

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} octobre 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Maëlle Le Boudec, avocate,
à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, est entré en Suisse en 2000. Sans formation certifiée, il a exercé, à partir de 2003, l'activité de plâtrier. Il a été engagé en cette qualité à plein temps par la société C._____SA dès juin 2006.

Par demande formelle complétée le 30 avril 2015 et parvenue à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 18 mai 2015, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité, alléguant souffrir d'une hernie discale et d'une gonarthrose.

L'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assuré, les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale, H._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de l'Association O._____. Il a également sollicité le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, D._____SA, et un rapport d'employeur de C._____SA.

Il ressortait de la documentation recueillie que l'assuré souffrait, du point de vue somatique, de lombosciatalgies récidivantes sur hernie discale L2-L3 gauche dès 2015, discarthrose et arthrose interfacettaire dès 2012 et hernie discale L4-L5 non déficitaire dès 2013, de gonarthrose bilatérale suite à des méniscectomies internes des deux genoux en 2005 et 2006, ainsi que de périarthrite scapulohumérale droite depuis 2015. Une incapacité totale de travail avait été prononcée du 19 au 23 décembre 2014, puis dès le 20 janvier 2015, et se poursuivait. Une activité adaptée, sédentaire, sans port de charges, ni travail de force au-dessus des épaules, pouvait être envisagée (cf. notamment, rapports du Dr H._____ du 2 juin 2015 et de la Dre F._____ du 13 juin 2015).

Sur le plan psychiatrique, la Dre G._____ retenait un état de stress post-traumatique (F43.1) des suites de la guerre dans son pays d'origine (massacre [...]) depuis 2001, aggravé et accompagné d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis décembre 2014. La capacité de travail devait, à son avis, être évaluée dans des ateliers protégés. Une activité professionnelle ne lui semblait pas exigible. Le traitement ambulatoire avait débuté le 24 août 2015 (cf. rapport de la Dre G._____ du 27 novembre 2015).

L'assuré a été examiné le 1^{er} décembre 2015 au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier J._____, où le Dr K._____, chef de clinique, a conclu à un syndrome douloureux généralisé de la région scapulaire, lequel ne requérait pas d'intervention chirurgicale, mais la poursuite d'un traitement antalgique (cf. rapport du DAL du Centre hospitalier J._____ du 9 décembre 2015 à l'attention de la Dre F._____).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a préconisé de mettre en œuvre un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assuré (cf. avis du SMR du 20 janvier 2016).

L'examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assuré a été réalisé au sein du SMR le 13 avril 2017 par les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces derniers ont fait état des diagnostics incapacitants suivants dans leur rapport rédigé le 24 mai 2017 :

- Gonalgies bilatérales prédominant à gauche dans le contexte d'une arthrose fémoro-rotulienne et fémoro-tibiale interne bilatérale, méniscopepathie bilatérale (IRM du 29.10.2004 et 07.03.2006 ; M17.1) ;
- Lombosciatalgies gauches chroniques, sans caractère radiculaire, sans déficit neurologique, dans le contexte d'une arthrose facettaire postérieure pluri-étagée, discopathie L2-L3 à L5-S1, hernie discale L2-L3, ostéophytose marginale pluri-étagée, lombalisation partielle de S1, canal lombaire étroit L3-L5 (CT-Scan

lombaire du 28.03.2012 et IRM lombaire du 03.02.2015 ; M51.3 ; M99.5) ;

- Syndrome douloureux chronique de l'épaule droite avec tendinopathie transfixiante du tendon du sus-épineux et désinsertion partielle, tendinose du sous-épineux (arthro-IRM du 16.11.2015 ; M75.8).

De l'avis de ces médecins, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis décembre 2014, mais entière depuis avril 2015 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques, à savoir ménageant l'épaule droite, le rachis lombaire et les genoux. Aucune limitation fonctionnelle ne relevait du registre psychiatrique, pour lequel aucune incapacité de travail durable n'était justifiée.

L'OAI a dès lors établi un projet de décision le 28 mars 2018, par lequel il envisageait de nier le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

Dans le cadre de la procédure d'audition qui a suivi, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 17 mai 2018 par le Centre P._____, où il était pris en charge depuis janvier 2018 par la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Elle estimait que l'assuré était incapable d'assumer un travail en milieu ordinaire compte tenu d'une baisse de rendement de 80 % dans une activité adaptée. Elle soutenait la mise en place de mesures de réinsertion dans un cadre protégé. L'assuré a dès lors fait valoir une péjoration de son état de santé, laquelle justifiait, à son avis, de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

La Dre S._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 8 novembre 2018, aux termes duquel elle a confirmé les diagnostics évoqués et constaté une péjoration de l'état dépressif. Une tentative de réinsertion en atelier avait du reste échoué. La capacité de travail était toujours de 20 % dans l'activité habituelle et ne pouvait être déterminée

dans une activité adaptée. Son patient présentait des limitations psychiques, à savoir des troubles de la concentration et de l'attention, liés à des angoisses et des ruminations, un sentiment d'insécurité, une irritabilité et une fatigabilité. Un traitement psychotrope avait été introduit en avril 2018 et augmenté dès octobre 2018.

Par rapport du 10 janvier 2019, la Dre F._____ a fait état d'une aggravation des lombalgies et des douleurs de l'épaule droite suite à une tentative de reprise d'activité à 50 %. Elle avait à nouveau prononcé une incapacité de travail de 80 % dès le 1^{er} novembre 2018.

Après consultation du SMR, lequel préconisait la réalisation d'une expertise orthopédique et psychiatrique, l'OAI a confié un mandat d'expertise bidisciplinaire au Bureau R._____.

Les examens cliniques ont été réalisés les 23 et 27 mai 2019 par les Drs V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ceux-ci ont rédigé leur rapport le 19 août 2019 et mentionné les diagnostics suivants :

- Chondropathie interne débutante des deux genoux sur genua vara et status après ménissectomie postéro-interne bilatérale en 2005 et 2006 (M949) ;
- Patella bipartita gauche (Q812) ;
- Minimes troubles dégénératifs étagés lombaires et anomalie de la jonction lombosacrée n'expliquant pas les lombosciatalgies gauches irritatives chroniques (M545) ;
- Tendinopathie interstitielle banale du sus-épineux droit (M751) ;
- Dysthymie (F34.0).

Dans l'activité habituelle, une présence professionnelle à 50 % était vraisemblablement exigible, avec un rendement de 30-40 % par rapport à un poste à 100 %. Dans une activité semi-assise dans l'industrie légère et sur un plan de travail abaissé, la capacité de travail était entière depuis toujours. Le registre psychique autorisait également une activité lucrative à 100 % depuis toujours.

Dans un avis du 21 octobre 2019, le SMR s'est pour l'essentiel rallié aux constats des experts du Bureau R._____. Il estimait que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis décembre 2014, mais entière depuis avril 2015 dans une activité adaptée épargnant les épaules, le rachis lombaire et les genoux.

Par décision du 30 octobre 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 15,09 %.

B. B._____, assisté de Me Maëlle Le Boudec, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité à compter du 19 décembre 2015. Il a pour l'essentiel rappelé la teneur des rapports de ses médecins traitants et l'échec d'une reprise d'activité, tout en soulignant sa réelle volonté de reprendre une activité lucrative en dépit de son état de santé.

L'OAI a répondu au recours le 10 février 2020 et proposé son rejet, en se référant au rapport d'examen du SMR du 24 mai 2017 et aux conclusions des experts du Bureau R._____.

Par réplique du 29 mai 2020, l'assuré a maintenu ses conclusions. Il a souligné notamment que le SMR s'était écarté de l'appréciation des experts du Bureau R._____ s'agissant de sa capacité de travail dans son activité habituelle, ce qui permettait, à son avis, de douter de la pertinence de l'ensemble de leurs conclusions. Au surplus, vu son âge et ses limitations fonctionnelles, ainsi que ses connaissances sommaires du français, il lui apparaissait impossible de retrouver une activité adaptée. Faute à l'OAI d'avoir entrepris des mesures professionnelles, le droit à une rente d'invalidité entière devait par conséquent lui être reconnu. Au titre de moyens de preuves, était produit un relevé des prestations américaines servies au frère de l'assuré consécutivement au traumatisme subi dans le cadre du génocide [...].

L'assuré sollicitait l'audition de l'auteur d'un ouvrage retraçant le vécu de plusieurs survivants de cet événement, ainsi que de la Dre F._____.

Par duplique du 24 juin 2020, l'OAI a mis en évidence la liste des activités adaptées compilée par son Service de réadaptation et rappelé que les difficultés linguistiques, l'âge et le manque de formation constituaient des éléments étrangers à l'invalidité. Il a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident
(art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans

les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

7. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'examens complets sur les plans somatique et psychiatrique au sein du SMR et auprès du Bureau R._____. Les rapports correspondants des 24 mai 2017 et 19 août 2019 répondent, d'un point de vue formel, aux exigences posées par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 6b ci-dessus), en ce sens qu'ils reposent sur des investigations cliniques minutieuses et sur l'ensemble des éléments d'anamnèse pertinents, tout en relatant précisément les plaintes du recourant. Les différents spécialistes mandatés ont fourni des conclusions motivées et exemptes de contradictions. Vu l'exhaustivité de ces documents, on peut écarter d'emblée la requête de mesures d'instruction complémentaire formulée par le recourant par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d). On ne voit pas, dans ce contexte, en quoi l'audition d'un auteur sur les victimes du massacre [...] pourrait lui être d'un quelconque

secours. Quant à la Dre F. _____, ses rapports à l'attention de l'intimé sont versés au dossier. Par ailleurs, en sa qualité de médecin généraliste, son appréciation ne saurait a priori faire douter des conclusions spécialisées à disposition. On peut ainsi considérer que son audition n'apporterait pas un éclairage nouveau ou différent de la présente affaire.

8. a) S'agissant du registre somatique, les diagnostics retenus par les différents médecins ayant examiné le recourant sont convergents. Il est en effet établi que le recourant souffre de gonalgies dans le contexte d'une chondropathie débutante, d'une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite et de lombalgies.

A cet égard, les observations et conclusions consignées tant par _____ le Dr L. _____ du SMR que par le Dr V. _____ du Bureau R. _____, à deux ans d'intervalle, sont superposables. Le spécialiste du SMR a indiqué ce qui suit le 24 mai 2017 :

[...] L'examen général peut être considéré normal, hormis la surcharge pondérale.

L'examen neurologique est normal. Il n'y a aucun trouble sensitivomoteur objectif, aucune perte de la force motrice, aucun déficit des réflexes, notamment aux MI [réd. : membres inférieurs] et aucun trouble de la coordination. Malgré les acroparesthésies déclarées, il n'y a aucun élément pour une neuropathie compressive aux MS [réd. : membres supérieurs]. Il n'y a aucun élément non plus pour une atteinte radiculaire quelconque, que ce soit au niveau cervicobrachial, lombo-crural ou lombosacré.

L'examen de la colonne cervicale est normal, hormis le déclenchement d'une douleur en fin de course à l'extension, qui est d'amplitude normale. La musculature est souple. Les amplitudes sont physiologiques.

Au niveau dorsolombaire, le seul trouble statique observé est une légère rétroprojection du tronc de 1 cm. Il n'y a pas de scoliose. Il n'y a pas d'hyperlordose ou de cyphose. Malgré les douleurs alléguées, les amplitudes des mouvements sont physiologiques, en flexion en tout cas, puisque la DDS [réd. : distance doigt-sol] est de 23 cm et le Schober lombaire est normal. Les inclinaisons latérales sont harmonieuses, d'amplitude physiologique, tout comme les rotations axiales, mouvements décrits douloureux en fin de course.

L'examen du MSG [réd. : membre supérieur gauche] est sp [réd. : sans particularités].

L'examen du MSD [réd. : membre supérieur droit] est rendu difficile car l'assuré est crispé et résiste aux mouvements. Activement, nous observons une mobilité symétrique, tout comme les mouvements passifs en décubitus dorsal. Il y a quand même des crépitations à

l'épreuve de Hawkins à D [réd. : droite]. L'épreuve de Neer est décrite douloureuse, mais il est difficile d'en juger puisqu'il résiste aux mouvements passifs. La coiffe des rotateurs tient ddc [réd. : des deux côtés], puisqu'il n'y a aucun lâchage aux différentes épreuves spécifiques. Celles-ci sont décrites douloureuses à D pour les tendons testés, ce qui n'est pas vraiment cohérent, puisque nous savons que les tendons affectés sont le sus- et sous-épineux. Aucune atteinte du sous-scapulaire n'est décrite radiologiquement. Les MI ont une longueur symétrique. L'examen est également rendu difficile car l'assuré résiste. Nous pouvons quand même retenir des amplitudes articulaires symétriques, physiologiques pour les genoux et les chevilles, légèrement limitées pour les hanches, à cause des lombalgies, selon l'assuré.

Le syndrome fémoro-rotulien bilatéral ne fait pas de doute à l'examen.

En ce qui concerne les plaintes de l'assuré, même si celui-ci ne se laisse pas facilement examiner, nous pouvons accepter les douleurs à l'épaule D selon certains mouvements. L'atteinte n'est pas autant grave que ce que l'assuré laisse percevoir.

Pour le rachis, nous en arrivons à la même conclusion. Malgré les troubles dégénératifs, la mobilité du rachis reste conservée, avec même une diminution du syndrome lombovertébral par rapport à la description du

Dr H. _____ de mars 2013 par exemple.

L'atteinte dégénérative des genoux ne fait pas de doute non plus. Les douleurs à la cheville D sont aspécifiques et s'inscrivent dans le contexte d'un examen local normal.

Notre examen permet de retenir certaines incohérences et des motifs d'exclusion. Il y a en effet des auto-limitations lors de l'examen passif, notamment des MI, qui provoqueraient des douleurs intenses lombaires qui contrastent avec le manque d'épargne du rachis pendant l'examen et lorsqu'il se déshabille. [...]

L'étude du dossier nous permet de confirmer une diminution passagère des capacités fonctionnelles due à l'état de santé. Il y a eu d'abord la problématique des genoux, qui chacune a nécessité entre 4 et 6 semaines d'arrêt de travail après les arthroscopies. On peut également admettre une période d'IT [réd. : incapacité de travail] en raison de la lombosciatalgie G [réd. : gauche], compte tenu des constatations de l'IRM lombaire du 03.02.2015.

Quant à l'épaule D, épaule dominante, les douleurs se sont exacerbées pendant la période d'IT, donc d'inactivité, puisqu'elles ont amené à réaliser des examens radiologiques et enfin une consultation spécialisée au Centre hospitalier J. _____ en décembre 2015. En l'absence d'une déchirure complète d'un tendon quelconque ou d'une atteinte dégénérative importante, cette atteinte devrait théoriquement empêcher l'assuré d'exercer une activité contraignante pendant 4 à 6 semaines et l'empêcher de reprendre sur le long terme l'activité habituelle puisque cette épaule est confirmée fragile. [...]

Nous reconnaissons les troubles dégénératifs atteignant l'épaule D, le rachis lombaire et les genoux. Pour ces atteintes, nous retenons des LF [réd. : limitations fonctionnelles]. Moyennant le respect de celles-ci, nous estimons que l'assuré aurait pu reprendre une activité adaptée à 3 mois de l'ITT [réd. : incapacité totale de travail], qui a débuté le 19.12.2014, c'est-à-dire dès le mois d'avril 2015, cette période étant largement suffisante pour prodiguer les soins nécessaires, notamment pour la lombosciatalgie G, motivant l'arrêt

de travail à l'époque. On peut confirmer que c'est à ce moment-là qu'il y a eu une décompensation du rachis lombaire et que compte tenu des atteintes anciennes de l'épaule G et des genoux, qui se sont aggravées, que l'activité de plâtrier-peintre n'était plus exigible. Actuellement, il n'y a aucun empêchement qui limiterait l'assuré dans une mesure de réadaptation. Dès avril 2015, nous le considérons apte à s'investir dans des mesures progressives, avec un taux de présence minimale de 2 heures par jour, 4 jours par semaine pour commencer, avec augmentation progressive du temps de présence et du rendement pour atteindre une CT [réd. : capacité de travail] totale au plus tard dans les 2-3 mois suivant le début des mesures.

Le Dr L. _____ a dès lors énoncé les limitations fonctionnelles suivantes dans le cas particulier :

Epaule D : éviter le port de charges loin du corps supérieures à 2 kg, éviter le port de charges près du corps au-delà de 5 kg, éviter les activités avec les épaules au-dessus de l'horizontale.

Rachis lombaire : éviter le port de charges supérieures à 10 kg avec les 2 bras, éviter les activités à genoux ou accroupi, éviter les positions en porte-à-faux.

Genoux : éviter les activités accroupi ou à genoux, éviter l'utilisation répétée des escaliers, éviter la marche sur terrain irrégulier ou glissant, éviter la marche continue sans repos au-delà de 30 minutes.

Pour ces 3 zones douloureuses, éviter les activités en milieu froid et humide, favoriser les positions alternées.

Quant au Dr V. _____, il a fait part de son évaluation en ces termes pour le compte du Bureau R. _____ dans son rapport d'expertise orthopédique du 19 août 2019 :

[...] Malgré les constatations objectivables particulièrement modestes au niveau des deux genoux, du rachis et de l'épaule droite, le patient a progressivement développé des plaintes d'intensité extrême, qui ne peuvent pas être expliquées par son état somatique.

On observe aujourd'hui des plaintes particulièrement théâtrales et manifestement incohérentes avec les constatations objectivables.

Il faut aussi relever que le patient présente une musculature des 4 membres relativement bien conservée malgré leur usage, qu'il présente comme fortement limité. Des phénomènes de majoration interviennent certainement.

[...]

L'évolution est systématiquement défavorable malgré tous les traitements entrepris, de sorte qu'il convient de les stopper. En effet, les constatations objectivables sont mineures et ne nécessitent pas forcément de traitement médical.

[...]

Comme mentionné plus haut, on observe de nombreuses incohérences entre les plaintes et les constatations objectivables,

faisant suspecter l'intervention de facteurs de majoration ou de troubles non somatiques.

[...]

Depuis une quinzaine d'années, on assiste chez ce patient à une extension progressive des plaintes, résistantes à tous les traitements entrepris, l'empêchant, à ses dires, de reprendre toute activité professionnelle depuis le début 2015. Pourtant les simples troubles dégénératifs débutants des deux genoux, du rachis et de son épaule droite sont à considérer comme banal pour l'âge du patient, susceptible d'être gênants dans certaines professions de force, mais certainement pas dans une activité adaptée en position semi-assise dans l'industrie légère.

Je ne peux que confirmer les limitations fonctionnelles formulées par le Dr L. _____ le 24.05.2017 (Centre médical régional de l'AI de Vevey). Je confirme également que le patient présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dans l'industrie légère, en position semi-assise et sur un plan de travail rabaissé. Une telle activité professionnelle pourrait être exigible à 100 % (temps et rendement).

Ce praticien a au surplus considéré qu'en tant que plâtrier, une présence professionnelle de 50 % restait exigible, avec un rendement global de 30-40 % par rapport à un emploi à 100 % (cf. rapport d'expertise orthopédique du 19 août 2019, p.33).

b) Dans ce contexte, on ne voit pas que les appréciations des médecins traitants du recourant seraient contraires aux conclusions des spécialistes mandatés par l'intimé. En effet, le Dr H. _____ a également envisagé l'exigibilité de l'exercice d'une activité sédentaire sans ports de charge, ni travail au-dessus du plan des épaules (cf. rapport du 2 juin 2015), de même d'ailleurs que la Dre F. _____ (cf. rapport du 13 juin 2015). Cette dernière a toutefois à nouveau prononcé une incapacité de travail de 80 % dès le 1^{er} novembre 2018, exposant que son patient avait présenté d'importantes douleurs à l'épaule droite en raison d'une tendinopathie, laquelle faisait suite à une tentative de reprise d'activité. Elle a également évoqué une décompensation de la gonarthrose droite, qui avait requis un traitement dès avril 2017 avec une évolution favorable à partir du mois de septembre 2017 (cf. rapport du 10 janvier 2019). Cela étant, ces observations ne remettent pas en cause l'évaluation des Drs L. _____ et V. _____, dans la mesure où la Dre F. _____ ne fait pas état de nouveaux éléments à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée. Tout au plus, est-il possible d'admettre de courtes incapacités de travail, légitimées par la mise en

œuvre de traitements ponctuels. On ignore au demeurant la nature exacte de l'activité que le recourant a tenté de reprendre et son adéquation effective avec les limitations fonctionnelles énoncées par les Drs L. _____ et V. _____.

c) Partant, vu la concordance des évaluations des spécialistes mandatés par l'intimé et l'absence d'élément susceptible de faire douter de la pertinence de leurs conclusions, il convient de s'y rallier. On peut donc considérer que le recourant est doté d'une capacité de travail entière dans une activité épargnant le rachis, l'épaule droite et les genoux d'un point de vue somatique. On observera que les divergences mises en évidence par le recourant au sujet de l'appréciation de sa capacité de travail dans son activité de plâtrier (0 % dès décembre 2014 selon le SMR et rendement diminué à 30-40 % d'un emploi à 100 % pour l'expert du Bureau R. _____) sont insuffisantes pour faire douter de la valeur probante des rapports des spécialistes. Ces divergences, exprimées à plus de deux ans entre les différents examens effectués, peuvent s'expliquer par un tableau clinique globalement amélioré depuis l'examen réalisé au sein du SMR. Au demeurant, cela n'a aucune influence sur l'évaluation de l'invalidité du recourant en présence d'une capacité de travail estimée à un degré largement supérieur dans l'exercice d'une activité adaptée.

9. a) S'agissant du registre psychiatrique, les psychiatres consultées par le recourant ont indiqué que ce dernier souffrait d'un état de stress post-traumatique et d'un épisode dépressif moyen, respectivement d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Elles ont pour l'essentiel relevé des troubles du sommeil avec cauchemars, flash-backs et ruminations des événements vécus, un abaissement de l'humeur accompagné de perte de motivation et d'espoir, anhédonie et manque de concentration, ainsi que des signes d'anxiété avec manifestations neuro-végétatives. Ces diagnostics se répercutaient à leur avis substantiellement sur la capacité de travail (cf. rapports de la Dre G. _____ du 27 novembre 2015 et de la Dre S. _____ des 17 mai 2018 et 8 novembre 2018).

Les spécialistes mandatés par l'intimé ont de leur côté pris en considération des reviviscences post-traumatiques (Dr M. _____ du SMR) ou une dysthymie (Dre T. _____ du Bureau R. _____), sans implication en termes de capacités de travail.

Le psychiatre du SMR a relaté ses constats cliniques et fait part de son appréciation comme suit à l'issue du rapport du 24 mai 2017 :

[...] L'examen de ce jour nous permet de retenir l'existence de reviviscences post-traumatiques, sans éléments suffisants pour les inclure dans un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Nous avons, en effet, observé de tels épisodes pendant l'évocation des expériences de terreur et d'effroi vécues durant la guerre [...], après avoir longuement interrogé l'assuré sur des détails difficiles. A plusieurs occasions, le discours est devenu logorrhéique, des tremblements des extrémités et du menton sont apparus, une tachypnée est devenue présente, les yeux se sont écarquillés et le regard s'est fixé dans le vide. Les symptômes n'ont pas persisté au-delà de 30 secondes et se sont amendés spontanément.

Ces constatations témoignent de l'authenticité des reviviscences alléguées. L'assuré mentionne des cauchemars et des souvenirs envahissants, déclenchés principalement par l'ennui, mais aussi par la vue d'un chien noir, le son d'une sirène ou d'un hélicoptère. La fréquence de tels épisodes est inférieure à une fois par jour. Quant au retentissement de ces reviviscences, il faut noter que l'assuré déclare souffrir, lors de leur survenue, d'une anxiété modérée n'ayant aucun impact sur son comportement. En particulier, il déclare ne pas s'agiter, ne pas chercher à fuir et ne pas devenir agressif.

On ne retrouve pas, en revanche, d'autre symptomatologie anxieuse susceptible de justifier un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Tout d'abord, il n'y avait pas lors de notre examen de symptômes d'hyperactivité sympathique en dehors des reviviscences bien limitées dans le temps, d'attaque de panique, d'attente craintive ou d'état d'hypervigilance.

Ensuite, il n'y a pas d'évitement au quotidien, l'assuré déclarant pouvoir se rendre où bon lui semble, sans craindre d'être confronté aux facteurs pouvant donner lieu à ces reviviscences. En particulier, il lui est possible de se rendre [...] sur les lieux où les expériences traumatiques ont eu lieu, avec un vécu émotionnel adapté au contexte.

Par ailleurs, il ne mentionne pas de modifications durables de son fonctionnement dans le domaine des cognitions, des affects, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel à la suite de ces années de guerre. En particulier, il déclare ne pas se sentir particulièrement méfiant, ne pas avoir une impression permanente de menace, ne pas être particulièrement irritable, ne pas avoir de tendance au retrait social, ne pas avoir de sentiment chronique de vide ou de détachement pour ce qui l'entoure. Il déclare ne pas avoir peur pour sa famille, et s'être opposé au départ de sa fille du domicile familial en décembre dernier uniquement en raison de ses principes. En revanche, il suit avec attention les actualités [...], craignant qu'une guerre n'éclate à nouveau.

Nous avons noté, enfin, après investigation de la vie quotidienne, que les ressources et l'autonomie de l'assuré étaient conservées. Ces différents éléments nous amènent à conclure que les reviviscences post-traumatiques présentées n'entraînent pas à elles seules d'incapacité, et qu'elles ne sont pas accompagnées d'un état de stress chronique et des symptômes associés relevant d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Nous ne nous alignons pas sur les constatations de la Dre G. _____, qui mentionne l'aggravation de la symptomatologie en décembre 2014, avec une apparition remontant à 2001. D'une part, elle n'a commencé à suivre l'assuré qu'en août 2015, et d'autre part celui-ci nous indique que ses symptômes n'ont pas évolué depuis son arrivée en Suisse. La demande à l'AI du 18.05.2015 mentionne des atteintes à la santé exclusivement rhumatologiques, et les emplois occupés jusqu'en 2007 ont été exercés sans difficulté d'ordre psychiatrique. De ce fait, nous retenons que l'assuré n'a jamais présenté une symptomatologie post-traumatique ayant revêtu un caractère incapacitant.

L'examen de ce jour nous permet, ensuite, d'exclure un diagnostic d'épisode dépressif. Le contact de l'assuré est marqué par une dramatisation, avec une expression corporelle et une mimique pouvant traduire, de manière fluctuante, un profond désespoir ou une vive douleur, mais pouvant aussi se révéler neutre. La plupart du temps, l'assuré a un air abattu et peu authentique, avec la tête baissée de côté, les épaules relâchées, les yeux vers le bas même lors des prises de parole, les lèvres figées. Les propositions faites de prendre une pause lors des expressions algiques sont refusées.

On ne retrouve pas de ralentissement psychomoteur, et les capacités de concentration et d'attention ne fléchissent pas au cours de l'examen. Le discours est clair et cohérent, l'échange pas le biais de la traductrice se déroulant sans difficultés.

En dépit du contact suggérant parfois une humeur à la limite d'un tableau mélancolique, la thymie est neutre. La tristesse ne transparait pas de ses propos, on distingue plutôt un abattement restant très circonscrit aux remémorations des souvenirs difficiles. Les yeux peuvent parfois s'embrumer lorsque des détails difficiles sont abordés, mais aucun pleur n'est observé.

Les intérêts et plaisirs sont préservés, il n'y a pas de réduction de l'énergie, on ne retrouve pas de cognition négative touchant l'estime de soi, la perception de l'entourage ou de l'avenir. Le sommeil et l'appétit sont conservés. Une légère colère transparait à l'abord de la blessure narcissique liée au départ de sa fille et à la venue de la police sous le regard des voisins.

Nous n'avons donc pas d'élément pour retenir un diagnostic d'épisode dépressif, et le contact traduisant par moment une détresse thymique paraît peu authentique. Nous devons ajouter que l'existence antérieure de tels épisodes n'est pas exclue, mais les informations relatives à l'humeur dans les rapports médicaux sont pauvres et l'assuré mentionne que ses symptômes n'ont pas évolué depuis son arrivée en Suisse. Il faut, enfin, terminer cette réflexion sur la symptomatologie thymique en précisant que l'absence de diagnostic d'épisode dépressif caractérisé n'exclut pas la présence d'une tristesse et d'une souffrance morale liées aux souvenirs de guerre et à la situation sociale de l'assuré, qui tire bénéfice des entretiens de soutien qui lui sont proposés.

Au total, nous retenons donc des reviviscences post-traumatiques, sans éléments suffisants pour les inclure dans un diagnostic d'état

de stress post-traumatique. La symptomatologie objectivée et alléguée n'est pas incompatible avec un emploi ; la profession de plâtrier exercée en Suisse de 2003 à 2014 n'a pas été accompagnée de difficulté sur le plan psychiatrique et la symptomatologie ne s'est pas aggravée depuis cette date. L'assuré n'a donc jamais présenté d'IT durable.

Nous devons, par ailleurs, constater qu'une dramatisation est présente lors de notre examen, et que les explications fournies quant à la chronologie de la prise en charge psychiatrique et à ses bienfaits sont peu claires. [...]

La Dre T. _____ s'est pour sa part exprimée en ces termes à l'issue du rapport d'expertise psychiatrique du 19 août 2019 :

[...] A l'examen clinique de ce jour, Monsieur est tonique et prolix. Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé, bien que l'expertisé évoque une importante fatigue présente dès le matin.

Monsieur peut relater des événements de guerre sans présenter de symptômes neurovégétatifs, d'émotion particulière ou de symptômes anxieux majeurs, ou d'attaques de panique. Le discours de l'expertisé peut être dérivé sur d'autres sujets.

Dans les éléments florides de la lignée dépressive sont évoqués une humeur dépressive (thymie abaissée), une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie (non objectivé, Monsieur est tonique et non fatigable), des troubles du sommeil (cauchemars toutes les deux nuits environ en lien avec la guerre), une difficulté à soutenir son attention à se concentrer (non objectivée durant un entretien de presque 3 heures). Les éléments objectivés correspondent à une dysthymie F34.0, confirmée par un score de 11 points à l'échelle de dépression de Hamilton.

Les taux sériques de psychotropes effectués le jour de l'expertise montrent un taux très faible pour la dose d'escitalopram et un taux non détecté pour la trazodone.

Monsieur n'évoque pas de pensée intrusive, de flash-back, d'attaque de panique ou d'état de qui-vive. Seuls des cauchemars en lien avec la guerre sont évoqués à une fréquence d'environ toutes les deux nuits. Ces symptômes sont insuffisants pour retenir selon la définition de la CIM-10 un état de stress post-traumatique.

La recherche pour une anxiété généralisée, des attaques de panique, un trouble affectif bipolaire, une psychose ou un trouble de personnalité est négative.

b) On peut retenir de ce qui précède que les spécialistes en psychiatrie ayant examiné le recourant ont exposé par le détail les raisons leur permettant d'écarter les diagnostics avancés par les médecins traitants du recourant. Ils ont également réfuté de manière convaincante leur éventuelle incidence sur la capacité de travail. L'analyse des rapports du SMR et du Bureau R. _____ à l'aune de la grille des indicateurs prescrite par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 5 ci-dessus) permet

d'ailleurs de nier que les diagnostics psychiques (reviviscences post-traumatiques ou dysthymie) retenus en l'espèce revêtent un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail. Les ressources et l'autonomie du recourant ont en effet été qualifiées de « conservées » par le Dr M._____ et ses centres d'intérêt « préservés » (cf. rapport d'examen du SMR du 24 mai 2017, p. 12 et 24). La Dre T._____ a, quant à elle, relevé la présence d'un réseau social constitué d'amis et des membres de la famille, avec le maintien d'un investissement dans les relations et les activités spontanées. En dépit de ressources professionnelles restreintes (manque de formation), elle a mis en évidence les capacités du recourant dans la planification et la structuration de ses activités, en présence d'une certaine tonicité et de l'aptitude à s'affirmer, ainsi que la possibilité de s'adapter aux règles et routine d'un emploi (cf. rapport d'expertise du Bureau R._____ du 19 août 2019, p. 38 et 47). S'agissant du critère de la cohérence, le Dr M._____ a souligné une tendance à la dramatisation chez le recourant (cf. rapport d'examen du SMR du 24 mai 2017, p. 25), alors que la Dre T._____ a constaté de faibles taux sériques des traitements psychotropes mis en œuvre. Elle a par ailleurs expressément rapporté l'absence de limitation uniforme du niveau des activités dans l'ensemble des domaines de la vie dans le cas d'une « personne susceptible de fonctionner dans son quotidien » (cf. rapport d'expertise du Bureau R._____ du 19 août 2019, p. 47).

c) Compte tenu des éléments exposés ci-dessus, on peut dès lors se rallier aux conclusions communiquées par les spécialistes mandatés par l'intimé et considérer l'absence d'atteinte psychique incapacitante.

10. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation,

sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

c) 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 (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

11. a) Au vu de la capacité résiduelle de travail reconnue au recourant, l'intimé a estimé que celui-ci pouvait réaliser, en 2016, un revenu de 60'047 fr. dans une activité adaptée. L'intimé s'est référé sur ce point à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ce procédé ne prête pas flanc à la critique (cf. sur l'utilisation de l'ESS pour établir le revenu d'invalidité d'une personne assurée : ATF 126 V 75). Il ne fait l'objet d'aucun grief spécifique de la part du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail. Tout au plus précisera-t-on que l'intimé s'est référé, à juste titre, au revenu standard ressortant de l'ESS pour des activités simples et répétitives, accessibles sans formation professionnelle particulière.

Au demeurant, les difficultés dont fait état le recourant pour se réintégrer sur le marché du travail, soit essentiellement son âge et sa méconnaissance de la langue française, sont des facteurs étrangers à l'invalidité au sens rappelé par la jurisprudence fédérale précitée (cf. consid. 11c ci-dessus). Quant aux limitations fonctionnelles, elles ont dûment été prises en compte par les médecins pour fixer l'exigibilité à plein temps de l'exercice d'une activité adaptée. On ajoutera que ces éléments (âge, difficultés linguistiques et limitations fonctionnelles) ont fait l'objet d'un abattement de 10 % sur le salaire statistique, opéré par l'intimé. Une telle déduction apparaît adéquate dans le cadre de l'appréciation globale de la situation personnelle du recourant (cf. sur le sujet : ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

b) Le revenu hypothétique sans invalidité pris en compte par l'intimé à hauteur de 70'715 fr. n'est pas contesté par le recourant. Déterminé sur la base du rapport d'employeur complété le 16 juin 2015, ce montant peut être ici confirmé.

c) Etant donné le degré d'invalidité de 15 % ressortant de la comparaison des revenus susmentionnés, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert (cf. art. 28 al. 1 LAI).

12. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 30 octobre 2019 confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du magistrat instructeur du 10 janvier 2020 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Maëlle Le Boudec, à compter du 5 décembre 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Le Boudec a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 21 août 2020. Elle a fait état de 49 heures et 57 minutes déployées depuis le 26 novembre 2019, dont 7 heures et 47 minutes par un avocat-stagiaire. Une telle durée ne se justifie toutefois pas au regard de la nature de l'affaire, laquelle ne revêt pas une complexité particulière. La procédure par devant la Cour de céans s'est d'ailleurs limitée aux échanges d'écriture usuels, jusqu'au stade de la duplique. Plus particulièrement, on observe que Me Le Boudec mentionne

plus de 15 heures d'activité pour la prise de connaissance du dossier de son client, alors que 4 heures de préparation (lecture du dossier et contacts avec le recourant) apparaissent largement suffisantes pour étudier les pièces déterminantes (notamment le rapport d'examen du SMR et le rapport d'expertise du Bureau R. _____). Me Le Boudec indique par ailleurs près de 19 heures affectées à la rédaction du mémoire de recours, qu'elle se proposait d'ailleurs de compléter ultérieurement. Ce total s'avère manifestement excessif et peut être ramené tout au plus à 4 heures. Il en va de même au stade de la réplique où Me Le Boudec fait état de plus de 10 heures d'activité. Celles-ci doivent être réduites à 2 heures d'activité compte tenu du simple apport d'arguments supplémentaires au mémoire de recours et de la reprise littérale des rapports des médecins traitants du recourant. On peut en outre retenir un maximum de 2 heures pour la préparation de la demande d'assistance judiciaire. En définitive, on peut considérer que 15 heures de travail représentent le temps nécessaire et adéquat pour l'ensemble des activités nécessaires à la défense des intérêts du recourant.

Il convient donc d'octroyer à Me Le Boudec un montant total de 3'053 fr. 30 (compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr., débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble des activités requises par la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 30 octobre 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Maëlle Le Boudec, conseil du recourant, est arrêtée à 3'053 fr. 30 (trois mille cinquante-trois francs et trente centimes), débours et TVA compris.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Maëlle Le Boudec, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :