur L1 peut être expliquée par la présence d'une herniation intra-spongieuse de Schmorl à l'origine d'une modification de la morphologie vertébrale pouvant faire suspecter une éventuelle fracture. Comme mentionné dans mon rapport précédent, cette herniation s'accompagne d'une réaction inflammatoire pouvant expliquer les douleurs du patient.

Les valeurs densitologiques sont pathologiques. [...]

L'ostéoporose chez l'homme est rare. Il convient de rechercher une cause secondaire. [...]

Une fois ce bilan secondaire effectué, nous pourrions discuter d'une attitude thérapeutique. »

Un rapport d'évaluation établi le 20 avril 2009 par l'OAI a conclu que l'assuré attendait une aide financière de l'Al et qu'il ne se sentait pas apte à suivre une mesure.

Dans son rapport du 22 avril 2009, le Dr P. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques sur séquelles de maladie de Scheuermann et d'ostéoporose, ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions. Il a en outre relevé ce qui suit :

« [Réd. : l'assuré] est en IT [incapacité de travail] à 100 % depuis le 25.03.2008 pour des dorso-lombalgies chroniques en exacerbation, ne répondant pas à la prise en charge par des médicaments et physiothérapie. Les investigations ont mis en évidence des séquelles importantes d'une maladie de Scheuermann, particulièrement au niveau de L1 où un nodule de Schmorl a causé un enfoncement du plateau supérieur de la vertèbre suspect de fracture, avec des signes inflammatoires à l'IRM. On a encore mis en évidence une ostéoporose significative, avec une carence en vitamine D et un apport faible de calcium. Ces atteintes entraînent les limitations fonctionnelles mentionnées en page 1 et rendent les activités habituelles de magasinier ou chauffeur-livreur inadaptées. Dans une activité adaptée, la CT [capacité de travail] est entière ; mais il faut noter que cet assuré n'a plus eu d'activité depuis 2001 (sauf 2 mois en 2008) et qu'il est dans une situation psycho-sociale difficile. Les chances de réinsertion son faibles. »

Dans un projet de décision du 27 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a constaté qu'une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée dans une activité sans port de charges de plus de 5 kg, et sans porte-à-faux du tronc avec alternance des positions. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, l'OAI a indiqué qu'en 2009, sans invalidité, l'assuré aurait pu obtenir un salaire de 62'218 francs. Pour calculer le salaire avec invalidité, l'OAI a tenu compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré, portant ce revenu à 55'996 francs. En comparant ces chiffres, il a conclu que le taux d'invalidité s'élevait à 10 %, ce qui était insuffisant pour obtenir une rente. L'OAI a ajouté que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, dès lors que, sans formation, l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans préjudice important. Il a également nié le droit au reclassement, ce dernier supposant une perte de gain durable d'environ 20 %, ce qui n'était pas le cas de l'assuré.

Le 4 juin 2009, l'assuré a produit un certificat médical daté du même jour établi par le Dr L._____, qui notait que le projet de décision avait été formulé avant que l'ostéoporose marquée de son patient n'ait été constatée, et qui indiquait qu'une incapacité de 100 %, même pour un travail adapté, lui paraissait judicieuse.

Poursuivant l'instruction du cas, l'OAI a posé des questions complémentaires au Dr L._____. Dans son rapport du 12 septembre 2009 à l'OAI, ce praticien a indiqué qu'actuellement, toute activité physique était contre-indiquée, et que l'on ne pouvait s'attendre actuellement à la reprise d'une activité professionnelle, tout en précisant, en réponse à la question de savoir si un travail pourrait être repris, « travail n'exigeant aucun effort physique ». Les diagnostics posés étaient les suivants : dorso-lombalgies chroniques avec cunéiformisation de L1, ostéoporose importante de la colonne lombaire et de la hanche gauche incompatible avec l'âge, déplétion en vitamine D3, insuffisance pondérale avec BMI (Body Mass Index, indice de masse corporelle) de 16.43, cervicalgies, céphalées tensionnelles, dyspepsie sur AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et status après neurolyse du nerf cubital au coude droit pour neuropathie avancée le 12 février 2004. Il a joint à son envoi un rapport du 21 avril 2009 du Dr Z._____ à son attention, qui indiquait ce qui suit :

« Le résultat [réd. : du bilan biologique] amène les commentaires suivants : il existe un déficit en vitamine D. La calciurie de 24 heures est augmentée de même que le rapport désoxy-pyridinoline sur créatinine. Il est difficile [réd. : de savoir] si ces deux dernières sont augmentées suite à l'insuffisance en vitamine D ou s'il s'agit d'une autre affection concomitante.

Sur le plan pratique il conviendrait d'effectuer un dosage de la triptase sérique (afin d'exclure une mastocytose). La substitution de 300'000 unités de vitamine D instaurée est tout à fait adéquate. (...) Il convient de prévoir, dans un délai de 4-6 mois, un nouveau dosage des marqueurs du remodelage osseux ainsi que la calciurie de 24h afin de déterminer si les éléments pathologiques objectivés sont secondaires à cette insuffisance en vitamine D ou s'ils sont primaires. »

L'OAI a également prié le Dr Z._____ de répondre à ses questions, ce qu'il a fait dans un rapport du 22 septembre 2009. Il y a

posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de dorso-lombalgies rebelles sur maladie de Scheuermann avec réaction inflammatoire en regard d'un nodule de Schmorl centré sur L1. Il a expliqué que la situation était inchangée par rapport à ce qui était décrit dans son rapport du 20 mars 2009. Quant aux différentes investigations menées à la recherche d'une cause secondaire d'ostéoporose, elles s'étaient avérées négatives. Le Dr Z. _____ a apporté les réponses suivantes aux questions de l'OAI :

« J'ai revu le patient à une seule reprise le 17 avril 2009. Il faisait part de la persistance d'une symptomatologie de caractère mécanique. Sa capacité de travail dans une activité adaptée qui lui permet les mesures d'épargne rachidienne me paraît conservée. Mon appréciation quant aux travaux qui peuvent être exigés n'est pas différente de celle décrite dans mon rapport du mois de mars. »

Le Dr N. _____ du SMR a relevé ce qui suit dans son avis médical du 5 novembre 2009 :

« L'assuré appuie sa contestation sur :

- Attestation manuscrite du Dr L. _____ (4.6.2009) : ce document fait état d'une ostéoporose justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité. Cette affirmation n'est pas fondée. Ni le status ni les limitations fonctionnelles ne sont décrites.

- Rapport du Dr L. _____ (12.9.2009) : rappelle les diagnostics déjà connus. Affirme que toute activité physique est contre-indiquée. A terme, le Dr L. _____ estime qu'un travail n'exigeant aucun effort est envisageable.

- Rapport du Dr Z. _____ (22.9.2009) : se réfère à son précédent rapport, en rappelant que la capacité de travail dans une activité adaptée est conservée.

Au vu de ce qui précède, il convient de souligner que ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant en matière de capacité de travail, mais bien les limitations fonctionnelles objectives qu'entraîne la maladie. Dans le cas qui nous occupe, le fait qu'on ait diagnostiqué une ostéoporose et un déficit en vitamine D a un grand intérêt thérapeutique pour l'assuré, mais ne modifie en rien les limitations fonctionnelles, ainsi que l'observe le Dr Z. _____.

Nous devons constater que le Dr L. _____ envisage la possibilité pour l'assuré de reprendre une activité sans effort. Le Dr Z. _____, quant à lui, est plus précis dans le sens qu'il atteste formellement une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Nous partageons l'avis de ce spécialiste.

En réponse à vos questions, nous disons que les éléments médicaux fournis ne sont pas susceptibles de modifier notre position. »

Par décision du 12 novembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 avril 2009 et a refusé d'allouer à l'assuré des prestations de l'Al. Dans un courrier du même jour à l'assuré, l'OAI a

exposé que dans son rapport du 12 septembre 2009, le Dr L._____ avait rappelé les diagnostics déjà connus et n'avait pas apporté d'éléments susceptibles de modifier ses conclusions ; quant au Dr Z._____, il s'était référé à son précédent rapport et avait expliqué que la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré était conservée.

L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans le cadre de son recours, il a notamment produit le rapport médical du 22 avril 2009 du Dr P._____, portant une annotation du Dr L._____, effectuée le 28 août 2009, selon laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée ne serait pas de 100 %, mais de 0 %. La Cour de céans a rejeté le recours, par arrêt du 6 avril 2011 (cause AI 562/09 - 174/2011), en retenant que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a pour le surplus calculé que le taux d'invalidité de l'assuré était de 11 %, après comparaison du revenu d'invalidité (55'252 fr. 10) avec de celui sans invalidité (62'169 fr.), soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente et à des mesures de reclassement. Elle a notamment exposé ce qui suit au considérant 4 de l'arrêt :

« Le diagnostic d'ostéoporose a également été posé. A cet égard, il y a lieu de constater que seul le Dr L._____ soutient que ce diagnostic justifie une incapacité de travail totale dans toute activité. Or, il y a lieu de suivre ici l'appréciation du Dr N._____ du SMR dans son avis médical du 5 novembre 2009, qui rappelle que ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant en matière d'incapacité de travail, mais bien les limitations fonctionnelles objectives qu'entraîne la maladie. Dans ces conditions, le fait que les diagnostics d'ostéoporose et de déficit en vitamine D aient été posés ne modifie pas les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Cela étant, le Dr X._____ qui a examiné l'assuré en février 2009, souligne que l'état de l'assuré est susceptible d'amélioration. Le Dr L._____ lui-même paraît également l'admettre, lorsqu'il répond à l'OAI dans son rapport médical du 12 septembre 2009, qu'un travail n'exigeant aucun effort physique pourrait être repris. Le Dr Z._____ confirme par ailleurs dans son rapport médical du 22 septembre 2009 à l'OAI que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée qui lui permet les mesures d'épargne rachidienne lui paraît conservée. Cet avis est partagé par le Dr N._____ du SMR dans son avis médical du 5 novembre 2009. Quant aux limitations fonctionnelles, le Dr P._____, après examen du dossier de l'assuré, conclut dans son rapport médical du 22 avril

2009, qu'elles sont les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions. Cette appréciation ne prête pas flanc à la critique, dans la mesure où elle repose sur le rapport médical du Dr Z. _____ du 20 mars 2009 ainsi que sur celui du 18 avril 2009 du Dr L. _____, qui précise que son patient ne peut pas porter des charges de plus de 5 kg.

En définitive, seul le Dr L. _____ a retenu une incapacité de travail de 100 %. Or celui-ci est médecin généraliste et non pas médecin spécialiste, contrairement au Dr Z. _____. Il est en outre le médecin traitant du recourant. En cette qualité, ses constatations doivent ainsi être admises avec réserve. Les rapports médicaux du Dr L. _____ se révèlent par ailleurs contradictoires. Ce praticien a en effet affirmé le 4 juin 2009 qu'une incapacité de 100 % dans toute activité lui paraissait "*judicieuse*", indiquant pour le surplus sans autres explications le 28 août 2009 sur le rapport médical du 22 avril 2009 du Dr P. _____ que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 0 %, alors que le 12 septembre 2009, il a mentionné qu'un travail n'exigeant pas d'effort physique pourrait être repris. Il y a dès lors lieu de préférer les avis du Dr Z. _____ et ceux des médecins du SMR à celui du médecin généraliste traitant du recourant. »

L'arrêt du 6 avril 2011 n'a pas été contesté et est entré en force.

B. Le 11 juin 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en faisant état de dorso-lombalgies chroniques et d'ostéoporose, indiquant être suivi depuis 2004 par le Dr L. _____ pour les mêmes problèmes. Il a joint à son envoi un certificat du 30 mars 2012 de ce médecin à teneur duquel il ne pouvait plus travailler depuis le 25 mars 2008 pour raison médicale. Il a également annexé le certificat du 16 octobre 2008 et le rapport du 4 juin 2009 établis par le Dr L. _____, déjà au dossier.

Le 15 juin 2012, l'OAI a invité l'assuré à rendre plausible une modification de son état de santé. L'intéressé a produit en particulier un rapport du 2 juillet 2012 de la Dresse R. _____, spécialiste en radiologie, faisant suite à une IRM de la colonne lombaire, dans lequel elle concluait à des séquelles de la maladie de Scheuermann avec cunéiformisation antérieure de L1 et à une discopathie discrète L2-L3 et L3-L4. Elle notait qu'il n'y avait pas de hernie discale ni d'argument en faveur d'un canal lombaire étroit. Elle indiquait également une altération de signal de l'os spongieux prédominant sur le versant sacré de l'articulation sacro-iliaque

gauche non spécifique. A titre de diagnostic différentiel, était posée la question d'une origine inflammatoire, mécanique, ou autre. L'assuré a également produit un rapport du même jour de cette radiologue, consécutif à une imagerie du bassin de face, ainsi que de la colonne lombaire de face et de profil, qui concluait à une ostéopénie et à de minimales altérations dégénératives lombaires basses.

Par projet de décision du 16 juillet 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 11 septembre 2012, l'assuré a encore produit un rapport de densitométrie osseuse lombaire et fémorale gauche par DXA du 3 juillet 2012, aux termes duquel le Dr D._____ concluait à une ostéoporose marquée de la colonne lombaire et à une ostéopénie à la limite de l'ostéoporose de la hanche gauche, avec la précision que ces valeurs étaient nettement en dessous de la moyenne pour l'âge du patient et qu'il y avait une perte de densité relativement prononcée entre les deux examens (cf. rapport du 4 mars 2009 du Dr D._____). Y était joint un résumé des résultats DXA faisant état d'un haut risque fracturaire pour la colonne lombaire et la hanche gauche. L'assuré a également produit une note du 31 août 2012 de la Dresse DD._____, spécialiste en médecine interne générale, du service des urgences de l'Hôpital de [...], qui indiquait que l'assuré avait consulté le même jour à cause de douleurs thoraciques survenues après un port de charge, soit une télévision, le 29 août 2012. Cette praticienne relevait, à la suite d'une radiographie thoraco-lombaire, s'agissant de la 9^e vertèbre dorsale, « [illisible] D9 (nouvelle ?) ».

Par décision du 18 septembre 2012, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière. Cette décision est entrée en force.

C. Le 7 novembre 2014, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, en faisant état, quant au genre d'atteinte à la santé, d'une fracture de la colonne, de problèmes lombaires, d'un risque de fracture de la hanche gauche, ainsi que d'une ostéoporose marquée

résistante aux traitements, dites atteintes existant depuis 2008. L'assuré a produit avec sa demande un rapport du 5 novembre 2014 du Dr L._____, dans lequel ce médecin exposait notamment que l'assuré présentait une ostéoporose importante, avec une fracture-tassement de D9 et L1, que la première décision de l'AI avait été prise avant que l'ostéoporose invalidante ait été constatée, et que la capacité de travail était nulle. Etais annexé au rapport du Dr L._____, un rapport de minéralométrie du 7 mai 2014 du Dr D._____, faisant état d'une discrète amélioration de la densité osseuse de la hanche et de la colonne lombaire relativement à l'examen de 2012, cependant avec une persistance d'une ostéoporose marquée de la colonne lombaire et d'une ostéopénie prononcée de la hanche gauche. Etais également joint un rapport du 6 mars 2013 de la Dresse M._____, cheffe de clinique au Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur du V._____, (ci-après : V._____) et du Dr K._____, chef de clinique adjoint au sein de ce service, selon lequel le patient, avec une insuffisance pondérale, présentait une ostéoporose fracturaire marquée par une fracture de D9 récente, en août 2012, et de L1, non datée. En outre, étaient annexés deux rapports établis par le Dr X._____, le 9 avril 2013 et le 15 septembre 2014, qui faisaient état de risques de fracture de la hanche gauche, ainsi que de fracture-tassement de la vertèbre T9, respectivement de tassements vertébraux.

Dans une fiche interne du 11 novembre 2014, l'OAI a indiqué qu'il était impossible de contacter l'assuré par téléphone, et qu'il semblait par conséquent nécessaire de le convoquer afin de faire le point de la situation.

Dans son rapport à l'OAI du 25 novembre 2014, le Dr L._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'ostéoporose marquée, résistante aux bisphosphonates et à tous les autres traitements, de fracture-tassement de D9 et L1, de risque de fracture de la hanche gauche, ainsi que de cachexie avec une importante perte pondérale, le BMI étant de 17.99. Ce médecin a estimé la capacité de travail nulle depuis 2008, en relevant que compte tenu de l'importante

ostéoporose, avec un risque de fracture important, aucune activité physique ne pouvait être exercée.

Par communication du 19 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, car sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Dans un rapport à l'OAI du 10 février 2015, les Dresses M. _____ et CC. _____, médecin assistante au sein du Service de rhumatologie du V. _____, ont posé les diagnostics d'ostéoporose fracturaire avec une fracture vertébrale de D9 en 2012 non-traumatique. A l'anamnèse, elles ont relevé que le patient avait refusé une vertébroplastie et/ou un traitement par tériparatide. Elles ont noté que le patient gardait des dorsalgies en regard de D9 avec irradiations au niveau glutéal gauche. Par ailleurs, elles ont exposé ne pas avoir établi d'arrêt de travail concernant l'assuré. Elles ont relevé qu'actuellement, le patient était restreint dans ses activités physiques, en raison des dorsalgies limitant les positions debout et assise prolongées, et qu'il était également probablement impossible pour lui de porter des charges lourdes. En outre, compte tenu des investigations médicales en cours, elles n'étaient pas en mesure d'apprécier si l'activité exercée était encore exigible. Au titre des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré, elles ont mentionné que la consultation des maladies osseuses n'était pas habilitée à déterminer la capacité de travail du patient.

Par avis médical du 4 mai 2015, le Dr B. _____ du SMR a fait état de ce qui suit :

« [...] Il convient de considérer le dossier médical qui - en 2009 - avait conduit aux conclusions du rapport d'examen SMR SR du 22.04.2009 et à la décision du 12.11.2009.

Il est fait référence dans ledit avis à divers rapports du Dr Z. _____, rhumatologue FMH, du 30.12.2008 et du 20.03.2009 ; l'ostéoporose est dûment documentée (Rapport de densitométrie osseuse du 04.03.2009) et le Dr Z. _____ a fait faire les examens nécessaires à l'exclusion d'une ostéoporose secondaire. On apprend par le même rapport de densitométrie du 04.03.2009 que, ce jour-là la taille de

l'assuré était de 180 cm et son poids de 61.0 kg soit un BMI de 18.8 kg/m². Quant à l'image d'enfoncement du plateau supérieur de L1, l'IRM et les commentaires du Dr Z. _____ ne permettent pas de conclure définitivement à un tassement ostéoporotique, l'image évoquant plutôt une « large herniation intra-spongieuse de Schmorl » d'après le rapport d'IRM du 18.12.2008 et celui du 02.07.2012. Ces examens hautement spécialisés ont plus de valeur diagnostique que le rapport succinct du service de RR. _____ de [...] du 10.02.2009 qui conclut, sans description à un « tassement somatique ostéoporotique de L1 ».

Tous ces éléments avaient été pris en considération pour définir la CT [capacité de travail] exigible de l'assuré dans une activité très légère (p.ex. soulèvement et port de poids ≤ à 5 kg), cette CT étant attestée par le rhumatologue-traitant, Dr Z. _____.

Actuellement, le MT [médecin traitant] signale une cachexie (RM [rapport médical] du 25.11.2014) avec un BMI à 17.9 kg/m², sur la base d'une taille de 178 cm et d'un poids de 57 kg ; par rapport à mars 2009, on note une perte de taille de 2 cm et une perte de poids ; le BMI est cependant peu modifié par rapport à mars 2009. Ceci ne représente donc pas un fait nouveau significatif. D'ailleurs en 2012 [recte : le 12 septembre 2009], le BMI était de 16.43 (Certificat de Dr L. _____).

Le RM du service de rhumatologie du V. _____ du 10.02.2015 nous apprend que l'assuré a présenté une fracture non-traumatique de D9 en 2009 [recte : 2012] qui engendre des « douleurs dorsales en regard de D9 avec irradiation au niveau gluteal ». Le dossier ne comprend pas de rapport de radiologie de la colonne dorsale datant de 2012, mais la note du Service des Urgences de l'Hôpital de [...] du 30.08.2012 [recte : 31.08.2012] indique que l'assuré a consulté ce même jour à 19h suite à un effort de soulèvement (TV) qui a eu lieu le 29.08.2012 ; les radiographies ont révélé un tassement de D9 sans pouvoir affirmer s'il s'agit d'une fracture récente ou non. Les rhumatologues ne signalent pas de trouble neurologique et on peut donc admettre que la guérison est acquise ; d'ailleurs l'assuré a refusé une vertébroplastie et un traitement de tériparatide. Les rhumatologues refusent de s'exprimer quant à la CT.

Les éléments fournis par le MT ne prouvent pas une modification telle de la situation qu'elle rendrait invalides les conclusions du rapport d'examen SMR SR du 22.04.2009. La CT exigible biomécaniquement reste complète dans une activité très légère permettant l'alternance régulière de la position assis et debout et un port/soulèvement de charges ≤ 5 kg. »

Par projet de décision du 7 juillet 2015, l'OAI a informé l'assuré, par Procap, qui l'assistait alors, que sa troisième demande de prestations était rejetée.

L'assuré, toujours assisté par Procap, a fait part le 10 septembre 2015 de ses observations sur le projet de décision, en faisant

pour l'essentiel valoir que l'OAI avait sous-estimé les conséquences de la sévérité de l'ostéoporose dont il était atteint et que son état s'était aggravé depuis 2012, estimant qu'aucune capacité de travail n'était exigible, subsidiairement que des mesures d'instruction devaient être mises en œuvre pour déterminer précisément ses limitations fonctionnelles et son éventuelle capacité de travail résiduelle.

Par avis du 28 septembre 2015, les Drs B._____ et FF._____ du SMR ont relevé que le conseil de l'assuré livrait essentiellement une analyse personnelle des données médicales, mais ne fournissait aucun document médical nouveau pertinent qui conduirait à admettre que l'état de santé de l'assuré n'était pas compatible avec une activité professionnelle très légère telle que définie dans le rapport du 22 avril 2009 du Dr P._____ du SMR, et qui invaliderait les conclusions de l'avis médical établi le 4 mai 2015 par le Dr B._____ du SMR.

Par décision du 9 février 2016, l'OAI a confirmé son projet du 7 juillet 2015, en précisant qu'une pleine capacité de travail était maintenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle que dans l'industrie légère, mentionnant les activités de conditionnement léger à l'établi, de montage-assemblage de petites pièces mécaniques à l'établi, d'opérateur de production de petites mécaniques (perçage, sertissage), ainsi que de contrôle (visuel) de qualité. Dans un courrier du même jour, l'OAI a indiqué que la nouvelle demande de prestations de l'assuré n'avait pas permis d'objectiver une modification de ses décisions des 12 novembre 2009 et 18 septembre 2012.

D. Par acte du 9 mars 2016, S._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Il fait pour l'essentiel valoir que son état s'est péjoré, se fondant sur les rapports du 3 juillet 2012 du Dr D._____, du 6 mars 2013 du Dr L._____ [recte : des Drs M._____ et K._____], du 5 novembre 2014 du Dr L._____, ainsi que sur la fiche interne du 11 novembre 2014 de l'OAI et la communication du 19 janvier 2015 que lui a adressé l'OAI. Le

recourant allègue également que l'intimé ne pouvait se fonder sur le seul rapport du 4 mai 2015 du SMR pour écarter toutes les autres appréciations médicales.

Dans sa réponse du 2 mai 2016, se référant à l'avis du 4 mai 2015 du Dr B. _____ du SMR, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 23 mai 2016, l'assuré a derechef requis un complément d'instruction de l'OAI.

Le 18 juillet 2016, l'assuré a produit spontanément un rapport du 17 juin 2016 de densitométrie osseuse de la Dresse O. _____, spécialiste en radiologie, qui concluait à la persistance d'une ostéoporose de la colonne lombaire avec score TBS [Trabecular Bone Score, indice de texture osseuse] partiellement dégradé et à la persistance d'une discrète ostéopénie de la hanche gauche. Y était joint un résumé des résultats DXA, faisant état d'un risque fracturaire élevé pour la colonne vertébrale et un risque fracturaire augmenté s'agissant de la hanche gauche. L'assuré a également produit un rapport du 14 juillet 2016 du Dr L. _____, qui relevait que la dernière densitométrie osseuse, effectuée le 17 juin 2016, montrait une péjoration du risque fracturaire. En outre, ce médecin indiquait que la première décision de l'AI avait été prise bien avant que ne soit découverte cette ostéoporose invalidante et qu'un changement très important était survenu ces dernières années. Le Dr L. _____ concluait à une capacité de travail actuelle de 0 %, ceci même pour un travail adapté.

Le 9 août 2016, l'OAI a une nouvelle fois préavisé pour le rejet du recours. Il a joint un avis médical du 3 août 2016 du Dr B. _____ du SMR, qui énonçait notamment que, s'agissant des fractures des vertèbres D9 et L1, ces éléments étaient connus et pris en compte dans les évaluations précédentes. Il précisait, pour la vertèbre L1, que l'analyse critique des images IRM réalisées notamment par le Dr Z. _____ conduisait à admettre plutôt une grosse herniation de Schmorl dans le plateau supérieur de L1 qu'une fracture. Quant à l'enfoncement de la

vertèbre D9, il était apparu fin août 2012 après que l'assuré ait soulevé une télévision. Le Dr B. _____ concluait qu'il existait une ostéoporose dûment documentée et prise en compte, qui s'était très discrètement aggravée au niveau lombaire entre 2014 et 2016 avec la perte de 0.1 DS [déviation standard], alors que l'ostéopénie avait régressé au niveau du col fémoral gauche, mais sans aucun événement fracturaire survenu depuis 2009 [recte : 2012], moment où le tassement vertébral incontesté, à l'inverse de l'enfoncement du plateau supérieur de L1, s'était produit à la suite d'un effort de soulèvement conséquent. Ce médecin notait également que le TBS n'était que modérément altéré. L'ostéoporose n'avait donc pas le degré de gravité invalidant prétendu par le Dr L. _____.

Le recourant ne s'est pas déterminé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente, mesure de reclassement), en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé de ce dernier s'est péjoré depuis 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, à savoir en l'occurrence celle du 12 novembre 2009.

3. Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (cf. ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (cf. TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) 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 (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; cf. TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (cf. art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (cf. art. 49 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR,

dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 7 novembre 2014 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente – soit la décision du 12 novembre 2009, confirmée par arrêt du 6 avril 2011 de la Cour de céans – et la décision litigieuse du 9 février 2016, l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente et/ou d'une mesure de reclassement de l'assurance-invalidité.

a) Le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé, en se fondant sur le rapport du 3 juillet 2012 du Dr D._____, concluant à une ostéoporose marquée de la colonne lombaire et, pour la hanche gauche, une ostéopénie à la limite de l'ostéoporose, ainsi que sur le rapport du 6 mars 2013 du Dr L._____, [recte : des Drs M._____ et K._____], posant le diagnostic d'ostéoporose fracturaire. Il se réfère également au rapport du 5 novembre 2014 du Dr L._____, qui fait état d'une ostéoporose importante avec une fracture-tassement de D9 et L1, et estime que la capacité de travail est nulle, ce praticien faisant également valoir que la décision du 12 novembre 2009 avait été prise bien avant que l'ostéoporose invalidante ne soit découverte.

Toutefois, contrairement à ce qu'a indiqué le Dr L._____, le diagnostic d'ostéoporose avait déjà été retenu par l'intimé lorsque celui-ci a rendu sa décision du 12 novembre 2009. En effet, pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la première demande AI, l'intimé s'était essentiellement fondé sur le rapport du 22 avril 2009 établi par le Dr P._____ du SMR, qui indiquait que les investigations avaient notamment mis en évidence une ostéoporose significative. Tenant compte de ce diagnostic, ce médecin avait estimé que l'activité habituelle n'était plus adéquate, mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant demeurait entière. Dans son rapport du 4 mai 2015, le Dr B._____ du SMR a confirmé qu'à l'époque, l'ostéoporose était dûment documentée et que les éléments y relatifs avaient été pris en considération pour définir la capacité de travail du recourant. Dans son arrêt du 6 avril 2011, la Cour de céans est au demeurant parvenue à la même conclusion (cf. cause AI 562/09 - 174/2011 consid. 4).

S'agissant de l'évolution de l'ostéoporose depuis lors, le Dr D._____ a fait état, dans son rapport du 3 juillet 2012, d'une perte de densité osseuse relativement prononcée par rapport à l'examen qu'il avait réalisé en 2009. Par la suite, dans son rapport du 7 mai 2014, ce médecin a cependant indiqué une discrète amélioration de la densité osseuse de la hanche et de la colonne lombaire par rapport à 2012. De nouveaux examens ont été entrepris en 2016. Dans son rapport du 17 juin 2016, la Dresse O._____ a conclu à la persistance d'une ostéoporose de la colonne lombaire avec un score TBS partiellement dégradé et à la persistance d'une discrète ostéopénie de la hanche gauche. Après avoir examiné ce rapport, le Dr B._____ du SMR a relevé, dans son avis médical du 3 août 2016, que l'ostéoporose s'était très discrètement aggravée au niveau lombaire entre 2014 et 2016 avec la perte de 0.1 DS, alors que l'ostéopénie avait régressé au niveau du col fémoral gauche. Se fondant sur un tableau publié dans la Revue Médicale Suisse, ce médecin a ajouté que le TBS n'était que modérément altéré (cf. Olivier Lamy, Le Trabecular Bone Score en routine clinique : proposition d'utilisation, Revue Médicale Suisse, 2014, n° 448).

En ce qui concerne d'éventuels fractures/tassements relatifs à l'ostéoporose, le Dr B._____ retient, dans son avis du 4 mai 2015, que l'atteinte à la vertèbre L1 n'est pas un tassement ostéoporotique, mais une large herniation de Schmorl. Il appuie ses constatations sur le courrier du 20 mars 2009 du Dr Z._____, ainsi que sur les rapports d'IRM du 18 décembre 2008 du Dr G._____ et du 2 juillet 2012 de la Dresse R._____, qui en font état. Comme le relève à juste titre le Dr B._____, ces examens hautement spécialisés ont plus de valeur diagnostique que le rapport très succinct de la RR._____ de [...], au Maroc, qui conclut à un tassement ostéoporotique, sans aucune description. En outre, même si dans leur rapport du 6 mars 2013, les Drs M._____ et K._____ concluent à une ostéoporose fracturaire marquée par une fracture de D9 et de L1, il n'est plus fait mention que de la fracture de D9 dans le rapport du 10 février 2015 des Dresses M._____ et CC._____. Finalement, il sied de relever que le Dr P._____ avait de toute manière déjà tenu compte de l'atteinte à la vertèbre L1 dans son rapport du 22 avril 2009, retenant qu'un nodule de Schmorl avait causé un enfoncement du plateau supérieur de cette vertèbre. De plus, aucun élément au dossier ne fait état d'une quelconque aggravation de cette atteinte depuis lors.

En revanche, s'agissant de l'altération de la vertèbre D9 qui, elle, n'existait pas encore lorsque l'intimé a rendu sa première décision, tant le Dr B._____ (cf. rapport du 3 août 2016), que les Drs M._____ et K._____ (cf. rapport du 6 mars 2013), puis M._____ et CC._____ (cf. rapport du 10 février 2015) s'accordent à dire qu'elle est liée à l'ostéoporose. Toutefois, les rapports susmentionnés indiquent que cette atteinte est survenue en août 2012, à la suite d'un effort conséquent effectué par le recourant, à savoir le port d'une télévision, tel que décrit dans la note du 31 août 2012 du service des urgences de l'Hôpital de [...]. Depuis, aucun événement lié à l'ostéoporose n'est survenu.

Il sied encore de constater, concernant la « cachexie avec importante perte pondérale », signalée par le Dr L._____ comme diagnostic ayant effet sur la capacité de travail (cf. rapport du 25

novembre 2014), que le BMI du recourant est peu modifié par rapport à mars 2009, ainsi que le relève le Dr B._____ dans son rapport du 4 mai 2015. En effet, en mars 2009, le recourant présentait une taille de 180 cm et un poids de 61 kg, pour un BMI de 18.8, alors qu'en novembre 2014, sa taille était de 178 cm et son poids de 57 kg, pour un BMI de 17.9.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions du Dr B._____, selon lesquelles l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié de telle manière qu'il rendrait obsolètes les conclusions du rapport du Dr P._____, et en particulier, que l'ostéoporose du recourant n'a pas le degré de gravité invalidant prétendu par le Dr L._____. L'avis du Dr B._____, cohérent, fondé sur des rapports médicaux de spécialistes et concordant avec ces derniers, est à préférer à l'avis, isolé, du Dr L._____. En effet, ce dernier est un médecin généraliste qui, de plus, est le médecin traitant du recourant. En cette qualité, ses déclarations doivent être considérées avec réserve. En outre, dans le cadre de la première demande de prestations de l'assuré, le 2 mars 2009, le Dr L._____ avait déjà soutenu que les atteintes dont souffrait son patient justifiaient une incapacité de travail totale dans toute activité. Son point de vue n'a pas été retenu par la Cour de céans, en raison notamment de ses rapports contradictoires (cf. cause AI 562/09 - 174/2011 consid. 4). De surcroît, tout comme dans le cadre de la première demande de prestations, le Dr L._____ est le seul à retenir une incapacité de travail de 100 %.

b) Le recourant fait encore valoir que l'OAI a reconnu, sur la fiche interne du 11 novembre 2014, qu'il présentait des fractures de la colonne, des problèmes lombaires, un risque de fracture de la hanche gauche et une ostéoporose marquée résistante aux traitements. Toutefois, cette description, figurant sous la rubrique « atteintes à la santé » de ce document intitulé « fiche d'examen du dossier - orientation intervention précoce », ne fait que reprendre mot pour mot les atteintes indiquées par le recourant dans sa demande de prestations du 7 novembre 2014, sans aucune analyse. Il s'agit uniquement d'un document établi en vue de déterminer quelle est la suite à donner au dossier. En l'occurrence, cette pièce informe qu'il est impossible de contacter l'intéressé par téléphone,

et qu'il semble par conséquent nécessaire de le convoquer afin de faire le point de la situation, définir ses limitations et voir les possibilités pour un travail. Le recourant ne peut donc pas déduire de ce document que l'OAI a reconnu qu'il souffrait des atteintes qui y sont mentionnées, singulièrement que celles-ci sont établies et invalidantes.

c) L'intéressé se prévaut également d'une communication du 19 janvier 2015 que l'OAI lui a adressée, l'informant qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible, compte tenu du fait que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée. Le recourant estime que ce document prouve que l'OAI considère que son état de santé s'aggrave. Effectivement, la situation du recourant n'est pas exactement la même qu'en 2009. Toutefois, comme susmentionné, son état ne s'est pas modifié de telle manière qu'il rendrait invalides les conclusions du rapport du 22 avril 2009 établi par le Dr P._____, sur lequel s'était en particulier fondé l'OAI pour rendre sa décision du 12 novembre 2009.

d) Ainsi, comme retenu dans le rapport précité du Dr P._____, la Cour de céans considère que la capacité de travail de l'assuré est toujours entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui demeurent inchangées, la situation du recourant étant superposable à celle ayant donné lieu à la décision initiale du 12 novembre 2009. Dès lors, pour calculer le revenu pouvant être obtenu avec l'invalidité, le taux d'abattement de 10 % du revenu sans invalidité est toujours d'actualité. Ainsi, comme pour la décision précitée, il résulte de la comparaison entre les salaires sans et avec invalidité que le taux d'invalidité présenté par le recourant est largement inférieur au taux de 40 % nécessaire pour obtenir une rente.

C'est donc à bon droit que l'intimé a considéré, dans la décision attaquée, que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis la décision du 12 novembre 2009 dans une mesure propre à justifier l'octroi d'une rente.

6. **a)** L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; cf. TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité.

b) En l'espèce, la reprise d'une activité adaptée à plein temps est toujours raisonnablement exigible de la part du recourant. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'intéressé, le revenu réalisé par le biais d'une telle activité adaptée présenterait une perte de gain durable inférieure au minimum de 20 % permettant de pouvoir bénéficier d'une mesure de reclassement, tout comme déjà exposé dans la décision du 12 novembre 2009. Le refus de l'intimé d'octroyer une telle mesure au recourant, dans la décision litigieuse, est donc justifié.

7. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b).

En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction, tel que requis par le recourant, respectivement de mettre en œuvre de telles mesures.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA, art. 55 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 9 février 2016 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 de S._____.

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 :

- S._____
- 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 :