

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, M. Perreten, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Marc Zürcher, avocat
auprès de Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, ressortissant [...], marié et père de trois enfants majeurs, sans formation certifiée, ayant suivi un apprentissage de maçon dans son pays d'origine de 1980 à 1982 (selon sa demande de prestations du 24 septembre 2018), a déposé, le 30 décembre 2005, une première demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Concernant le genre de l'atteinte, l'assuré a indiqué qu'il souffrait d'une maladie et a communiqué le nom de son médecin traitant, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, pour tout renseignement complémentaire.

Selon l'extrait de compte individuel, l'intéressé a travaillé durant les mois d'avril 2005 à janvier 2006 en qualité d'ouvrier maraîcher pour le compte d'un agriculteur, puis durant les mois de mai et juin 2009.

Dans un rapport du 7 février 2006, le Dr P._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies avec syndrome pseudoradiculaire bilatéral non déficitaire et de trouble somatoforme douloureux, existant depuis 2003. Il a également diagnostiqué une obésité de grade II avec probable syndrome métabolique, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 11 août 2005.

Sollicité pour avis, le Dr D._____, spécialiste en anesthésiologie au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a constaté que l'assuré, requérant d'asile [...] de 42 ans, présentait des lombalgies chroniques qui n'étaient pas expliquées par un substrat organique, un trouble somatoforme douloureux et une obésité. Il était en arrêt de travail depuis le mois d'août 2005. Dès lors que le médecin traitant ne se prononçait pas sur la capacité de travail, le Dr D._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (avis SMR du 12 décembre 2006).

Dans leur rapport du 13 mars 2007, les experts du Centre médical M._____ (ci-après : Centre médical M._____) B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé ceux de troubles dégénératifs du rachis lombaire sous forme d'arthrose inter-apophysaire postérieure, existant depuis 2005, de diabète de type II, existant depuis 2005, d'obésité, d'état de stress post-traumatique anamnestique, de probable syndrome d'apnée du sommeil et de trouble somatoforme douloureux survenu progressivement depuis 2001. Ils ont estimé que la capacité de travail était entière.

Dans un avis du 4 mai 2007, le Dr D._____ du SMR a relevé que l'expertise pluridisciplinaire ne retenait aucune limitation fonctionnelle objective, ni somatique, ni psychique, et aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait en particulier aucune atteinte psychiatrique. La capacité de travail exigible était entière dans toute activité. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

Par décision du 16 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

B. Le 22 avril 2015, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations, en faisant état de lombosciatalgies chroniques, de gonarthrose gauche, de troubles de la personnalité, d'épisode dépressif chronique, d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète de type II.

Par décision du 7 septembre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande.

C. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations le 19 février 2018, évoquant des problèmes de dos, du diabète, de l'arthrose, du

cholestérol, ainsi qu'un cancer de la peau et des problèmes psychiatriques.

Dans un rapport du 4 mars 2018, le Dr Z._____, médecin praticien et spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de diabète de type II, de gonarthroses gauches aggravées depuis 3 ou 4 mois, de douleurs au genou droit, de douleurs lombaires chroniques sur des troubles dégénératifs étagés et d'épisode dépressif moyen et chronique avec des symptômes somatiques. La capacité de travail était nulle.

Dans un rapport du 5 mars 2018, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Fondation W._____, a diagnostiqué chez l'assuré une modification durable de la personnalité après expérience de guerre (F62.0), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40). Depuis environ 6 mois, l'assuré présentait une rechute anxio-dépressive. Une incapacité totale de travail depuis le 24 novembre 2017, date du premier entretien, était attestée.

Par décision du 27 juin 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, relevant que les éléments médicaux versés au dossier étaient superposables à ceux déjà en sa possession et qui avaient motivé la décision de refus du 16 juillet 2008.

D. Le 24 septembre 2018, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations, en faisant état d'arthrose, de diabète, de tension, de cholestérol, de cancer de la peau, de problèmes d'estomac et d'une opération des deux jambes et bras.

A l'appui de sa demande, il a produit un rapport du 6 juillet 2018 du Dr Q._____, de la Fondation W._____, selon lequel l'intéressé était actuellement en proie à une rechute anxieuse et dépressive dans un contexte financier, asséculo-logique et familial difficile associé à divers soucis de santé physique. Le tableau actuel montrait une péjoration des

symptômes du spectre traumatique. L'assuré évoquait également une péjoration de son moral avec un sentiment d'avoir tout perdu. Le Dr Q._____ observait une dysphorie alternant irritabilité et tristesse. Les médicaments testés jusqu'alors étaient soit inefficaces soit mal tolérés.

L'assuré a également produit un rapport établi le 28 août 2018 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel celui-ci indiquait avoir vu le patient pour la première fois le 12 mars 2018 pour des problèmes de gonalgies bilatérales et, par la suite, des douleurs à l'épaule gauche post-traumatiques. L'épaule avait été opérée le 22 juin 2018 par arthroscopie. Les suites opératoires avaient été simples et l'assuré avait récupéré une fonction complète, sans douleur. Concernant les genoux, en particulier le genou opéré le 13 avril 2018 par arthroscopie, l'évolution était défavorable avec des douleurs invalidantes dans les activités quotidiennes. L'assuré avait bénéficié d'injections, sans amélioration.

Dans un avis du 16 octobre 2018, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie au SMR, a constaté que le rapport du Dr Q._____ laissait apparaître que le fonctionnement quotidien de l'assuré était fortement altéré, ce qui menait à s'interroger quant à ses réelles ressources adaptatives résiduelles. Il se justifiait dès lors d'entrer en matière sur la quatrième demande de l'intéressé. Le Dr R._____ a également préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie.

Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée au Centre médical F._____ (ci-après : Centre médical F._____) par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 14 juin 2019, les experts ont retenu que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de douleurs lombaires par arthrose inter-apophysaire postérieure (M47.86), de tendinopathie avec syndrome sous-acromial de l'épaule gauche post-opératoire (M75.1) et d'épicondylite droite (M77.1). Ils ont également posé

les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'obésité exogène, d'hypertension artérielle, de diabète de type II, de syndrome d'apnée du sommeil léger non appareillé et d'épisode dépressif léger depuis 2017. Les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kg, limitation de la marche et du piétinement, pas d'escalier, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, tabouret ou échafaudage), pas de position à genoux ou accroupie, position assise permettant d'allonger les membres inférieurs, changement de position régulier, pas d'effort en préhension ou en pronosupination de la main droite, pas d'effort au-delà de 90° d'abduction de l'épaule gauche, pas d'effort de soulèvement du bras gauche. Les experts ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité d'ouvrier agricole de l'assuré, depuis 2013, pour des motifs d'ordre rhumatologique, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dès cette période, avec une baisse de rendement de 15 %.

Par avis du 5 août 2019, le Dr C._____, médecin praticien au SMR, a relevé que les status psychiatrique et rhumatologique de l'expertise étaient clairs et détaillés, en précisant adhérer sans réserve au volet psychiatrique. Il a estimé qu'il convenait de compléter le volet de médecine interne, en demandant en particulier aux experts si la gonarthrose bilatérale devait être retenue dans les pathologies incapacitantes, si le diabète était stabilisé, et dans quelle proportion la pose de deux prothèses de genou pourrait améliorer la capacité de travail dans l'activité adaptée.

Le 6 septembre 2019, les Drs X.____ et N._____, directrice médicale et spécialiste en médecine interne générale, ont apporté les réponses suivantes aux questions de l'OAI :

« Question 1. *La gonarthrose bilatérale doit-elle être retenue dans les pathologies incapacitantes ?*

Réponse. Evidemment, chez un maçon. Ce diagnostic a malheureusement été omis dans la rubrique ad hoc de notre expertise, ce que nous vous prions d'excuser.

Question 2. *Le diabète est-il actuellement équilibré (merci de vous appuyer sur une HBA1C récente) ?*

Réponse. Ce diagnostic ayant paru à l'arrière-plan, nous n'avons pas demandé de dosage à ce sujet. Un récent téléphone au Dr Z._____ confirme que le diabète est bien équilibré (HbA1C 6.8% et glycémie à jeun 100 mmol/l. le 29.11.2018).

Question 3. *Si non, quel est le retentissement de ce déséquilibre sur la CTAA [capacité de travail dans l'activité adaptée] ?*

Réponse. Sans objet.

Question 4. *Et si non, quelles mesures thérapeutiques pouvant augmenter le CT [capacité de travail] préconisez-vous pour équilibrer le diabète ?*

Réponse. Sans objet

Question 5. *Dans quelle proportion la pose des deux prothèses de genou peut-elle améliorer la CTAA (merci de nous donner un pourcentage) ?*

Réponse. La pose de 2 prothèses de genou ne changerait pas la CTAA mais permettrait, en cas de succès, d'élargir quelque peu le champ des activités possibles, avec comme limitations persistantes des positions à genoux et accroupies.

Question 6. *Sous quel délai ?*

Réponse. Si tout devait bien se passer, pas avant 12 mois.

Question 7. *Avec quel risque chez un patient diabétique ?*

Réponse : risque opératoire et infectieux. »

Dans un nouvel avis du 1^{er} octobre 2019, le Dr C._____ du SMR a posé la conclusion suivante :

« Pathologies durablement incapacitantes : principalement gonarthrose bilatérale M17.0, tendinopathie avec syndrome sous-acromial gauche post opératoire, arthrose inter apophysaire postérieure, épicondylite droite

Pathologies non incapacitantes : HTA, diabète de type 2, épisode dépressif léger

Pathologies non concernées par l'Al : obésité, syndrome d'apnées du sommeil

Début de la période d'incapacité : 2013

CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle

CTAA de 100% avec baisse de rendement de 15 % (soit une CTAA de 85 %).

Les LF sont : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kilos, pas de porte-à-faux par rapport au buste, port de charge limité à 10 kilos, limiter la marche et le piétinement, pas d'escalier, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, tabouret ou échafaudage), pas de position à genoux ou accroupie, position assise lui permettant d'allonger les membres inférieurs, changement de position régulier, pas d'effort en préhension ou en pronosupination de la main droite, pas d'effort au-delà de 90° d'abduction de l'épaule gauche, pas d'effort de soulèvement du bras gauche.

Nous ne recommandons pas de rendre la pose de prothèses bilatérales des genoux exigible. »

Dans un rapport final de réadaptation du 24 janvier 2020, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible au moyen des données salariales issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, en ne retenant pas d'abattement, dès lors que les limitations liées à l'atteinte à la santé avaient déjà été prises en compte dans le cadre de l'appréciation du rendement qui était réduit de 15 %. Quant aux activités adaptées, il a relevé que l'assuré pourrait mettre sa capacité résiduelle de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, un emploi d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, d'ouvrier dans le conditionnement ou comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres).

Par projet de décision du 5 mars 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser les mesures professionnelles et la rente, au motif que, si sa capacité de travail était nulle depuis le début de l'année 2013 dans son activité habituelle d'ouvrier agricole, elle était entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 15 %. Il en résultait, après comparaison des revenus, un degré d'invalidité de 15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente et aux mesures professionnelles.

Une aide au placement a été accordée le 5 mars 2020 à l'intéressé, qu'il a refusée (cf. courrier du 1^{er} avril 2020).

L'assuré a contesté le projet de décision le 20 avril 2020, en se prévalant d'un rapport établi le 14 avril 2020 par son nouveau médecin traitant, le Dr K. _____, médecin praticien, à la teneur suivante :

« A l'examen, le patient présente plusieurs points douloureux au niveau cervico-occipital des deux côtés, au niveau de la région acromio-claviculaire et des trapèzes, le long de la musculature paralombaire droite et gauche, des fesses droite et gauche, des faces internes du genou des deux côtés, des mollets des deux côtés et des chevilles des deux côtés. La palpation de l'abdomen est douloureuse dans tout le cadre colique sans signe de détente ni signe de défense. Au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique, le diagnostic retenu est celui d'un syndrome somatoforme douloureux chronique persistant type fibromyalgique avec la palpation de 12/18

points douloureux typiques de la fibromyalgie, de l'asthénie, des douleurs abdominales, de la raideur matinale, des troubles du sommeil, des céphalées, des troubles de la mémoire et de la concentration, de l'irritabilité et d'une humeur dépressive. Le diagnostic de fibromyalgie a été évoqué par mon prédécesseur, le Dr P._____, en 2006 sans préciser le type du trouble peut-être qu'à ce moment, les symptômes n'étaient pas assez flagrants pour se prononcer. L'expertise de Centre médical F._____(sic) de 2007 a aussi évoqué ce diagnostic et a précisé « un tableau parlant fortement pour un trouble somatoforme et la question reste ouverte avec un pronostic très mauvais notamment en raison de problèmes psychiques ». Mais l'expertise de Centre médical F._____ du 14.06.2019 a rejeté le syndrome douloureux somatoforme persistant. Devant ces divergences entre les experts, il est nécessaire de recourir à une troisième expertise rhumatologique avec des questions précises sur la fibromyalgie qui constitue une maladie invalidante à plus d'un titre. »

Ce rapport a été soumis à la permanence du SMR. Le 22 juin 2020, le Dr C._____ a relevé que cette appréciation n'était pas de nature à remettre en question la position de l'OAI. Les éléments avancés par le Dr K._____ avaient tous été pris en compte et discutés dans l'expertise du Centre médical F._____. Il s'agissait d'une appréciation différente, par un médecin non spécialisé, d'une même situation. D'autre part, les conclusions de l'expertise n'étaient pas remises en cause et une nouvelle expertise ne se justifiait pas au seul motif qu'une évaluation réalisée en 2007 évoquait un diagnostic de fibromyalgie. Outre le fait que la situation avait pu évoluer en près de 13 ans, les experts indiquaient clairement les raisons pour lesquelles ils ne retenaient pas un tel diagnostic.

Par décision du 30 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les motifs indiqués dans son projet du 5 mars 2020. Par courrier du même jour, l'office a pris position sur la contestation du 20 avril 2020 de l'intéressé, en relevant en particulier que, de l'avis du SMR, le rapport du Dr K._____ n'apportait aucun élément médical nouveau et/ou démontrant une aggravation de son état de santé.

E. Par acte du 25 août 2020, S._____, désormais représenté par Me Marc Zürcher de Procap, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Il a en premier lieu fait valoir

qu'un abattement d'au moins 10 % aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé, vu ses limitations fonctionnelles, la baisse de rendement et son absence de formation. Dans un autre moyen, il a contesté le revenu retenu sans atteinte à la santé, en plaidant qu'il avait pratiqué en tant que maçon durant de « très nombreuses années » et que, sans atteinte à la santé, il aurait poursuivi cette activité. Selon le recourant, c'est donc le revenu de cette branche qui aurait dû être retenu, même s'il n'avait pas sanctionné son parcours par l'obtention d'un titre, estimant à cet égard le revenu sans invalidité à 71'552 fr. pour un ouvrier de catégorie A selon la Convention nationale (CNT) du secteur principal de la construction en Suisse. Le recourant a ensuite contesté l'appréciation qui a été faite de son état de santé, en exposant que le Dr K. _____ ne s'était pas contenté de donner son avis, mais avait indiqué les raisons pour lesquelles l'instruction n'était pas suffisante, les divergences des experts devant être tranchées à l'aide d'une expertise supplémentaire.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais par décision du 31 août 2020.

Par réponse du 29 septembre 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 20 octobre 2020, le recourant a maintenu sa position. Il a encore produit un rapport du 7 août 2020 du Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a posé les diagnostics de polyarthralgies et myalgies chroniques non spécifiques avec forte composante de fibromyalgie versus trouble somatoforme douloureux, d'état anxio-dépressif ancien, d'état de stress post-traumatique possible, de phénomènes dégénératifs pluri-focaux (dont une atteinte lombaire et des genoux) ainsi que de status après intervention arthroscopique de l'épaule gauche en juin 2018 pour déchirure partielle de la coiffe des rotateurs. Le Dr V. _____ a également relevé ce qui suit :

« La symptomatologie de même que le status sont en effet évocateur[s] d'un diagnostic de fibromyalgie versus trouble somatoforme douloureux, ce patient présentant également un état

dépressif ancien et peut-être un état de stress post-traumatique après avoir subi des traumatismes psychiques lors de la guerre en [...]. Des phénomènes dégénératifs sont déjà objectivés au niveau du rachis lombaire et des genoux, status post-chirurgical au niveau des genoux et de l'épaule gauche. Un rhumatisme inflammatoire surajouté n'est pas totalement exclu. Je pars du principe qu'il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique, que les marqueurs d'auto-immunité (facteur rhumatoïde anti-CCP, ANA [anticorps antinucléaires] globaux sans sous-groupe) sont dans les valeurs usuelles. Il semble que les radiographies des mains et des pieds aient déjà été réalisées, il faut s'assurer qu'il n'y a pas de pincement cartilagineux en particulier des MCP [articulations métacarpo-phalangiennes] ni de caractère érosif. Les traitements doivent demeurer symptomatiques et basés sur des mesures actives de réadaptation. »

Par duplique du 9 novembre 2020, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours, en relevant notamment que les documents produits n'étaient pas de nature à modifier son appréciation de la capacité de travail fondée sur les conclusions probantes de l'expertise du Centre médical F. _____.

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, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre la décision de refus de rente du 16 juillet 2008, à savoir la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 30 juin 2020 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343

consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (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 modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à 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 objectif 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).

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).

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) En l'occurrence, l'intimé a nié au recourant le droit aux prestations, faute pour lui de présenter un degré d'invalidité susceptible

d'ouvrir le droit à des mesures professionnelles, respectivement à une rente.

Certes, la situation du recourant n'est plus superposable à celle qui prévalait lorsqu'a été rendue la décision du 16 juillet 2008. A cette époque, en effet, les problèmes de santé de l'intéressé n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle objective, que ce soit au plan psychiatrique ou somatique, aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail n'ayant alors été retenu.

Désormais, l'état de santé du recourant ne lui permet plus d'exercer son activité habituelle d'ouvrier agricole, et des diagnostics avec effet sur la capacité de travail sont retenus (singulièrement ceux de douleurs lombaires par arthrose inter-apophysaire postérieure [M47.86], de tendinopathie avec syndrome sous-acromial de l'épaule gauche post-opératoire [M75.1], d'épicondylite droite [M77.1] et de gonarthrose bilatérale).

Cela étant, comme exposé ci-après, le recourant conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 15 %, ainsi que cela ressort du rapport d'expertise du Centre médical F._____ du 14 juin 2019 et son complément du 6 septembre 2019, lesquels sont pleinement probants.

b) Au plan somatique, les experts ont procédé à un examen de médecine interne ainsi qu'à un examen rhumatologique, après avoir pris connaissance du dossier, examiné l'assuré, fait état de ses plaintes et décrit son quotidien, ainsi que l'anamnèse par système.

Sur le plan de la médecine interne, l'expert H._____ a retenu les diagnostics d'obésité exogène, d'hypertension artérielle, de diabète de type II et de syndrome d'apnée du sommeil léger non appareillé. Sur le plan rhumatologique, l'expert X._____ a retenu ceux, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs lombaires par arthrose inter-apophysaire

postérieure, de tendinopathie avec syndrome sous-acromial de l'épaule gauche post-opératoire et d'épicondylite droite, le diagnostic d'obésité étant sans effet sur la capacité de travail. Dans le complément d'expertise du 6 septembre 2019, le diagnostic de gonarthrose bilatérale a également été retenu avec effet sur la capacité de travail.

L'expert de médecine interne générale a relevé que l'hypertension artérielle et le diabète de type II étaient traités selon les règles de l'art, et que l'apnée du sommeil était légère. Il résulte pour le surplus du complément d'expertise du 6 septembre 2019 que le diabète est équilibré. L'assuré, sur le plan de la médecine interne générale, présente ainsi depuis toujours une capacité de travail entière, sans limitation. Aucun élément ne vient contredire cette appréciation, motivée et dénuée de contradiction, laquelle est pleinement probante.

Quant à l'expert rhumatologue, il a noté que les douleurs lombaires dataient globalement de 2003 et s'étaient révélées lorsque l'intéressé travaillait dans l'agriculture. Quant aux douleurs des genoux, elles étaient plus anciennes et dataient de 2001. Elles avaient récidivé en 2013 ; l'assuré avait alors subi une première arthroscopie du genou gauche en 2013 ; le genou droit avait quant à lui été opéré en août 2018, également par arthroscopie. L'expert rhumatologue a observé que les deux genoux étaient le siège d'une arthrose dont les seules solutions étaient prothétiques. L'assuré présentait encore une douleur de l'épaule gauche à la suite d'une chute et avait subi une arthroscopie en juin 2018. C'est sur la base de ces observations que l'expert rhumatologue a constaté que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2013, vu la récurrence du genou gauche. Elle était toutefois entière dans une activité adaptée dès 2013, mais avec une baisse de rendement de 15 %, en retenant les limitations suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kg, limitation de la marche et du piétinement, pas d'escalier, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, tabouret ou échafaudage), pas de position à genoux ou accroupie, position assise lui permettant d'allonger les membres inférieurs, changement de position

régulier, pas d'effort en préhension ou en pronosupination de la main droite, pas d'effort au-delà de 90° d'abduction de l'épaule gauche, pas d'effort de soulèvement du bras gauche.

Le rapport du Dr V._____ ne vient pas remettre en cause les observations de l'expert rhumatologue. Le Dr V._____ relève en effet des phénomènes dégénératifs au niveau du rachis lombaire et des genoux, dont l'expert a tenu compte. Il mentionne encore un status post-chirurgical au niveau des genoux et de l'épaule gauche, également pris en considération par l'expert. Pour le surplus, le Dr V._____ évoque la possibilité d'un rhumatisme inflammatoire, sans toutefois le retenir. Dans ces conditions, l'appréciation de ce médecin n'est pas non plus de nature à faire douter de celle, pleinement probante, de l'expert rhumatologue.

c) Au plan psychiatrique, l'expert J._____, après avoir également pris connaissance du dossier et examiné l'assuré, a noté que le recourant présentait un épisode dépressif léger depuis 2017, avec syndrome somatique (F32.0), avec une tristesse légère, des sentiments d'infériorité et de dévalorisation et de découragement par rapport à sa situation financière et sociale, avec idées noires, mais sans risque de passage à l'acte, ni hospitalisation en milieu psychiatrique. Il n'a pas retenu de trouble anxieux car les critères de la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM-10) n'étaient pas remplis. Il a noté que lors de l'expertise effectuée en 2007, le Dr G._____ avait retenu un état de stress post-traumatique anamnétique, sans toutefois l'étayer. Le Dr J._____ ne retenait quant à lui pas ce diagnostic, car les critères de la CIM-10 n'étaient pas réalisés, soit en particulier la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les 6 mois suivant l'événement traumatique et hors du commun. En effet, si l'assuré avait été très affecté quand il avait aperçu le cadavre de son frère et qu'il avait eu peur pour sa famille, et s'il présentait des cauchemars liés aux conséquences de la guerre, il n'avait pas vécu de véritable événement traumatisant pour lequel il aurait eu peur de mourir lui-même. Au demeurant, pour pouvoir retenir ce diagnostic d'état de stress post-traumatique, il aurait également fallu connaître l'expertisé avant la

survenue de cet état, ce qui n'était en l'occurrence pas le cas. L'intéressé ne présentait en outre pas de flashback durant la journée. Pour ces motifs, l'expert J._____ n'a pas retenu pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique.

L'expert J._____ a encore relevé que les plaintes de l'expertisé n'étaient ni plausibles, ni cohérentes, eu égard à l'entretien clinique et aux activités quotidiennes. En effet, malgré les douleurs évoquées et la tristesse alléguée, l'assuré était capable de s'occuper de sa famille et de son jardin, où il avait plaisir à passer tout son temps, de regarder la télévision et plus particulièrement les matchs de football de l'équipe nationale [...] ainsi que la politique de son pays. Il avait en outre de bonnes ressources sociales, faisant état de rencontres régulières avec ses enfants ainsi qu'avec la communauté [...] de sa commune. L'expert J._____ a ainsi retenu que l'assuré présentait un état dépressif, de degré léger, qui provoquait une diminution de la capacité de résistance, de la capacité d'endurance, de la capacité de flexibilité et de la capacité de changement, d'un degré plutôt léger. Cela étant, l'assuré disposait d'une capacité d'adaptation à des règles de routine, d'une capacité de planification et de structuration des tâches, à mobiliser ses compétences et connaissances, à prendre des décisions, des initiatives, à s'affirmer, à tenir une conversation et des contacts avec des tiers, ainsi que celle de vivre en groupe, établir des relations et prendre soin de lui-même. L'expert J._____ a ainsi conclu que, du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle empêchant l'intéressé de travailler, dans toute activité, depuis toujours.

Le volet psychiatrique est lui aussi probant : l'expert a en effet expliqué pourquoi il ne partage pas l'appréciation du psychiatre traitant ; il a pris connaissance de l'entier du dossier et répondu de façon claire aux questions posées, en faisant état des éléments fournis par l'assuré, de son anamnèse et de ses activités journalières.

Le rapport du Dr V._____ ne conduit pas à remettre en cause son appréciation. Non seulement ce médecin ne se prononce pas sur la

capacité de travail, mais il n'expose pas en quoi un diagnostic de fibromyalgie, respectivement de trouble somatoforme douloureux, aurait dû être retenu. Pour le surplus, comme on l'a vu, l'expert J._____ s'est déterminé sur les raisons le conduisant à écarter le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ainsi que celles pour lesquelles seul était retenu, sans effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Quant au Dr K._____, il explique dans son rapport du 14 avril 2020 que son patient présente des points douloureux, en se prévalant du fait que les experts du Centre médical M._____ auraient évoqué en 2007 une fibromyalgie. Or, comme l'a relevé le Dr C._____ du SMR dans un avis du 22 juin 2020, outre le fait que la situation a pu évoluer en près de 13 ans, l'expert J._____ expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient pas aujourd'hui un tel diagnostic.

d) On notera encore que les trois experts ont procédé à une évaluation consensuelle pluridisciplinaire, à l'issue de laquelle ils ont estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une capacité totale de travail dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 15 %, depuis 2013, vu l'atteinte rhumatologique.

e) Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il se plaint d'une instruction lacunaire de sa demande en se prévalant des rapports des Drs K._____ et V._____. Ceux-ci ne font pas état d'éléments jetant un doute sur l'appréciation des experts, ni n'établissent de contradiction avec leur appréciation, laquelle n'a dès lors pas lieu d'être complétée.

L'OAI était ainsi fondé à se baser sur l'expertise, probante, du Centre médical F._____, ainsi que son complément, pour retenir que le recourant présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'ouvrier agricole, mais entière, avec baisse de rendement de 15 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kg, limitation de la marche et du

piétinement, pas d'escalier, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, tabouret ou échafaudage), pas de position à genoux ou accroupie, position assise lui permettant d'allonger les membres inférieurs, changement de position régulier, pas d'effort en préhension ou en pronosupination de la main droite, pas d'effort au-delà de 90° d'abduction de l'épaule gauche, pas d'effort de soulèvement du bras gauche.

7. Dans un autre moyen, le recourant conteste le revenu retenu sans atteinte à la santé, en plaidant qu'il a pratiqué comme maçon durant de « très nombreuses années » et que, sans atteinte à la santé, il aurait poursuivi cette activité. C'est donc le revenu de cette branche qui aurait selon lui dû être retenu, même s'il n'a pas sanctionné son parcours par l'obtention d'un titre. Toujours s'agissant du calcul du degré d'invalidité, il soutient, s'agissant du revenu d'invalidité, qu'un abattement de 10 % au moins aurait dû être opéré sur celui-ci, vu ses limitations fonctionnelles, la baisse de rendement et son absence de formation.

a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'ESS publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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 ; ATF 129 V 222).

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'invalidé 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) En l'occurrence, le recourant soutient que le revenu sans invalidité devrait être établi sur la base de la CNT du secteur principal de la construction en Suisse et s'élever à 71'552 fr., et non pas à 66'453 fr. 12 comme l'a retenu l'OAI sur la base de l'ESS.

Or, le recourant ne présente d'incapacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrier agricole que depuis 2013. Avant cette date, il était ainsi en mesure d'exercer toute activité professionnelle. Il n'a toutefois plus de revenus depuis 2006, sous réserve de deux mois d'activité en 2009. Il n'a en outre jamais œuvré dans le domaine de la construction en Suisse, sa seule activité professionnelle supérieure à deux mois l'ayant été dans le domaine de l'agriculture. N'ayant jamais œuvré dans la construction depuis son arrivée en Suisse en 1997, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que le revenu sans invalidité devrait être fixé selon la CNT du secteur de la construction. L'OAI pouvait dans ces conditions légitimement déterminer le revenu sans invalidité en se fondant sur l'ESS, plus particulièrement sur le revenu pour des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services, dès lors que le recourant n'exerçait plus aucune activité lucrative, même dans le domaine de l'agriculture, depuis plusieurs années. Au demeurant, dans la mesure où le contrat-type de travail pour l'agriculture retient, en

l'occurrence pour 2021, un revenu brut mensuel de 3'482 fr., soit 41'784 fr. par an, et que le recourant a réalisé, sur l'année durant laquelle il a travaillé neuf mois (en 2005), un revenu annuel de 24'173 fr., qui, rapporté à douze mois, correspond à un revenu annuel de 32'230 fr. 70, il y a lieu de constater que le revenu sans invalidité retenu par l'intimé sur la base de l'ESS lui est très favorable.

c) Le recourant conteste encore l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidé, estimant que sa situation aurait justifié à tout le moins un abattement de 10 %. Or, dans la mesure où la baisse de rendement intègre déjà les limitations fonctionnelles, l'OAI était fondé à ne pas en tenir compte. En effet, les limitations fonctionnelles incluses dans l'examen de la capacité de travail résiduelle ne doivent pas avoir d'influence supplémentaire sur l'examen de l'abattement, afin d'éviter une double prise en compte du même aspect (TF 8C_9/2020 du 10 juin 2020 consid. 4.2.1). En outre, dès lors que l'intimé a considéré que l'assuré était capable de réaliser des activités non qualifiées, à savoir du niveau de compétence 1 de l'ESS, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'il serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé. Le salaire ainsi obtenu recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_9/2020 précité).

L'OAI pouvait ainsi ne pas opérer d'abattement sur le revenu avec invalidité.

Cela étant, si un abattement de 10 % était retenu, il en résulterait un degré d'invalidité de 23,5 % ($66'453,12 - 50'836,63 / 66'453,12 \times 100$), arrondi à 24 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Or, un tel revenu n'ouvrirait pas le droit à la rente.

d) A toutes fins utiles, on relèvera encore que 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). Aux termes de 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 l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b).

Certes, le seuil de 20 % serait dépassé si un abattement de 10 % était opéré sur le revenu d'invalide, ce qui devrait conduire à examiner le droit à des mesures de réadaptation. Or, le recourant ne peut prétendre à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, dès lors que sa capacité de gain n'apparaît pas susceptible d'être améliorée par dite mesure, des activités simples et répétitives lui étant accessibles. S'agissant des autres mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte dans son cas, on rappellera que l'intimé l'a mis au bénéfice d'une aide au placement, ce qui apparaît parfaitement adéquat pour assister le recourant dans la recherche d'une activité adaptée à son état de santé correspondant à l'exigibilité fixée par les médecins. Le recourant a toutefois refusé cette mesure.

e) Finalement, la décision litigieuse ne prête pas non plus le flanc à la critique sous l'angle du calcul du préjudice économique.

8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) 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. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 juin 2020 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 mis à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marc Zürcher (pour S. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :