

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2022

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], suisse d'origine [...], sans formation professionnelle, ayant travaillé dans la restauration du 16 novembre 1992 au 31 décembre 1997, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Genève le 19 mai 1999 qui a refusé d'entrer en matière par décision du 24 janvier 2003.

L'assuré a quitté la Suisse le 31 décembre 2003 et est revenu s'y établir le 14 août 2010.

b) Le 14 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), indiquant comme atteintes à la santé un status post-opératoire de hernie discale L4-L5 droite le 18 avril 1995, des dorsalgies chroniques droites depuis 1997 et un liposarcome degré I de la nuque opéré le 20 février 2001.

Dans le cadre de cette instruction, l'assuré a transmis à l'Office AI un rapport du 20 février 2005 du Dr R._____, lequel mentionnait que l'assuré était suivi par ses soins depuis janvier 2004 pour un état anxio-dépressif avec troubles somatiques associés (opéré pour hernie discale en 1995 et liposarcome en 2004) et que son état de santé nécessitait un poste de travail adapté (poste aménagé).

Interpellé par l'Office AI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies chroniques et cervicalgies occasionnelles depuis 1992. Il a également mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de liposarcome de la nuque et de status post-luxation de l'épaule droite le 23 février 2003. Les restrictions consistaient en une position debout prolongée et le port de charges lourdes. D'un point de vue médical, l'activité de restauration n'était plus

exigible, mais une activité adaptée était exigible à 100 % immédiatement (cf. rapport du 22 octobre 2010).

Par décision du 17 mars 2011, l'Office AI a refusé à l'assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Aucune incapacité de travail n'était attestée sur le plan médical. Cela étant, les investigations médicales entreprises avaient permis d'objectiver les limitations fonctionnelles usuelles découlant de son atteinte du rachis soit : pas de port de charges, possibilité d'alterner les positions, pas de position statique assise, debout ni en porte-à-faux, pas d'activité en hauteur. Cela limitait sa capacité de travail dans les activités lourdes. Toutefois, dans une activité adaptée, de type industriel léger, ne nécessitant aucune formation particulière, une entière capacité de travail et de gain était reconnue et ce, depuis son retour en Suisse au moins.

c) Le 6 mars 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI.

Par correspondance du 9 mars 2018, l'Office AI a imparti un délai à l'assuré pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision. Il l'a rendu attentif que cette nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, à défaut une décision de non-entrée en matière serait notifiée.

Par rapport du 23 mai 2018, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de talalgies bilatérales avec enthésopathie calcanéenne et troubles de la statique plantaire droite, de paresthésies douloureuses chroniques des deux membres supérieurs, insomniantes, sur probable conflit cervico-radiculaire C5-C6, et de cervico-discarthrose sévère C5-C6 provoquant des cervicalgies et une restriction de mobilité, en particulier en rotations et dans les flexions latérales. Il notait une péjoration des plaintes cervico-brachiales depuis décembre 2015 qui devenaient peu à peu insomniantes, tout

particulièrement lors du décubitus latéral (douleurs paresthésiantes dans le membre supérieur droit en décubitus latéral droit et membre supérieur gauche lors du décubitus latéral gauche), mais se déclenchant aussi lors de positions légèrement surélevées des membres supérieurs, comme par exemple le fait de tenir le téléphone à l'oreille, même sur une courte période de quelques minutes. Ce médecin estimait le degré d'incapacité de travail à 100 %.

Dans un rapport du 14 janvier 2019, le Dr V. _____ a repris les diagnostics précités, estimés incapacitants, et ajouté que l'assuré souffrait également d'un trouble somatoforme douloureux chronique, durablement installé depuis la fin des années 1990. Concernant les limitations, l'assuré ne pouvait pas porter de charges ni faire des mouvements répétitifs du tronc, de la nuque ou des membres supérieurs. Il devait pouvoir changer de position régulièrement, éviter les positions statiques prolongées, la position accroupie ou à genoux, en extension de la nuque. Il devait également fractionner les activités. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle depuis au moins le début des années 2000 et devait être évaluée dans une activité adaptée dans le cadre d'un atelier d'observation.

Selon le rapport du 30 mars 2019 du Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, chronique, depuis 2010, ainsi que de douleurs somatiques. Il présentait une baisse des fonctions cognitives d'allure séquellaire.

Par rapport du 27 août 2019, le Dr V. _____ a posé les diagnostics incapacitants d'algoparesthésies cervico-brachiales bilatérales et thoraciques d'origine peu claire, discopathie C5-C6 depuis 1996, d'état dépressif récurrent depuis au moins novembre 2015 et de talalgies à prédominance gauche sur enthésopathie achilléenne et douleurs mécaniques articulaires des doigts et du poignet droit depuis début 2018. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'incapacité à maintenir une position statique prolongée, mais l'assuré présentait également un

déconditionnement physique important ainsi qu'une probable kinésiophobie liée aux douleurs des membres lors de certains mouvements, tout particulièrement de la nuque et des membres supérieurs, et en un déconditionnement psychique en lien avec l'état dépressif et la passivité. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2004 et dans une activité adaptée de 25-30 % depuis le 11 février 2019 en raison du déconditionnement psychique et physique majeur, des douleurs chroniques associées à une kinésiophobie, d'une importante fatigabilité et d'un manque d'endurance certain.

Le 18 mai 2020, le Dr K._____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), a observé que les éléments fournis évoquaient fortement un trouble somatoforme douloureux en raison d'une résistance à tous les soins et d'une absence de substrat organique objectivé, raison pour laquelle il convenait d'interroger à nouveau le médecin traitant et le psychiatre de l'assuré.

Appelés à se déterminer, le Dr V._____ a maintenu son diagnostic et précisé que l'assuré souffrait également d'une dysfonction dorso-lombaire avec syndrome de Maigne avec irradiation au pli inguinal du côté droit, status post cure de hernie discale L4-L5 en 1995, récurrence de lombosciatalgies récurrentes, puis chroniques L5 droites depuis 1996. Aux limitations fonctionnelles déjà mentionnées s'ajoutaient les douleurs de la ceinture cervico-scapulaire rendant le travail avec les bras surélevés, coude plus haut que l'épaule, rapidement pénible et intenable ; rachis très peu mobile et douloureux à tous les étages. Le port de charges était déconseillé au-delà de 5 kg (à évaluer plus précisément en atelier). La marche était possible sur de courtes distances. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et à évaluer dans une activité adaptée au moyen d'un atelier (cf. rapport du 6 juillet 2020). Quant au Dr D._____, il a retenu que l'assuré souffrait d'un trouble bipolaire II et que sa capacité de travail était nulle depuis des années (cf. rapport du 12 août 2020).

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'assuré a adressé à l'Office AI un rapport du 10 février 2016 du

Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de : dorsalgie dans le contexte d'un trouble statique de scoliose thoracique associé à une accentuation modérée de la cyphose dorsale ; lombalgie sur spondylose et discopathie L4-L5 et L5-S1, status post chirurgie de hernie discale L4-L5 en 1995 ; cervicalgie basse dans le contexte d'une uncodiscarthrose principalement C5-C6 avec rétrécissement bilatérale des foramens ; hypertension artérielle traitée ; dysthymie avec trouble dépressif récurrent ; et sensibilité diffuse des insertions tendineuses mais sans véritable caractère de fibromyalgie.

A la demande du SMR (avis du 28 septembre 2020), un examen rhumatologique et psychiatrique a été mis en œuvre au SMR le 24 février 2021 auprès des Drs C._____, spécialiste en rhumatologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport corrélatif du 24 mars 2021, ces praticiens ont retenu le diagnostic principal incapacitant de brachialgies bilatérales non déficitaires, dans un contexte d'undiscarthrose avancée, et le diagnostic associé de sciatalgies droites chroniques persistantes après une cure de hernie discale L4-5 droite. Les dorsalgies et douleurs thoraciques diffuses, dans un contexte de troubles dégénératifs débutants du rachis dorsal, l'antécédent personnel de tendinopathie achilléenne bilatérale, de status post-opération d'un tunnel carpien gauche, d'obésité de classe I, de trouble anxieux et dépressif mixte et d'accentuation de certains traits de personnalité, étaient des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, il était nécessaire, au niveau du rachis cervical, d'éviter le travail prolongé les bras au-dessus de l'horizontale, une attitude prolongée de la nuque en extension, les rotations rapides de la nuque, et au niveau du rachis lombaire, d'éviter les mouvements répétitifs de flexion-extension du tronc, une attitude prolongée en porte-à-faux, la position assise ou debout prolongée au-delà de 1 heure et la position debout statique au-delà de 20 minutes. Globalement, il fallait également éviter le port de charges répété au-delà de 10 kg. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Les praticiens ont considéré qu'un travail dans un service de restauration n'était pas exigible compte tenu de la hernie

discale L4-5 et de la discarthrose cervicale. Sur le plan rhumatologique, ces médecins ont estimé que l'incapacité de travail durable avait débuté le 14 août 2010, soit à la date de retour de l'assuré en Suisse. Depuis cette date, l'incapacité de travail était complète dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles du rachis lombaire et cervical. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail de 100 % débutait le 1^{er} janvier 2004 et était de 0 % depuis le 20 février 2005. Les praticiens ont donc retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée depuis le 14 août 2010.

Par projet de décision du 3 mai 2021, l'Office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Il a expliqué que l'exercice d'une activité adaptée à 100 % respectant ses limitations fonctionnelles était exigible depuis le 14 août 2010 selon les pièces médicales versées au dossier et l'examen réalisé par le SMR. Pour calculer le degré d'invalidité, il s'est fondé sur les données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Il a fixé le revenu que l'assuré pouvait obtenir sans invalidité à 61'911 fr. 99. Pour déterminer le revenu avec invalidité, il s'est également référé aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Le salaire que pouvait percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services était identique au montant susmentionné, à 100 % en 2011. Il résultait donc de la comparaison de ces revenus qu'il n'y avait pas de préjudice économique.

Le 14 mai 2021, l'assuré a contesté ledit projet. Ses objections ont été complétées les 27 mai et 25 juin 2021 par son conseil, Me Amandine Torrent.

Par décision du 5 octobre 2021, l'Office AI a confirmé son refus de mesures professionnelles et de rente.

B. Par acte du 5 novembre 2021, Z._____, toujours représenté par Me Torrent, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant, sous suite de frais et

dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 6 mars 2018, subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'Office AI pour nouvelle instruction et décision. En substance, il a fait valoir que le rapport du 24 mars 2021 du SMR était lacunaire et présentait des incohérences qui ne permettaient pas d'en déduire une force probante suffisante sous l'angle des atteintes psychiques. Compte tenu des limitations fonctionnelles résultant des atteintes somatiques, sa capacité de travail était nulle dans toutes activités. Il a dénoncé en outre des vices formels relatifs à l'établissement du rapport du 24 mars 2021 du SMR. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a également demandé l'octroi de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} novembre 2021.

Le 9 novembre 2021, la juge instructrice a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 novembre 2021, dans le sens d'une exonération d'avances et des frais judiciaire ainsi que de l'octroi de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Amandine Torrent.

Dans sa réponse du 9 décembre 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 11 février 2022, l'assuré a répliqué et produit un rapport médical du 11 février 2022 du Dr D._____, critiquant notamment le volet psychiatrique de l'examen médical réalisé par le SMR, et un rapport du 21 décembre 2021 du [...].

L'Office AI a renvoyé à ses précédentes écritures et maintenu ses conclusions par duplique du 15 mars 2022.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 5 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

d) En l'espèce, il convient ainsi de comparer la situation prévalant depuis la décision du 17 mars 2011 lors de la dernière décision de l'intimé avec la situation au jour de la nouvelle demande.

4. a) Pour 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) En vertu de l'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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2009 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié *in* ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

d) Quant à son auteur, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH (Fédération des médecins suisses) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références

citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles attestées de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Une formation spécialisée peut également être effectuée à l'étranger (TF 8C_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références citées). Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

e) Il ressort de la jurisprudence que la seule durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Celle-ci ne saurait en effet être proportionnelle au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (TFA I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; TFA I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). Le rôle d'un expert, consiste justement à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Or cette jurisprudence est transposable aux examens réalisés par le SMR. Ainsi, une consultation même de courte durée n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas.

f) Lorsqu'il s'agit de rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de

prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. En l'espèce, se fondant notamment sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, établi le 24 mars 2021, l'intimé a retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce que l'intéressé conteste, essentiellement en dénonçant la valeur probante dudit rapport du SMR (dont la qualification de l'expert psychiatre et la durée de l'examen) et en soutenant que son incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique a été erronément ignorée.

a) A l'examen du rapport d'examen du SMR, on constate que les Drs C._____ et P._____ se sont prononcés en connaissance du dossier médical du recourant et sur la base d'une anamnèse complète. Ils ont procédé à des examens cliniques détaillés et tenu compte des plaintes exprimées par l'intéressé. Le Dr P._____ a notamment fait application des indicateurs fixés par la jurisprudence fédérale s'agissant de l'évaluation des répercussions des troubles psychiatriques ou psychosomatiques sur la capacité de travail (cf. consid. 5 *supra*). Les conclusions de ces praticiens, prises sur la base d'une description claire du

contexte médical et d'une étude circonstanciée des points litigieux, sont bien motivées, de sorte qu'elles satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4 *supra*).

b) C'est en vain que le recourant entend remettre en cause dite valeur probante par la qualification professionnelle du médecin psychiatre. Pour répondre à la critique du recourant, il convient d'observer qu'il ressort du registre des professions médicales que le Dr P. _____ est médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 1992, titre obtenu en France, ayant été reconnu en Suisse le 29 avril 2020, avec autorisation de pratiquer, soit antérieurement à l'examen clinique du 24 février 2021. Le reproche tiré de l'absence d'un titre FMH doit ainsi être écarté (cf. consid. 4d *supra*).

c) S'agissant de la seconde critique formelle du recourant, il sied de relever que la seule durée abstraite de l'entretien n'est pas déterminante. En l'espèce, la durée de l'entretien ne fut pas dérisoire, le recourant ne prétend pas ne pas avoir été entendu sur certains points relevant du champ de l'expertise et le contenu du rapport paraît complet. Ce grief doit être rejeté. La Cour de céans relève également que le Dr P. _____ a indiqué que le recourant n'avait pas réclamé de pause durant l'heure quarante d'examen continu (page 13 du rapport de l'examen clinique SMR), contrairement à ce qu'allègue le Dr D. _____ par des propos rapportés par son patient.

d) Pour le surplus, bien que cela diverge des constatations du psychiatre traitant, rien n'exclut que la tenue ou l'hygiène du recourant aient été effectivement correctes lors de l'examen clinique SMR. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas d'un critère fondamental dans l'appréciation du cas d'espèce.

e) Au vu de ce qui précède, il faut constater que les circonstances dans lesquelles se sont déroulées l'expertise ne sont pas de nature à remettre en cause sa valeur probante. Il devra en revanche être

examiné ci-après si le rapport du 11 février 2022 du Dr D._____, pièce versée au dossier dans l'intervalle, met en lumière des éléments déterminants qui auraient été ignorés le Dr P._____ et qui conduiraient à une solution différente au niveau du droit aux prestations du recourant.

7. Sur le plan somatique, le recourant connaît de longue date des troubles au niveau lombaire. A l'issue de l'examen clinique, le Dr C._____ du SMR a retenu le diagnostic principal avec effet sur la capacité de travail de brachialgies bilatérales non déficitaires, dans un contexte d'uncodiscarthrose avancée C5-6, et le diagnostic associé avec effet sur la capacité de travail de sciatalgies droites chroniques persistantes après une cure de hernie discale L4-5 droite. Les diagnostics de dorsalgies et douleurs thoraciques diffuses dans un contexte de troubles dégénératifs débutants du rachis dorsal, d'antécédent personnel de tendinopathie achilléenne bilatérale, de status post-opération d'un tunnel carpien gauche et d'obésité de classe I ont également été retenus par le Dr C._____ mais sans répercussion sur la capacité de travail.

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant s'oppose au rapport SMR en se référant aux constatations de son médecin traitant, mais sans faire valoir de griefs pertinents s'agissant du volet somatique de l'examen SMR relatif aux atteintes physiques.

A cet égard, il convient de relever que les investigations médicales entreprises en 2011 ont permis d'objectiver des limitations fonctionnelles en lien avec les lombosciatalgies (cf. décision du 17 mars 2011). Dans le cadre de la nouvelle demande, les rapports médicaux du Dr V._____ ne permettent pas de remettre en cause le volet somatique de l'examen du SMR, en particulier le constat d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, depuis 2010. En effet, le dernier rapport médical du Dr V._____, soit celui du 6 juillet 2020, fait état de diagnostics déjà pris en compte lors de la décision rendue le 17 mars 2011 (soit les lombosciatalgies chroniques et les cervicalgies) et par le Dr C._____ lors de son examen, lequel les a jugés non incapacitants.

Il s'ensuit que le recours porte essentiellement sur le volet psychiatrique de l'examen SMR. Le recourant se fonde principalement sur la critique émise par le Dr D._____ (psychiatre traitant) du volet psychiatrique de l'examen clinique SMR.

8. a) Au plan psychiatrique, le Dr P._____ a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et d'accentuation de certains traits de personnalité. Il a estimé que ces troubles restaient sans incidence sur la capacité de travail du recourant, qui demeurait entière du point de vue psychiatrique.

Le recourant se fonde sur les rapports du Dr D._____ (soit ceux du 30 mars 2019, 12 août 2020 et 11 février 2022), qui justifieraient selon lui la mise en œuvre d'une expertise.

aa) L'avis du Dr P._____ s'agissant du trouble anxieux et dépressif se distancie de celui du Dr D._____. Le Dr D._____ a considéré, dans son rapport du 30 mars 2019, que, depuis 2010, le recourant souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne chronique, alors que le Dr P._____ a estimé que seul l'épisode dépressif de 2004 pouvait être retenu, l'amenant à éliminer le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

A l'appui de son diagnostic de trouble anxieux et dépressif, le Dr P._____ a expliqué que ce dernier n'avait pas de caractère incapacitant puisque seul l'épisode dépressif de 2004 décrit par le Dr R._____ pouvait être retenu. Selon le Dr P._____, compte tenu de l'absence de tout nouvel épisode dépressif depuis 2004, le diagnostic de trouble dépressif récurrent devait être écarté. Le recourant ne présentait pas d'anxiété généralisée, d'attente craintive, de tension motrice continue. Il n'y avait pas non plus de signes en faveur de l'existence de crises d'anxiété aiguë. Par ailleurs, les trois critères majeurs de la dépression étaient absents : il n'avait pas d'abaissement de l'humeur, ni de diminution de l'intérêt et du plaisir, ni réduction de l'énergie (cf.

page 16 du rapport d'examen clinique SMR). Le recourant a également précisé que depuis 2005 il se sentait uniquement triste et a nié tout autre symptôme. Les troubles thymiques étaient sans évolution, selon l'anamnèse psychiatrique, depuis cette période. La prise en charge par le Dr D._____ en 2015 correspondait à une demande de supervision du traitement par le Dr V._____ et non à une aggravation de l'état de santé du recourant. Le dernier essai de changement de traitement antidépresseur avait eu lieu en 2015 sans avoir entraîné de modification clinique notable. Le traitement de Cymbalta avait été instauré pour des causes seulement algiques et les évolutions symptomatiques comportementales (irritabilité et hétéro-agressivité) correspondaient aux changements d'intensité algique et non à une humeur cyclique (page 17 de l'examen clinique). Le trouble anxieux et dépressif n'apparaissait pas entraîner une souffrance intense, constante et quotidienne. Le recourant n'avait d'ailleurs pas nécessité de prise en charge psychiatrique jusqu'en 2015. Le Dr P._____ a ainsi expliqué de manière convaincante pour quelles raisons il s'éloignait des conclusions du Dr D._____ sur ce diagnostic.

Le diagnostic tel qu'établi par le Dr P._____ apparaît cohérent en l'espèce, au regard des constatations faites au cours de l'examen clinique ainsi que de la description par le recourant de son mode de fonctionnement quotidien et de ses activités. Le Dr P._____ a, en effet, observé une pensée normale, un discours cohérent, un enchaînement des idées logique. Bien que se plaignant d'un ralentissement psychomoteur et de troubles de la concentration (cf. rapport du 11 février 2022), le praticien n'a noté chez le recourant aucun trouble de l'attention et de la concentration durant toute la durée de l'examen, pas plus qu'un ralentissement psychomoteur (cf. page 12 de l'examen clinique SMR). L'intéressé s'était par exemple déplacé de la salle d'attente jusqu'à l'examen sans ralentissement, son discours était fluide et ses réponses spontanées, sans temps de latence ou perte de mot. En outre, le recourant ne présentait pas d'idées délirantes. Dans son rapport du 11 février 2022, le Dr D._____ a certes mentionné que le recourant souffrait d'un ralentissement psychomoteur et que la femme de ce dernier

faisait « tout à la maison, le lav[ait] et lui arrange[ait] la barbe » ; cependant les médecins consultés par le recourant n'ont jamais fait mention d'un tel besoin d'aide, ce qui paraît en outre étonnant en ce qu'elle traduirait une certaine impotence. Le Dr P. _____ a souligné que le recourant était autonome dans tous les aspects de la vie quotidienne, puisqu'il reconnaissait vivre « comme s'il était seul ». En particulier, il se déplaçait en train ou en bus (page 16 de l'examen clinique SMR). Le Dr P. _____ a encore constaté, s'agissant du mode de fonctionnement du recourant au quotidien, que, bien que le recourant décrive une baisse de l'humeur, de l'intérêt, du plaisir et de l'énergie (cf. rapport du 11 février 2022), l'entretien avait démontré qu'il ne faisait pas le ménage, ne préparait pas les repas et n'allait pas dans les magasins qu'il « détestait » depuis toujours. Il n'avait jamais effectué ces activités (cf. page 10 du rapport d'examen clinique SMR). Le recourant n'avait aucun centre d'intérêt ; interrogé sur ses centres d'intérêts passés, il a relevé n'en avoir jamais eu aucun, sauf la lecture régulière et assidue (1 à 2 heures/jour), en particulier du Coran (cf. page 11 ibidem). Le recourant n'a jamais manifesté de plaisir ou d'intérêt assidu à jouer ou revoir ses enfants après l'école. Même avant 2017, il n'allait généralement pas les chercher à l'école (cf. page 11 ibidem). Il ressort donc de ce qui précède que le recourant n'a jamais apporté une quelconque contribution, notamment à domicile pour le fonctionnement du ménage et l'éducation des enfants, de longue date, et n'a jamais eu d'activités, de telle sorte qu'il paraît difficile d'en tirer la conclusion d'un ralentissement psychomoteur, d'autant plus qu'aucun examen neuropsychologique n'a été prescrit et que le Dr P. _____ n'a pas observé de tels troubles (par exemple mémoire ou fatigue au terme de l'examen) (cf. pages 12 et 13 ibidem). Ce praticien n'a ainsi pas constaté la présence de manifestations concrètes de l'atteinte à la santé sur les activités du recourant dont la description de ses activités quotidiennes démontrait que l'état de santé psychique n'entraînait pas de limitations fonctionnelles significatives susceptibles d'entraver sa capacité de travail.

Il ne peut être tiré argument du mode de fonctionnement familial et social du recourant puisque celui-ci est demeuré pour l'essentiel

inchangé (depuis son retour en Suisse), avec pour corollaire qu'il était le même en 2011 et que dans l'hypothèse où ce mode de fonctionnement devait être considéré comme significatif d'un trouble de l'humeur incapacitant, il ne s'agirait pas d'une modification de sa situation depuis la dernière demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Quant aux deux « tentatives » de suicides antérieures à la décision litigieuse, lesquelles sont décrites de la manière suivante : « *Le patient a failli se suicider, en voulant se jeter depuis son balcon (...)* » (cf. rapport du 11 février 2022), elles ne sauraient avoir d'incidence sur le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte non incapacitant posé par le Dr P._____. En effet, outre le fait que le rapport du 11 février 2022 est postérieur à la décision attaquée, il sied de constater que le recourant habite au rez-de-chaussée (cf. page 6 in fine de l'examen clinique SMR). Quant au tentamen du 21 décembre 2021, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références citées). La Cour de céans constate qu'au vu de cette jurisprudence, l'état de fait soumis à examen s'achevait au 5 octobre 2021, date de la décision litigieuse. Or, il est indéniable que cette tentative n'était alors pas actuelle et que l'autorité intimée n'avait aucune raison d'investiguer à ce sujet. Dans ces conditions, elle constitue un élément étranger à la décision et aucun reproche ne peut donc être formulé à l'encontre de la décision rendue par l'intimé.

Les rapports du Dr D._____ ne fournissent en définitive aucun élément permettant de remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr P._____. C'est ainsi de manière convaincante que le Dr P._____ a exclu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne chronique et lui a préféré celui de trouble anxieux et dépressif mixte.

bb) Au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr P._____ a également retenu l'accentuation de certains traits de personnalité - soit essentiellement les traits de personnalité impulsive et dépendante - sans que cela ne constitue un trouble de la personnalité ayant valeur de maladie (voir TF 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3). Le Dr P._____ a expliqué précisément les raisons excluant l'existence d'une problématique de personnalité ayant valeur de trouble mental. En particulier, le Dr P._____ a relevé qu'il n'était fait état en dix ans que de deux épisodes d'hétéro-agressivité. Ces derniers n'étaient pas le reflet d'un comportement profondément enraciné et existant depuis l'enfance ou l'adolescence. L'anamnèse psychiatrique et le status ne montraient aucune instabilité émotionnelle ou impulsive. La dimension abandonnique ne s'était réellement manifestée que lors de la rupture avec sa première épouse, l'anamnèse et le status n'amenant aucun élément qui pourrait faire penser que cette dimension avait pu affecter ses relations amicales. L'évitement social n'était pas non plus lié à une modification durable de la personnalité (cf. page 17 du rapport d'examen clinique SMR). Dès lors qu'il n'y avait pas d'argument pour fonder un trouble de la personnalité et que des traits de personnalité, tels que ceux observés chez le recourant, n'avaient pas valeur de maladie psychiatrique, c'est à juste titre que le Dr P._____ a jugé que ces traits ne pouvaient fonder une incapacité de travail en droit des assurances (cf. art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA).

b) S'agissant de la divergence en matière de diagnostic de trouble bipolaire de type II opposant le Dr D._____ au Dr P._____, il sied de constater que le premier praticien retient ce diagnostic au vu des « antécédents [de] plus de 3 épisodes dépressifs récurrents, aussi plus d'épisodes d'hypomanie, la présence d'antécédents familiaux de possibles troubles bipolaires, la non-réponse à un traitement antidépresseur et devant l'aggravation de la symptomatologie clinique dans le temps », mais également en raison du « trouble important de sommeil », du « trouble anxieux » et des « antécédents [de] trouble du comportement alimentaire et d'abus d'alcool » (cf. page 8 du rapport du 11 février 2022).

Pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type II selon le DSM-5, il est nécessaire de remplir les critères pour au moins un épisode hypomaniaque et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (A) ; de ne jamais avoir eu d'épisode maniaque (B) ; que l'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) épisode(s) dépressif(s) ne soit pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (C) ; et que les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (D).

Le Dr P. _____ a expliqué les raisons l'ayant amené, au vu de l'anamnèse psychiatrique, à écarter le rapport du 12 août 2020 du Dr D. _____ évoquant deux épisodes hypomaniaques entre 2011 et 2013, et par la même occasion le diagnostic de trouble bipolaire de type II. Dans un premier temps, il convient de relever que le recourant se méprend lorsqu'il expose que le Dr P. _____ a refusé de tenir compte des deux épisodes hypomaniaques « sans aucune motivation ». En effet, le recourant a indiqué, lors de son examen, n'avoir aucun souvenir de ces deux épisodes. Interrogé derechef à ce sujet, le recourant a affirmé, avec certitude, n'avoir aucun souvenir d'épisode d'excitation motrice ou psychique ou d'épisode d'humeur joyeuse, même de courte durée. Il a maintenu que, depuis 2005, il se sentait uniquement triste et ce, en permanence et sans fluctuation, niant tout autre symptôme (cf. page 9 du rapport d'examen clinique SMR). Dans un second temps, il sied de constater que, sans de plus amples explications, ce diagnostic est apparu pour la première fois dans le rapport du 12 août 2020 du Dr D. _____, ce dernier ayant précédemment indiqué que le recourant souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, chronique, depuis 2010 (cf. rapport du 30 mars 2019), ce alors même que ces épisodes hypomaniaques remonteraient à 2011 et 2013. Le Dr D. _____ n'a justifié le changement de diagnostic qu'en se référant à ces deux épisodes qui

n'ont été, à l'époque, objectivés par aucun médecin. Enfin, le Dr D. _____ n'a pas non plus fait mention, dans les rapports médicaux, de traitement thymorégulateur si ce n'est l'introduction de Quilonorm®-retard 450 mg en février 2019 (objectivé sur une ordonnance et non par un rapport médical), lequel n'apparaît plus dans son rapport médical du 30 mars 2019. Le Dr V. _____ n'a pas non plus précisé ce traitement dans son rapport du 6 juillet 2020. Interrogé par le Dr P. _____, le recourant a expliqué qu'il « n'a[vait] sans doute pas suivi le traitement » (cf. page 8 du rapport d'examen clinique SMR). Au vu de l'anamnèse psychiatrique, des rapports médicaux, à sa disposition, et de l'absence de traitement en rapport avec ce diagnostic, le Dr P. _____ n'a pas retenu la présence d'épisode hypomaniaque et donc le diagnostic de trouble bipolaire de type II (cf. page 17 ibidem).

À l'instar du Dr P. _____, il convient de noter que les critères DSM-5 ne sont pas remplis. Seul peut être objectivée la réduction du besoin de sommeil qui paraît cependant constante chez le recourant. Les dettes de jeu sont de simples allégations et ne sont pas référées à un ou des épisodes hypomaniaques avec réalisation d'autres critères pour le surplus (il n'y a que la fréquentation du casino entraînant la dette sans mention des autres critères hypomaniaques en parallèle). Lors de l'examen SMR, le recourant s'est montré calme, n'a exprimé aucune tension et a nié tout accès de violence au quotidien. Le Dr P. _____ a discuté des accès de colère ou d'impulsivité du recourant, épisodes d'agressivité que le Dr D. _____ a considérés comme hypomaniaques, et ses explications n'ont pas permis de retenir qu'il s'agirait d'épisodes hypomaniaques. A cet égard, l'un des épisodes décrits par le recourant constitue une agression dont il a été victime. Durant l'examen, le recourant n'a pas non plus présenté de sentiment de détresse, n'a pas exprimé de souffrance ou d'anxiété ou d'idées délirantes. L'exploration de la thymie n'a pas objectivé d'abaissement de l'humeur, qui était normale. Il n'y avait pas de diminution de l'intérêt et du plaisir ni de réduction de l'énergie. Le recourant n'a pas non plus exprimé de propos allant dans le sens d'une surestimation ou d'une perturbation de l'image (cf. pages 12 à

13 ibidem). Le praticien n'a pas noté de trouble du contrôle des impulsions.

Il faut bien admettre que le psychiatre traitant n'étaye guère ce diagnostic, que ce soit dans les rapports produits en procédure administrative ou judiciaire. En effet, si la tristesse semble présente, aux dires de l'intéressé, la diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi que de l'énergie n'est pas expliquée par le Dr D. _____ qui se contente de « recueillir des informations du rapport » du SMR et de s'interroger sur ces dernières (cf. pages 3 et 4 du rapport du 11 février 2022), sans procéder par exemple à une comparaison d'une journée-type avant et après ses atteintes psychiques.

Par ailleurs, le fait que le Dr P. _____ n'ait pas « *exploré les antécédents familiaux du patient dans leur totalité, antécédents qui prouve[raie]nt bien une composante familiale très importante de la gravité du trouble bipolaire* » ne permet pas de retenir un tel diagnostic, étant relevé que les antécédents familiaux décrits par le Dr D. _____ sont peu documentés, voire exprimés sous forme d'hypothèses (« *Les fils d'une autre tente (6 sur un total de 11 **auraient eu** des problèmes de dépression), un d'entre eux **aurait pris** des antidépresseurs, 2 autres se sont suicidés et un autre **se serait suicidé** en partant à la nage* », « *Un cousin germain [...] **serait devenu** médecin et souffre de dépression depuis plus de 20 ans [...] Finalement, il **aurait** « **tout laissé tomber** » son activité professionnelle. Le frère de sa mère **se serait suicidé** à l'âge de 62-63 ans [...]. Le patient a une fille de 23 ans [...] qui **serait suivi** en psychiatrie pour Trouble Bipolaire [...]* ») (cf. rapport du 11 février 2022).

Quant à l'abus d'alcool, celui-ci n'a été mentionné pour la première fois que dans le rapport du 11 février 2022 du Dr D. _____, les médecins du SMR ayant noté que le recourant ne consommait pas d'alcool. Il semble par ailleurs que cette problématique soit récente selon le rapport du 21 décembre 2021. Quoi qu'il en soit tant l'abus d'alcool que les troubles alimentaires ne sont pas explicités et ne permettent pas de retenir, à eux seuls, un tel diagnostic.

Au demeurant, le psychiatre traitant n'a fait référence à la réalisation simultanées d'autres symptômes qui autoriseraient à retenir le diagnostic de trouble bipolaire de type II, de sorte que c'est à juste titre que le Dr P._____ a rejeté ce diagnostic.

c) Pour ce qui est de la claustrophobie et de la peur, le Dr D._____ n'a posé aucun diagnostic spécifique. Le Dr P._____ a expliqué les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu ces troubles. Ce praticien a notamment noté que le recourant prenait l'ascenseur à l'aller comme au retour en sa présence, et ce, sans aucune appréhension, ne précisant seulement au retour qu'il ne prenait l'ascenseur qu'en la présence de personnes qu'il appréciait. Durant l'examen, le recourant n'a amené aucune autre phobie. La non-utilisation de son véhicule n'était pas de nature phobique, mais due à une altercation avec la police, et il ne présentait aucun symptôme de phobie sociale (cf. page 12 de l'examen clinique SMR).

d) S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'anamnèse et le status ont permis de montrer que la douleur n'était pas la plainte essentielle du recourant, qu'elle n'était pas vécue de manière intense et qu'elle ne s'accompagnait pas d'un sentiment de détresse, ce qui permettait d'exclure ce diagnostic (cf. page 18 ibidem). Ni le psychiatre traitant ni le recourant ne font d'ailleurs grief au Dr P._____ de ne pas avoir retenu ce diagnostic.

e) Enfin, c'est en vain que le recourant entend se prévaloir du fait que le Dr P._____ retienne une capacité de travail entière dès 2005 sans de plus amples explications. Cet élément est sans incidence sur le sort de la décision attaquée, s'agissant d'une période largement antérieure à la première décision de 2011. En outre, le Dr P._____ s'est manifestement basé sur le rapport médical du 20 février 2005 du Dr R._____, lequel posait le constat de la nécessité d'un poste adapté et donc implicitement de l'absence d'incapacité de travail à cette date.

f) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le rapport du 11 février 2022 du Dr D._____, comme ses rapports précédents, ne permettent pas de s'écarter des constatations du Dr P._____.

En définitive, il y a lieu de constater que le rapport d'examen psychiatrique du SMR répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. L'appréciation de la situation médicale est claire. Le Dr P._____ explique de manière motivée les raisons pour lesquelles il retient, respectivement exclut, les diagnostics. Aucune pièce au dossier ne permet de mettre sérieusement en doute les conclusions de ce médecin.

Les moyens soulevés par le recourant sont par conséquent mal fondés.

g) Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'intimé qui, sur la base de l'avis des médecins du SMR, a retenu, à juste titre, que l'état clinique du recourant avait peu évolué depuis mars 2011 jusqu'au jour de l'examen clinique réalisé. L'intimé a alors retenu que la capacité de travail du recourant était entière depuis son retour en Suisse dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles telles que définies par l'examen clinique du SMR.

9. Au vu de ce qui précède, la requête du recourant en complément de l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique doit être rejetée, dès lors qu'une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Torrent peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 mai 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'560 fr. 60 (soit 7h40 à 180 francs, la décision octroyant l'assistance judiciaire ne prenant en compte que les activités dès le 5 novembre 2021), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 5 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Z._____ et provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Amandine Torrent, conseil de Z._____, est arrêtée à 1'560 fr. 60 (mille cinq cent soixante francs et soixante 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 d'office de son conseil 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 Amandine Torrent (pour Z._____),
- 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 :