

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 132 vom 6. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_132](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__132)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 132 du 6 avril 2020

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 132 del 6 aprile 2020

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, RÉVISION{DÉCISION} | 28 LAI, 4 LAI, 8 LPGA, 87 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 06.04.2020 Arrêt / 2020 / 132

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, RÉVISION{DÉCISION} | 28 LAI, 4 LAI, 8 LPGA, 87 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 95/19 - 120/2020 ZD19.009708 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt  
du 6 avril 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Pasche , présidente M. Métral,

juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M. Favez \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
A. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne, et  
Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 87 RAI E n f a i t : A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le  
recourant), né le [...] 1959, sans formation professionnelle, a travaillé comme maçon, ainsi  
que comme encadreur indépendant. Il a présenté une incapacité de travail de 100 % du  
16 février au 11 septembre 2005, de 75 % du 12 septembre 2005 au 31 mars 2006, de 50 %  
du 1 er avril au 31 août 2006 et de 25 % dès le 1 er septembre 2006. L'assuré a déposé une  
première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton  
de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 mars 2006, en faisant état de problèmes de dos,  
d'un divorce, de stress, de douleurs, de fatigue et d'une dépression consécutive à un décès  
dans la famille. Le 21 janvier 2008, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en  
médecine interne générale, a fait état des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de  
lombalgies chroniques sur hernie discale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 et de  
canal lombaire étroit existant depuis l'année 2004. Il a estimé que la capacité de travail dans  
l'activité de commerçant était de 50 % depuis le 2 août 2004. Le 8 février 2008, le Dr  
C. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le  
SMR), a relevé ce qui suit : « Cet assuré originaire d' [...], en CH depuis 1983, naturalisé en  
2002, divorcé en [...] et [...], maçon de formation, a travaillé en tant qu'indépendant comme  
encadreur et gérant d'une galerie d'art ; faillite en [...]. En raison d'un épisode dépressif  
majeur moyen à aigu, avec troubles anxieux phobiques chez trouble de personnalité  
émotionnellement labile, type borderline il a bénéficié d'incapacités de travail suivies. En  
raison de l'amélioration au plan psychiatrique, le Dr D. \_\_\_\_\_ [...] a admis une capacité  
de travail de 75 % dès le 01.09.2006. On sait également les lombosciatalgies chroniques,  
depuis environ 18 années, avec un canal lombaire étroit constitutionnel et une hernie discale  
L4-L5 sans conflit radiculaire. Monsieur a reçu un prononcé de rente limité dans le temps.  
Sans expliquer pour quelles raisons médicales, un des médecins traitants, le Dr M. \_\_\_\_\_

[...], dans sa lettre du 02.03.2007, atteste avoir prolongé l'incapacité de travail à 50 % jusqu'au 31.12.2006, avec reprise à 100 % le 01.01.2007, « pour d'autres pathologies associées ». Le Dr n'a pas été interrogé, on ignore de quelles pathologies il s'agit, et je ne peux ainsi pas répondre à votre question d'une aggravation depuis le 01.09.2006. L'assuré informe être en IT totale depuis le 28 ou le 29 août 2007. Toutefois rien de tel n'est signalé dans le RM du Dr B.\_\_\_\_\_, son autre médecin traitant ; on sait qu'il n'y a plus de suivi psychiatrique ni traitement psychotrope, que l'assuré présente toujours des lombalgies chroniques ; le Dr B.\_\_\_\_\_ admet une IT de 50 % depuis le 02.08.2004. Là encore il n'est pas médicalement démontré que l'assuré présente une aggravation justifiant une diminution prolongée de la capacité de travail dans l'activité habituelle. Limitations fonctionnelles : port de charges répété au-delà de 15 à 20 kg / positions statiques assis / debout prolongées / porte-à-faux du rachis. capacité de travail entière dans l'activité habituelle. » Par deux décisions séparées du 9 juillet 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2006, puis à une demi-rente du 1<sup>er</sup> juillet au 30 novembre 2006. Ces décisions n'ont pas été contestées et sont entrées en force. B. Le 2 octobre 2013, l'assuré a sollicité la prise en charge d'appareils auditifs. Par communication du 28 février 2014, l'OAI a admis cette demande sur la base d'une expertise ORL du 5 novembre 2013 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Ce dernier n'a pas relevé de facteur aggravant. C. Le 28 octobre 2015, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état de douleurs lombaires, de palpitations et de gonalgies bilatérales. Il a indiqué qu'il avait travaillé, jusqu'en 2015, au taux d'activité de 50 % comme indépendant en qualité de maçon pour un revenu brut de 45 fr. de l'heure, et de 50 % dans le domaine de l'encadrement, pour un revenu brut mensuel de 1'200 francs. Par décision du 5 février 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations AI. D. L'assuré a subi une ménisectomie arthroscopique à droite le 22 avril 2016 (rapport du 7 septembre 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Le 25 juillet 2016, il a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant souffrir de douleurs lombaires, de palpitations, de douleurs à l'épaule, de gonalgies bilatérales et d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Par communication du 14 octobre 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce auprès de W.\_\_\_\_\_ [...] pour trois modules visant à soutenir sa réinsertion professionnelle. Le 28 octobre 2016, W.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait suivi plusieurs formations de masseur et entendait se reconvertir dans cette activité lorsqu'il ne serait plus en arrêt maladie. Dans son rapport du 21 novembre 2016 à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait savoir que le patient présentait, depuis le 22 juillet 2015, les diagnostics effet sur la capacité de travail de chondropathie de grade III du condyle fémoral interne et de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. L'incapacité de travail dans l'activité de maçon avait été totale du 23 mai au 30 juillet 2016. Dès lors, il persistait des gonalgies compartimentales internes droites. Pour le E.\_\_\_\_\_, l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible. Il a précisé que, dans un travail adapté à sa condition physique, une reprise d'activité était possible. Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a fait savoir à l'OAI le 30 novembre 2016 qu'il n'avait plus revu le patient depuis 2013. Selon son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2013, joint à son envoi, il avait effectué avec succès, le 28 juin 2013, une thermoablation d'un faisceau accessoire latéral gauche caché, responsable d'une tachycardie atrio-ventriculaire arthro-dromique. Dans un rapport du 17 décembre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics sans

effet sur la capacité de travail des gonalgies à gauche et des scapulalgies à gauche. Il n'a pas retenu de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Le 22 décembre 2016, W. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré ne souhaitait pas continuer la mesure d'intervention précoce en raison des douleurs. Par communication du 27 janvier 2017, l'OAI a interrompu la mesure. Compte tenu d'une évolution défavorable avec persistance de gonalgies internes et postérieures, le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait réaliser une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit. L'examen en question a montré une lésion ostéochondrale de stade IIA du plateau tibial interne versus foyer d'ostéonécrose débutante, une chondropathie fémoro-tibiale de stade IV du compartiment interne, un status après résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne, une lésion mucoïde de grade III du moignon méniscal résiduel postérieur, une lésion mucoïde de grade II de la corne antérieure du ménisque interne, une bursite du ligament latéral interne, une chondropathie du condyle fémoral externe de stade II, une chondropathie tibio-péronière proximale de stade II, une lésion mucoïde de grade II des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe, un épanchement intra-articulaire modéré avec légers signes de synovite, une plica synoviale medialis et lateralis, ainsi qu'une légère tendinopathie quadricipitale distale et rotulienne proximale (rapport du 7 février 2017 de la Dre V. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie). L'assuré a été examiné au Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_ [...]. Dans leur rapport du 24 mars 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dre I. \_\_\_\_\_, alors médecin-assistante, du Département H. \_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de tendinopathie chronique du supra-épineux gauche et d'arthropathie acromio-claviculaire gauche. Ils ont proposé un traitement conservateur, qualifiant le pronostic de « relativement favorable ». Les Drs G. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ n'ont pas fait état de restriction physique concernant l'épaule. Ils ont indiqué qu'ils n'avaient pas attesté d'incapacité de travail en rapport avec les omalgies. S'agissant des limitations fonctionnelles relatives à cette épaule, ces médecins ont confirmé que le patient pouvait soulever et porter des charges près et loin du corps, avec cependant un rendement diminué en fonction des douleurs à hauteur d'épaule. S'agissant de l'atteinte aux membres inférieurs, ils ont adressé le patient à la consultation spécialisée du genou du Département H. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 19 mai 2017, les Drs N. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Département H. \_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic de gonarthrose interne à droite dans les suites d'une arthroscopie du genou droit avec ménisectomie partielle interne pour laquelle une prise en charge chirurgicale pouvait être envisagée sous la forme d'une ostéotomie tibiale de valgisation. Les radiographies du 12 mai 2017 montraient un pincement de l'interligne articulaire interne, un varus de 7 ° à droite et de 3 ° à gauche, ainsi qu'une pente tibiale de 12 °. L'IRM du genou droit du 7 février 2017 montrait quant à elle une chondropathie étendue de stade IV au niveau du condyle fémoral interne et du plateau tibial interne, ainsi qu'une chondropathie de stade II du tiers antérieur et central au niveau du condyle fémoral externe. Ils ont en outre fait état de l'anamnèse orthopédique suivante : « Il s'agit d'un patient de 57 ans en BSH qui se plaint depuis le mois de juillet 2015 de douleurs au genou droit sans notion de traumatisme. Le 22.04.2016, une arthroscopie diagnostique avec ménisectomie partielle interne a été pratiquée par le Dr E. \_\_\_\_\_. L'évolution a été marquée par une légère amélioration de la symptomatologie pendant environ 2 mois suivie par une recrudescence des douleurs. Ces dernières sont exacerbées lors de la montée et descente des escaliers et lors du passage de la position assise à la position debout. Il n'y a actuellement pas de douleur nocturne ni d'épisode de lâchage ou de

blocage. Le traitement anti-inflammatoire, que le patient prend de manière régulière, n'apporte qu'un soulagement temporaire des douleurs. Ni le traitement de physiothérapie, ni l'infiltration effectuée au mois de décembre 2016 par le Dr E. \_\_\_\_\_ n'ont permis une diminution de la symptomatologie. Il y a quelques jours, le patient a débuté un traitement de Condrosulf. » Dans un rapport du 8 juin 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de chondropathie fémoro-tibiale interne de grade IV et d'ostéonécrose disséquante du plateau tibial interne au genou droit depuis le 22 juillet 2015. Sans effet sur la capacité de travail, ce spécialiste a retenu des omalgies gauches chroniques. Au titre des limitations fonctionnelles orthopédiques, le Dr E. \_\_\_\_\_ a estimé que son patient devait éviter le port de charges lourdes, de monter et de descendre des escaliers, de marcher de manière prolongée, de s'accroupir ou s'agenouiller. En ce qui concernait les omalgies, il a déconseillé les travaux s'effectuant au-dessus du plan horizontal. Il a confirmé que l'activité de maçon devait être « abandonnée définitivement », mais qu'il subsistait « une capacité de travail résiduelle dans une occupation adaptée et allégée ». A la suite d'une chute survenue le 30 juin 2017, l'assuré a bénéficié d'une IRM du genou gauche le 5 septembre 2017 commandée par le Dr B. \_\_\_\_\_. Le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a fait état d'un épanchement liquidien intra-articulaire de faible volume, sans corps étranger libre visible, de lésions de chondropathie de grade 2 de l'interligne fémoro-patellaire et de l'interligne fémoro-tibial médial, de fissure complexe de grade 3 à prédominance longitudinale de la corne postérieure et de la corne moyenne du fibrocartilage méniscal médial, ouverte sur la surface articulaire tibiale méniscale, ainsi que de l'intégrité du fibrocartilage méniscal latéral, du pivot central et des ligaments collatéraux. Dans un rapport du 27 septembre 2017, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ce spécialiste a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation chronique avec humeur dépressive. Il a recommandé la mise en place d'un stage d'évaluation en vue de définir une activité adaptée. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a recommandé d'éviter les activités impliquant du stress, des capacités d'adaptation permanentes et des tâches complexes. Il a rapporté que son patient estimait sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Le 10 octobre 2017, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait état d'un diagnostic de gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale avec effet sur la capacité de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon était nulle. Il a estimé qu'il était impossible de savoir à ce stade quelle était la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a retenu des douleurs limitant la flexion-extension et l'impossibilité d'emprunter des escaliers. Interrogé par la L. \_\_\_\_\_ SA au sujet des suites de l'accident du 30 juin 2006, le Dr E. \_\_\_\_\_ a exposé dans un rapport du 30 octobre 2017 que son patient présentait des altérations dégénératives chondropathiques au niveau fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne, ainsi qu'une lésion complexe du ménisque au niveau de la corne postérieure. L'IRM du 5 septembre 2017 ne mettait en évidence aucun élément traumatique, tel qu'une contusion osseuse ou une contusion des tissus de recouvrement. Il a estimé qu'une incapacité de travail de « 10 jours au maximum pourrait être admise en relation avec l'événement » du 30 juin 2017. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré n'avait pas fait état d'un traumatisme au genou gauche lors de sa consultation le 10 juillet 2017. Il a en outre décrit l'anamnèse orthopédique de l'intéressé de la date de sa première consultation le 23 mars 2016 jusqu'à sa dernière consultation en date du 10 juillet 2017 en ces termes : « Cet assuré m'a consulté le 23.03.2016 en m'expliquant

qu'il était encadreur indépendant, mais qu'il travaillait comme maçon et qu'en date du 22.07.2015, il s'était tordu le genou droit sur un chantier subissant d'immédiates gonalgies internes. Il avait consulté son médecin de famille qui avait demandé une IRM. Cet examen avait révélé une chondropathie de stade IV du condyle fémoral interne et de grade III du plateau tibial interne, ainsi qu'une déchirure horizontale du ménisque interne. Le 22.04.2016 j'ai procédé à une ménisectomie arthroscopique du genou droit. L'évolution avait été prolongée par une hémarthrose qui avait également prolongé les incapacités de travail dans l'activité de maçon jusqu'au mois d'août 2016, date à laquelle A. \_\_\_\_\_ m'affirmait être totalement remis. Le 28.09.2016, l'assuré s'est représenté à mon cabinet en raison de gonalgies récurrentes. Ceci a motivé une incapacité totale de travail et la reprise du traitement conservateur sous forme de prises d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, ainsi que de séances de physiothérapie. Ce traitement conservateur n'a apporté aucun bénéfice. Une IRM du genou droit, datée du 07.02.2017, conclut aux mêmes trouvailles chondropathiques que l'IRM de 2016. Au mois de juillet 2017, A. \_\_\_\_\_ était toujours à l'incapacité totale de travail. Il a consulté le Dr N. \_\_\_\_\_ au Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_ qui a conclu à une gonarthrose et l'adresse au Dr P. \_\_\_\_\_, médecin du sport, qui prescrit des supports plantaires. L'incapacité totale de travail octroyée à partir du 22.04.2016 était toujours en cours au mois de juillet 2017. » Le 21 juin 2018, la Dre K. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé ce qui suit : « Conclusion : Du point de vue orthopédique en ce qui concerne le genou une activité adaptée est possible dès le 1.8.16 suite à l'opération d'avril 16. Pour l'épaule toute activité ne s'effectuant pas au-dessus du plan horizontal est également possible. Un tr. de l'adaptation survient dans le mois qui suit l'évènement stressant, ors le Dr J. \_\_\_\_\_ ne peut pas dater le début (environ 2 ans) pour ensuite parler de l'opération du genou qui était en avril 16, de plus un tr. de l'adaptation ne persiste pas au-delà de 6 mois et il n'y a pas de réaction dépressive prolongée. Ce trouble ne peut donc être considéré comme ayant un effet sur la CT. L'assuré a été à même de faire une formation en massage empirique avec examen final en mai 15, de massage classique de novembre 15 à mai 16. Du point de vue cardiaque, il n'y a pas de limitation fonctionnelle, la tachycardie a été traitée. » La Dre K. \_\_\_\_\_ a en outre interrogé le Département H. \_\_\_\_\_ (team genou) sur les questions suivantes (cf. avis SMR précité et courrier du 26 juin 2018) : « Un diagnostic précis du point de vue orthopédique a-t-il pu être posé ? En cas de diagnostic incapacitant du point de vue orthopédique : depuis quelle date l'atteinte d'après la présentation clinique l'atteinte a-t-elle un caractère incapacitant ? Pouvez-vous nous faire parvenir un examen clinique exhaustif en rapport avec le(s) diagnostic(s) avancé(s) comme incapacitant ? Pourriez-vous détailler l'évolution de l'anamnèse et de l'examen clinique orthopédique depuis votre prise en charge ? Quelles sont des limitations fonctionnelles du point de vue orthopédiques ? Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles orthopédiques et depuis quand ? » Le 6 juillet 2018, l'assuré a demandé à l'OAI la prise en charge d'appareils d'aide auditive. Par communication du 11 septembre 2018, l'OAI a admis cette demande sur la base d'une expertise ORL du 21 août 2018 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Ce dernier n'a pas relevé de facteur aggravant. Par courrier du 8 août 2018 en réponse à la lettre du SMR du 26 juin 2018, le Dr P. \_\_\_\_\_ a transmis le rapport du Département H. \_\_\_\_\_ du 19 mai 2017 et indiqué que l'assuré n'avait plus été revu dans le service depuis lors. Aux termes d'un avis SMR du 5 octobre 2018, la Dre K. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pour les motifs qui suivent : « Assuré d'origine [...] en Suisse depuis [...], naturalisé en [...], sans formation

professionnelle, indépendant il a travaillé en tant que maçon et encadreur et continue à travailler comme encadreur à 100 % selon le dossier LAA. La 1<sup>ère</sup> demande en 2006, pour un épisode dépressif ainsi que des lombo-sciatalgies avait abouti à une rente entière limitée dans le temps du 1.2.06 au 1.7.06 et 1/2 jusqu'au 30.11.06. La demande actuelle est déposée en raison d'une chondropathie du condyle fémoral int. et d'une déchirure de la corne post. du ménisque int. du genou D. depuis le 22.7.15, suite à une distorsion en travaillant sur un chantier. Le Dr E. \_\_\_\_\_, orthopédiste, atteste une IT de 100 % du 23.5.16 au 30.7.16, suite à l'arthroscopie du genou D du 22.4.16. Le 1.8.16, il atteste une pleine capacité de travail dans son courrier au Dr B. \_\_\_\_\_ du 7.9.16. Dans son RM du 21.11.16, une activité adaptée sans port de charge au-dessus de 20 kg, pas en terrain irrégulier, sans monter/descendre des escaliers, de marche prolongée, de s'accroupir ou s'agenouiller, était possible dès le 23.3.16 celle de maçon n'étant pas adaptée. Ce qui est reconfirmé dans le RM du 1.6.17. Lors de la consultation orthopédique du 12.5.17 (RM Dr N. \_\_\_\_\_ du 19.5.17), le genou D est calme, stable, la flexion-extension normale, il n'y a pas de boiterie. Dans le courrier à L. \_\_\_\_\_ SA (ndr. L. \_\_\_\_\_ SA [...]) du 30.10.17, le Dr E. \_\_\_\_\_ signale une consultation le 28.9.16. en raison de gonalgie récurrente et nouvelle IT totale. Le 30.6.17, l'assuré glisse et se cogne le genou G. Lors de la consultation du 10.7.17 (10 jours après la chute) aucun traumatisme du genou G n'est mentionné. Une incapacité de 10 jours pouvait être admise pour cet évènement. Selon le procès-verbal de l'entretien du 18.1.18, l'assuré dit avoir repris l'activité d'encadreur à 100 % en mars 17. Suite à la chute en courant le 10.7.17, il reprend son activité d'encadreur à 100 % le 1.12.17, activité qu'il fait depuis 20 ans. L'atteinte du genou D comme maladie a été prise en charge par la U. \_\_\_\_\_ SA en 2016, pour laquelle l'assuré avait fait une mission de quelques mois comme maçon. Conclusion : du point de vue orthopédique (atteinte des genoux) une IT totale pour l'activité de maçon a été attestée par un orthopédiste du 23.5.16 au 30.7.16 puis à nouveau dès le 28.9.16. Dans une activité adaptée : sans port de charge au-dessus de 20 kg, pas en terrain irrégulier, sans monter/descendre des escaliers, de marche prolongée, de s'accroupir ou s'agenouiller, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable depuis le 23.3.16. Il n'y a pas d'IT et pas de restriction physique concernant l'épaule, mais un travail au-dessus de la tête pourrait réduire le rendement en raison de douleurs (RM du 24.3.17 du Dr G. \_\_\_\_\_, Département H. \_\_\_\_\_). » Le 28 novembre 2018, le service de réadaptation a calculé le préjudice économique subi par l'assuré. Il a retenu, sur la base des données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS 2016]), indexées pour l'année 2017, que le revenu sans invalidité se montait à 67'070 fr. 61 et que le revenu avec invalidité se montait à 60'363 fr. 55 compte tenu d'un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique. Le préjudice économique se montait à 6'707 fr. 06 et le degré d'invalidité à 10 %. Les limitations fonctionnelles sont décrites de la manière suivante : « LF : sans port de charge au-dessus de 20 kg, pas en terrain irrégulier, sans monter/descendre les escaliers, sans marche prolongée, de s'accroupir ou s'agenouiller ». Par décision du 29 janvier 2019, confirmant un projet de décision du 30 novembre 2018, l'OAI a refusé à l'assuré des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Il a retenu que l'intéressé présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 28 septembre 2016. Il a en revanche estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée, citant les exemples du montage, du contrôle ou de la surveillance d'un processus de production, ainsi que ceux d'ouvrier à l'établi, d'ouvrier dans le conditionnement et d'opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage,

taroudage) dans l'industrie légère. Pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur les données statistiques issues de l'ESS. Il a indiqué que, lorsque ces revenus étaient basés sur la même table statistique, il était superflu de les fixer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique. En l'occurrence, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, un abattement de 10 % sur le revenu de valide était justifié, de sorte que le degré d'invalidité se montait à 10 %. Ce taux était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. E. Par acte du 28 février 2019, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Alexandre Guyaz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, et encore plus subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles. Dans un premier moyen, il a reproché à l'intimé de ne faire mention d'aucune limitation fonctionnelle dans sa décision, mais de se contenter d'établir une liste d'activités prétendument adaptées, sans expliquer cependant à quelles limitations ces activités seraient adaptées, y voyant une violation de son droit d'être entendu, faute de motivation suffisante. En substance, il a contesté que les activités listées par l'intimé dans la décision attaquée (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi, ouvrier dans le conditionnement comme opérateur sur machines conventionnelles [perçage, fraisage, taroudage] dans l'industrie légère) soient adaptées, dès lors qu'il ne pouvait pas exercer des activités longtemps debout et longtemps assis sans présenter des douleurs importantes, mais également dès lors qu'il présentait des limitations sur le plan auditif (« impossible de travailler dans un milieu bruyant »). Il a ensuite fait grief à l'intimé de ne pas avoir pris en considération la péjoration de son état de santé depuis la fin de l'année 2018, ni tenu compte de ses problèmes auditifs dans son appréciation, alors que l'intimé lui avait pourtant accordé des moyens auxiliaires. Il a ainsi contesté pouvoir exercer une activité à 100% sans baisse de rendement dans un marché équilibré. Il a soutenu, en se fondant sur le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2016, que le SMR ne retenait pas les limitations fonctionnelles « activités assises, ou debout, ou dans différentes positions et principalement en marchant limitées à une heure », alors que le Dr E. \_\_\_\_\_ les confirmait dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2017. En outre, l'orthopédiste traitant a indiqué qu'il persistait une capacité de travail résiduelle dans une occupation adaptée, estimant que cette affirmation plaidait pour une capacité de travail partielle, voire une baisse de rendement. Quant au Dr J. \_\_\_\_\_, il estimait qu'une activité n'était possible qu'à 50 %. Or, le SMR n'avait pas pris position sur cette affirmation. Il a en outre fait grief au SMR de ne pas s'être déterminé sur le rapport du 19 décembre 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_, qui faisait état d'une chute survenue le 30 juin 2017 avec une incapacité de travail totale depuis lors. Il a encore soulevé que le SMR avait estimé nécessaire qu'il soit répondu à plusieurs questions le 21 juin 2018, mais n'avait reçu en réponse qu'un avis du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_ lui retournant son rapport de consultation du 19 mai 2017. Le SMR n'avait toutefois pas obtenu de réponses à ses questions. Dans ce cadre, il a argué que le fait que la L. \_\_\_\_\_ SA, assureur-accident, ait refusé la prise en charge de l'événement du 30 juin 2017 avait sans doute dicté le comportement de l'intimé. Or, il avait contesté cette prise de position. En outre, l'assureur-accident ne traitait pas les aspects maladifs. Il en a déduit que le rapport du SMR du 5 octobre 2018 n'était pas complet, et ne pouvait dès lors pas se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a ainsi soutenu qu'en l'absence de toute expertise externe, il y avait lieu de mettre sur pied une expertise, à tout le

moins au plan orthopédique. Dans un autre moyen, il a fait grief à l'intimé de ne pas lui avoir proposé de mesures professionnelles. Il a encore soutenu que l'intimé violait le droit en retenant un abattement de 10 %. Il a également déploré le fait que l'intimé n'avait pas tenu compte de son âge (59 ans). A titre de mesures d'instruction, il a requis son audition, et la mise en œuvre d'une expertise « au moins orthopédique ». Dans sa réponse du 25 avril 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Le 31 mai 2019, le recourant a confirmé ses conclusions et réquisitions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 25 juillet 2016. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre les décisions rendues le 9 juillet 2009 par l'intimé et la décision litigieuse du 29 janvier 2019. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_689/2018 du 2 février 2019 consid. 4.2). b) Pour

pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force 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). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. Dans un grief de nature formelle qu'il convient de traiter en premier lieu, le recourant soutient que son droit d'être entendu a été violé, respectivement se plaint d'une motivation insuffisante, dans la mesure où l'OAI ne fait mention d'aucune limitation fonctionnelle dans sa décision, mais se contente d'établir une liste d'activités prétendument adaptées, sans expliquer cependant à quelles limitations ces activités seraient adaptées.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées).

b) En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimé de ne pas faire mention de limitations fonctionnelles dans sa décision, mais de se contenter d'établir une liste d'activités prétendument adaptées, sans expliquer à quelles limitations ces activités seraient adaptées. Tel que formulé, le grief développé par le recourant relève très majoritairement de l'appréciation des preuves plutôt que de la violation du droit d'être entendu ; il doit être examiné de ce point de vue (cf. consid. 6a ci-dessous). Quant au fait que l'intéressé n'aurait pas eu connaissance des limitations fonctionnelles conduisant à retenir les activités adaptées figurant dans la décision attaquée, il faut relever qu'à sa demande, le conseil du recourant a reçu une copie complète du dossier de la part de l'intimé le 22 février 2019. Or, y figure en particulier le rapport final REA du 28 novembre 2018, qui liste les limitations fonctionnelles (Activité « sans port de charge au-dessus de 20 kg, pas en terrain irrégulier, sans monter/descendre les escaliers, sans marche prolongée, de s'accroupir ou s'agenouiller »), de même que l'avis SMR de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2018 qui les liste également (« Dans une activité adaptée : sans port de charge au-dessus de 20 kg, pas en terrain irrégulier, sans monter/descendre des escaliers, de marche prolongée, de s'accroupir ou s'agenouiller, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable depuis le 23.3.16. Il n'y a pas d'incapacité de travail et pas de restriction physique concernant l'épaule, mais un travail au-dessus de la tête pourrait réduire le rendement en raison de douleurs [RM du 24 mars 2017 du

Dr G. \_\_\_\_\_, service d'orthopédie de l'épaule] »). Le recourant ne peut dès lors soutenir qu'il n'en avait pas connaissance. Il a pour le surplus eu l'occasion de s'exprimer largement devant l'autorité de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen, à l'occasion d'un double échange d'écritures. Ainsi, même à admettre une violation du droit d'être entendu, celle-ci serait de peu d'importance et devrait être considérée comme réparée. Mal fondé, ce moyen doit être rejeté. 6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations AI déposée le 25 juillet 2016 par le recourant et a repris l'instruction, requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi l'intéressé. Il convient dès lors d'examiner si, entre les dernières décisions entrées en force du 9 juillet 2009 et la décision litigieuse du 29 janvier 2019, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI. Par décisions du 9 juillet 2009, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente limitée dans le temps. Il s'est en particulier fondé sur l'avis du 8 février 2008 du Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR, qui faisait état d'un épisode dépressif majeur moyen à aigu, avec troubles anxieux phobiques chez une personnalité émotionnellement labile, type borderline. Toutefois en raison de l'amélioration de l'état de santé au plan psychiatrique, le Dr D. \_\_\_\_\_ a admis une capacité de travail de 75 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006. Sur le plan somatique, le Dr C. \_\_\_\_\_ retenait des lombosciatalgies chroniques, avec un canal lombaire étroit constitutionnel et une hernie discale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 sans conflit radiculaire. Pour ces troubles, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges répété au-delà de 15 à 20 kg, pas de positions statiques assises ou debout prolongées et pas porte-à-faux du rachis. De l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, la capacité de travail demeurait cependant entière dans l'activité habituelle. Quant à l'incapacité de travail de 50 % retenue par le Dr B. \_\_\_\_\_ depuis le 2 août 2004 (rapport du 21 janvier 2008), le Dr Fontannaz a observé qu'il n'était pas médicalement démontré que le recourant présentait une aggravation justifiant une diminution prolongée de la capacité de travail dans l'activité habituelle. L'OAI n'est pas entré en matière sur la deuxième demande du recourant. Le 25 juillet 2016, ce dernier a déposé une troisième demande, sur laquelle l'intimé est entré en matière, en indiquant souffrir de douleurs lombaires, de palpitations, de douleurs à l'épaule, de gonalgies bilatérales et d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Il n'est pas contesté que le recourant n'est désormais plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon en raison de l'atteinte au genou, et, dans une moindre mesure, à l'épaule (cf. rapports du Dr E. \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2016 et du 8 juin 2017, du Dr B. \_\_\_\_\_ des 16 décembre 2016 et 10 octobre 2017, et de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2018). Se pose toutefois la question de savoir s'il présente une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, et, dans l'affirmative de quel taux. Sur le plan orthopédique, le recourant a bénéficié d'une méniscectomie arthroscopique du genou droit le 22 avril 2016, de physiothérapie, ainsi que d'un traitement d'anti-inflammatoires et de chondrosulf (rapport des 21 novembre 2016, 8 juin 2017 et 30 octobre 2017 du Dr E. \_\_\_\_\_). Le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait état, le 21 novembre 2016, d'un tableau de chondropathie de grade III du condyle fémoral interne et de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Ces affections étaient présentes depuis le 22 juillet 2015, toutes deux avec effet sur la capacité de travail. Il a estimé que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible, précisant que, dans un travail adapté à sa condition physique, une reprise d'activité était possible. A ce stade, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles en relation avec l'atteinte au genou. Réinterrogé par l'intimé, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé, le 8 juin 2017, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de chondropathie fémoro-tibiale interne

de grade IV et d'ostéonécrose disséquante du plateau tibial interne au genou droit, depuis le 22 juillet 2015. Il a soigneusement décrit les limitations fonctionnelles, estimant que le recourant devait éviter de porter de lourdes charges, de monter et de descendre des escaliers, de marcher de manière prolongée et de s'accroupir ou de s'agenouiller. Il s'agit précisément des limitations fonctionnelles retenues par l'intimé (avis SMR du 5 octobre 2018 ; rapport final REA du 28 novembre 2018). En ce qui concerne les omalgies (jugées sans effets sur la capacité de travail), le Dr E. \_\_\_\_\_ a déconseillé les travaux s'effectuant au-dessus du plan horizontal. Ce médecin spécialiste a confirmé que l'activité de maçon n'était plus adaptée, mais qu'il subsistait « une capacité de travail résiduelle dans une occupation adaptée et allégée ». Quant aux Drs N. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, ils ont posé les mêmes diagnostics après analyse des imageries à dispositions (radiographies du 12 mai 2017 et IRM du genou droit du 7 février 2017), proposant de corriger le varus (cf. rapport du 19 mai 2017). Le fait que le SMR ait, dans un premier temps, estimé opportun de compléter l'instruction auprès du Département H. \_\_\_\_\_ (Drs N. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_), et ait reçu en réponse le rapport du 19 mai 2017, ne permet pas de considérer, comme le soutient le recourant, que le cas aurait dû être instruit plus avant, voire soumis à un expert. La Dre K. \_\_\_\_\_ du SMR a en effet estimé que les éléments au dossier étaient suffisants, et a exposé son point de vue de manière détaillée et convaincante dans son avis du 5 octobre 2018. Préalablement à la rédaction de cet avis, la Dre K. \_\_\_\_\_ a interrogé le Département H. \_\_\_\_\_ (team genou) en juin 2018. Les premières questions de la Dre K. \_\_\_\_\_ portaient sur le diagnostic. A ce propos, le rapport des Drs N. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du 19 mai 2017 confirme les diagnostics retenus par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son précédent rapport du 21 novembre 2016. La Dre K. \_\_\_\_\_ a retenu, à l'instar de l'orthopédiste traitant, que les diagnostics étaient incapacitants dans l'activité habituelle de maçon, ce qui n'est pas contesté. Le rapport du Département H. \_\_\_\_\_ du 19 mai 2017 contient l'anamnèse orthopédique du recourant et présente l'examen clinique pratiqué par les Drs N. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, qui ont aussi consulté les imageries à disposition. A l'examen clinique, les spécialistes du Département H. \_\_\_\_\_ ont observé un genou droit calme et stable. La flexion-extension était normale et il n'y avait pas de boiterie. On retrouve également une anamnèse orthopédique complète dans le rapport adressé le 30 octobre 2017 à la L. \_\_\_\_\_ SA par le Dr E. \_\_\_\_\_. Ce dernier rapporte aussi les résultats de ses examens cliniques et l'analyse des imageries à disposition (rapports des 21 novembre 2016 et 30 octobre 2017). La deuxième question de la Dre K. \_\_\_\_\_, à savoir celle concernant la description de l'examen clinique et l'évolution de l'anamnèse, trouve ainsi une réponse circonstanciée. Quant aux questions concernant les limitations fonctionnelles orthopédiques (genou), la capacité de travail dans une activité adaptée et la date déterminante, le SMR a été suffisamment bien renseigné par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 21 novembre 2016, 8 juin 2017 et 30 octobre 2017. En effet, l'orthopédiste traitant n'a pas identifié d'atteinte somatique ayant pu limiter plus amplement la capacité de travail du recourant, ceci dès le 23 mars 2016, date de sa première consultation. C'est dès lors à juste titre que la Dre K. \_\_\_\_\_ a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès cette date, soit quatre mois avant le dépôt de la troisième demande de prestations AI le 25 juillet 2016. Le recourant a encore fait état d'un accident le 30 juin 2017 lors duquel il a expliqué avoir glissé et s'être cogné le genou gauche. Dans son rapport à la L. \_\_\_\_\_ SA du 30 octobre 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ a pu exclure un traumatisme à la lumière de sa consultation du 10 juillet 2017, au cours de laquelle le recourant n'avait pas fait état d'un traumatisme au genou gauche, ceci une dizaine de jours

seulement après l'évènement dont il se plaignait. L'examen de l'IRM du 5 septembre 2017 ne mettait du reste en évidence aucun élément traumatique. Les explications du Dr E. \_\_\_\_\_ permettent d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, toute autre ou plus ample atteinte traumatique, respectivement malade. En ce qui concerne l'atteinte au genou, l'avis SMR du 5 octobre 2018 est fondé sur une analyse complète du dossier, la Dre K. \_\_\_\_\_ ayant obtenu des réponses à l'ensemble des questions adressées au Dr N. \_\_\_\_\_ le 26 juin 2018. Quant à l'argumentation du recourant en lien avec l'accident du 30 juin 2017, l'intimé n'a pas, comme l'intéressé semble le plaider, écarté cet évènement au motif que la L. \_\_\_\_\_ SA aurait refusé de prester, mais bien en se fondant sur les rapports médicaux au dossier. Le recourant ne peut dès lors valablement soutenir que l'intimé aurait mis un terme aux investigations orthopédiques concernant le genou du fait du refus de prester de la L. \_\_\_\_\_ SA en rapport avec l'accident du 30 juin 2017. Comme on l'a vu ci-dessus, les éléments médicaux recueillis lors de l'instruction ont en effet permis de répondre à l'ensemble des questions adressées au Dr N. \_\_\_\_\_ le 26 juin 2018, et ainsi d'établir que le genou droit est calme, stable, présente une flexion-extension normale, et qu'il n'y a pas de boiterie, la capacité de travail étant ainsi entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Toujours au niveau orthopédique, s'agissant de l'épaule, le Dr G. \_\_\_\_\_ du Département H. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'atteinte à ce niveau, ni d'incapacité de travail en lien avec la problématique de l'épaule, mais uniquement constaté que le travail au-dessus de la tête pourrait réduire le rendement en raison de douleurs (cf. rapport du 24 mars 2017). L'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ est similaire à celui du Dr E. \_\_\_\_\_, qui déconseillait au recourant les travaux s'effectuant au-dessus du plan horizontal en raison des omalgies, qualifiées de sans effet sur la capacité de travail (rapport du 8 juin 2017). Au niveau cardiologique, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a plus revu le recourant depuis 2013. Selon son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'intervention effectuée le 28 juin 2013 avait été réalisée avec succès. Dans son fax adressé à l'intimé le 30 novembre 2016, ce spécialiste a écrit ne pas être concerné par la demande de renseignement. De plus, le Dr B. \_\_\_\_\_, interniste traitant, n'a ni indiqué d'évolution ni recueilli de plainte à ce sujet. C'est ainsi à juste titre que, du point de vue cardiologique, la Dre K. \_\_\_\_\_ a exclu toute limitation fonctionnelle dans son avis du 21 juin 2018. Quant au fait que l'intimé n'aurait pas pris en considération, dans les activités adaptées listées, l'atteinte auditive du recourant, il n'est pas propre à remettre en cause les constatations de l'intimé. Il existe en effet suffisamment d'activités simples adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressé, même s'il fallait y intégrer la problématique auditive. On relève à cet égard qu'aucun médecin n'a mentionné l'atteinte en question comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail. En particulier, aucun facteur aggravant n'est ressorti des deux expertises auditives menées par deux spécialistes en oto-rhino-laryngologie (cf. rapports du 21 août 2018 du Dr T. \_\_\_\_\_ et du 5 novembre 2013 du Dr S. \_\_\_\_\_). De plus, le recourant n'allègue aucune limitation communicationnelle. Il est équipé d'un appareillage auditif régulièrement adapté à l'évolution de son affection qui ne saurait de ce fait être considérée comme handicapante, spécialement dans les activités adaptées citées dans la décision entreprise (petite manufacture, industrie légère) que l'on ne saurait ranger dans la catégorie des activités bruyantes selon la jurisprudence (TF 9C\_859/2010 du 9 août 2011 consid. 3.3 ; 9C\_377/2008 du 9 février 2009 consid. 4.2). Pour le surplus, le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2017 n'est pas déterminant pour établir une incapacité de travail dans une activité adaptée, en tant que ce médecin ne pose aucun diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail, mais retient des

atteintes somatiques pour établir que l'activité habituelle de maçon n'est plus exigible – ce qui n'est au demeurant pas contesté. Le Dr J. \_\_\_\_\_ ne se détermine cependant pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Contrairement à ce que soutient le recourant, le taux d'activité de 50 % figurant dans le rapport du 27 septembre 2017 ne se réfère pas à l'estimation du Dr J. \_\_\_\_\_, mais à sa propre estimation, ce que le psychiatre traitant a pris soin de mettre en évidence dans son rapport. Il ne résulte quoi qu'il en soit pas du rapport précité que l'intéressé présenterait une atteinte invalidante au plan psychiatrique, de sorte que c'est à juste titre que, de ce point de vue, la Dre K. \_\_\_\_\_ a exclu toute limitation dans son avis du 21 juin 2018. Enfin le recourant soutient que son état s'est péjoré à la fin de l'année 2018, sans toutefois produire d'éléments médicaux de nature à rendre vraisemblable cette affirmation. De même, le fait que, dans son rapport du 10 octobre 2017, le Dr B. \_\_\_\_\_ n'ait pas pris formellement position sur la capacité de travail dans une activité adaptée ne permet pas d'inférer que cette capacité de travail serait abaissée, respectivement qu'il y aurait une baisse de rendement. Dans ces circonstances, l'instruction menée par l'intimé s'avère complète sur le plan somatique comme sur le plan psychique. Au vu de ce qui précède, force est de constater que, si l'état du recourant s'est péjoré depuis les décisions rendues le 9 juillet 2009, dans la mesure où son activité habituelle de maçon n'est désormais plus exigible, il n'en demeure pas moins qu'il reste apte à exercer une activité adaptée à plein temps. L'avis SMR du 5 octobre 2018 est clair. Il se fonde sur une analyse complète du dossier qui tient compte de l'anamnèse, des plaintes du recourant et des conclusions de ses médecins traitants. Les conclusions de la Dre K. \_\_\_\_\_ emportent ainsi la conviction de la Cour de céans et ne sont pas remises en cause par d'autres éléments médicaux. Le recours est ainsi mal fondé en tant qu'il concerne la valeur probante des conclusions médicales du SMR et l'instruction menée par l'intimé. b) Reste encore à examiner si le recourant est effectivement en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. aa) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2. et les références citées). Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les

documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; 143 V 432 consid. 4.5.2 ; TF 9C\_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 6.2).

bb) En l'espèce, la date déterminante pour se prononcer sur l'exigibilité de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail est celle du 21 novembre 2016, date à laquelle le Dr E.\_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée était possible. A cette date, le recourant était âgé de 57 ans et 4 mois. Il n'avait dès lors pas atteint un âge avancé au sens où l'entend généralement la jurisprudence. A titre comparatif, on relèvera que le Tribunal fédéral a adopté une solution analogue dans le cas d'une assurée âgée de 57 ans au moment où l'exercice d'une activité était médicalement exigible (cf. TF 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 4 ; dans ce sens également 9C\_88/2013 consid. 4.3). Si les restrictions induites par les limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire dans l'hypothèse d'un marché équilibré du travail. Celui-ci offre – à l'instar des activités mentionnées par l'intimé dans la décision entreprise – un large éventail d'activités légères adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans formation particulière. De surcroît, l'instruction a montré que le recourant a – de lui-même – entamé une formation de masseur, ce qui indique également qu'il peut se reclasser dans une autre profession. Ce moyen doit ainsi être rejeté.

7. Le recourant fait encore grief à l'intimé de n'avoir opéré qu'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, respectivement de ne pas avoir tenu compte de son âge.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

d) S'agissant de

l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé en matière d'assurance-invalidité, l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application est contrôlée par les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPG. Le pouvoir d'examen de ces derniers s'étend à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, ainsi qu'à l'opportunité de la décision entreprise. Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux du droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité. Verse dans l'excès positif de son pouvoir d'appréciation, l'autorité qui exerce son appréciation alors que la loi l'exclut, ou qui, au lieu de choisir entre les deux solutions possibles, en adopte une troisième. Il y a également excès du pouvoir d'appréciation dans le cas où l'excès de pouvoir est négatif, soit lorsque l'autorité considère qu'elle est liée, alors que la loi l'autorise à statuer selon son appréciation, ou qu'elle renonce d'emblée en tout ou partie à exercer son pouvoir d'appréciation. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.1 et 5.2 et les références citées). e) En l'occurrence, l'intimé a retenu un salaire mensuel statistique de valide de 5'340 fr. fondé sur l'ESS 2016 (tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 67'070 fr. 61 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2017 de 41,7 heures (cf. tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, établi par l'OFS) et d'une indexation de 0,4 % pour l'année 2017 (cf. tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018, établi par l'OFS). Le revenu annuel avec invalidité se montait à 60'363 fr. 55 compte tenu d'un abattement de 10 %, seul contesté en l'espèce, pour tenir compte des limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique. L'intimé a ainsi calculé un préjudice économique de 6'707 fr. 06 (67'070 fr. 61 - 60'363 fr. 55), correspondant à un degré d'invalidité de 10 %. Le calcul de l'intimé, singulièrement l'abattement de 10 %, mérite d'être confirmé. Le recourant, naturalisé en 2002, vit en Suisse depuis 1983. Il a connu un parcours professionnel varié, travaillant comme maçon et encadreur, et réalisant une formation de masseur sur le tard. De langue maternelle italienne, rien ne remet en cause ses connaissances de la langue française. On peut ainsi admettre qu'il dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge, surtout s'agissant d'emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail selon la jurisprudence (TF 8C\_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.2 ; 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 ; 8C\_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). Au regard de ce qui précède, un taux d'abattement de 10 % apparaît justifié au regard uniquement des limitations fonctionnelles énumérées par la Dre K. \_\_\_\_\_ dans l'avis SMR du 5 octobre 2018 (activités sans port de charge au-dessus de 20 kg, sans marche en terrain irrégulier, sans monter et descendre des escaliers, sans marche prolongée, sans s'accroupir et s'agenouiller). Même en admettant un

abattement de 15 % sur le revenu annuel d'invalidé de 67'070 fr. 61 (montant retenu par l'intimé avant abattement de 10 %), il en résulterait un revenu annuel d'invalidé de 57'010 fr. 01 et un degré d'invalidité de 15 %, lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à la rente ou aux mesures de reclassement (cf. consid. 8 ci-dessous). Dans ces circonstances, l'intimé n'a ni abusé ni excédé son pouvoir d'appréciation en fixant l'abattement à 10 %, aucun motif ne permettant au demeurant d'aboutir à une autre conclusion. Le recours s'avère également mal fondé sur ce point. 8. A ce stade, il reste encore à examiner si le recourant peut prétendre à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées). b) 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. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). aa) Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4). bb) Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active.

L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Une mesure de reclassement ne saurait être interrompue de façon prématurée, aussi longtemps que le but de réadaptation visé peut, dans les limites de la proportionnalité, encore être atteint (ATF 139 V 399 consid. 5.5 et les références citées). c) En l'occurrence, la reprise d'une activité adaptée à plein temps est toujours raisonnablement exigible du recourant (avis SMR du 5 octobre 2018). 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 (cf. consid. 7e et 8b ci-dessus). De plus, les emplois non qualifiés visés dans le cadre de la reprise du travail ne nécessitent pas de formation particulière. Au demeurant, l'on observe que le recourant a suivi une formation de masseur, de sorte que l'on voit mal ce qui l'empêcherait de suivre quelques heures de formation interne dans une entreprise pour s'adapter à un nouvel emploi. Le refus de l'intimé d'octroyer une mesure de reclassement au recourant est donc justifié, de sorte que le recours s'avère également mal fondé sur ce point. 9. 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 ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'occurrence, le dossier est complet. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise ni à celle concernant son audition. 10. a) En conclusion, 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 29 janvier 2019 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 A.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alexandre Guyaz (pour le recourant), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé), ■ Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente

notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.