

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père d'un enfant né en [...], engagé en tant que plâtrier-peintre par l'entreprise [...] dès février 2011, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 13 mai 2013, en raison d'une hernie discale et d'une arthrose du genou depuis octobre 2012.

Dans un rapport du 2 juillet 2013, la Dre D._____, médecin généraliste traitante de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose tri-compartimentaire droite en varus, chondrocalcinose à prédominance droite et protrusion discale L4-L5 avec conflit L5 gauche, en précisant que son patient était dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité depuis le 25 mars 2013.

Le 14 novembre 2013, la Dre Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombo-radiculalgies gauches persistantes sur protrusion discale L4/L5 médio-latérale gauche et discopathies lombaires étagées avec dysbalances musculaires, et gonarthrose bilatérale. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, le patient étant toujours limité à la marche, en station assise ou debout et n'arrivant pas à manipuler ou porter des charges.

A l'issue d'une hospitalisation de rééducation qui s'est déroulée du 25 novembre au 13 décembre 2013, les Drs Q._____ et J._____, également spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont posé le diagnostic de lombo-radiculalgie L5 gauche algo-déficitaire avec protrusion discale L4-L5 médio-latérale gauche, discopathies dégénératives lombaires étagées et déconditionnement physique global et focal avec dysbalances musculaires. Ils ont par ailleurs mentionné l'existence d'antécédents et comorbidités sans effet sur la capacité de travail, dont un déficit cochléo-vestibulaire droit avec symptomatologie

vertigineuse chronique. Les médecins ont indiqué que la reprise de l'activité habituelle n'était pas envisageable. Dans un poste de travail respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail serait progressivement totale (cf. rapport des Drs Q._____ et J._____ du 31 décembre 2013).

Le 28 janvier 2014, la Dre Q._____ a signalé une amélioration de la situation de l'assuré sur les plan subjectif et objectif. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon, car incompatible tant du point de vue lombaire que de l'arthrose du genou, mais totale dans une activité adaptée. Dans un courrier du 27 février 2014, la Dre Q._____ a défini les limitations fonctionnelles comme suit :

« - En ce qui concerne les problèmes rachidiens, le port de poids à répétition se limite à 10 kg ; occasionnellement, il peut lever ou manipuler du poids jusqu'à 20 kg. Les mouvements répétitifs de torsion/rotation du tronc sont contre-indiqués. La position assise prolongée également, la marche est également limitée en raison des lombosciatalgies et aussi en raison de la gonarthrose (douleurs au niveau du genou).

- La pathologie du genou (arthrose bilatérale tricompartmentale) contre-indique le travail en zone basse, sur les échafaudages et l'accroupissement à répétition.

- La pathologie cochléo-vestibulaire qui se manifeste par des vertiges, limite le travail en zone haute ainsi que le travail sur les échafaudages. »

Dans un rapport du 23 juillet 2014, la Dre G._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des lombo-radiculalgies gauches, déficitaires, en rémission, sur protrusion discale L4-L5 et, comme pathologie associée du ressort de l'AI, un déconditionnement physique avec dysbalance musculaire. Une gonarthrose bilatérale, un diabète non insulino-requérant, une hypertension artérielle et un déficit cochléo-vestibulaire droit constituaient des facteurs et diagnostics associés non du ressort de l'assurance-invalidité. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 25 mars 2013, la capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2014. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges limité à

10 kg, éviter la position debout ou assise prolongée, les mouvements répétitifs de torsion et rotation du tronc, la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, travail sur échafaudage, à genou et/ou position accroupie.

Par courrier du 21 décembre 2015, la Dre D._____ a informé du fait que la situation médicale de l'assuré s'était dégradée avec la mise en évidence d'une fibrillation auriculaire et d'un syndrome d'apnée du sommeil.

L'OAI ayant notifié un projet de décision du 4 janvier 2016 indiquant qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} juin au 31 août 2014, l'assuré a produit notamment les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 10 décembre 2015 du Dr X._____, spécialiste en pneumologie, constatant la présence d'une ronchopathie significative légère associée à une parasomnie respiratoire de type syndrome d'apnées obstructives du sommeil avec composante positionnelle stricte de degré moyen et préconisant un appareillage CPAP.
- Un rapport établi le 5 février 2016 par la Dre D._____, signalant en particulier qu'un récent bilan radiologique avait montré une aggravation de l'arthrose au niveau des genoux, motivant une prochaine consultation auprès d'un orthopédiste. La Dre D._____ exposait par ailleurs que les douleurs dorsales s'exacerbaient et que la capacité de travail restait nulle dans toute activité.
- Un rapport du 15 février 2016 dans lequel le Dr E._____, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics de fibrillation auriculaire persistante et asymptomatique découverte en 2015, cardioversée sous Amiodarone, et de syndrome métabolique comprenant un diabète de type 2, une hypertension artérielle et une obésité.

- Un rapport du 21 mars 2016 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant qu'il avait été consulté pour des douleurs pluri-articulaires, principalement au niveau des genoux, plus marquées à droite qu'à gauche depuis environ trois ans, associées également à des lombosciatalgies bilatérales dont se plaignait l'assuré.
- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 28 avril 2016, dans lequel le Dr V._____, spécialiste en radiologie, exposait que, par rapport à 2013, il constatait une herniation nouvelle avec un fragment en luxation épидurale caudale discrètement paramédiane gauche en L4-L5, à l'origine d'une empreinte sur le fourreau dural et potentiellement de conflits radiculaires irritatifs L5, plus du côté gauche, sans autre changements des discopathies notées en L1-L2, L2-L3 et L5-S1.

Répondant le 20 juin 2016 à un questionnaire de l'OAI, reprenant l'ensemble des diagnostics posés, la Dre D._____ a indiqué que son patient était « absolument dans l'incapacité d'effectuer une quelconque activité », car il ne s'agissait plus de limitations fonctionnelles mais d'une réelle incapacité de travail totale et définitive. Sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait « un état anxieux lié à une situation économique et physique relativement désastreuse ». Elle a joint un rapport établi le 18 mai 2016 par le Dr X._____, indiquant que l'assuré disposait d'un appareillage CPAP depuis deux mois, à satisfaction, ainsi qu'un rapport établi le 24 mai 2016 par le Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie, indiquant que l'origine des douleurs était difficile à cerner en raison des pathologies multiples au niveau lombaire et de l'arthrose des genoux. Il prévoyait de procéder à une nouvelle péridurale et envisageait, selon l'efficacité, d'effectuer des blocs diagnostics facettaires lombaires.

Dans un rapport du 20 septembre 2016, le Dr X._____ a confirmé que l'assuré s'était bien adapté à son appareillage. Il n'existait pas de limitation fonctionnelle sur le plan pneumologique.

Répondant le 21 septembre 2016 à un questionnaire de l'OAI, le Dr E._____ a posé le diagnostic de fibrillation auriculaire persistante et récidivante, sans palpitations, probablement responsable d'une dyspnée lors de la marche à la montée, existant depuis le courant de l'année 2015. Il a indiqué que les limitations fonctionnelles ne concernaient que les travaux de force mais pas les travaux de bureau ou nécessitant une faible utilisation de la force, le métier de plâtrier n'étant en particulier pas contre-indiqué. La capacité de travail était totale du point de vue cardiologique.

Le 3 novembre 2016, le Dr N._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales avec hernie discale L4-L5. Les douleurs entraînaient des limitations fonctionnelles. Le spécialiste a indiqué que l'activité habituelle ne lui paraissait pas faisable compte tenu des douleurs. Il y avait eu une péjoration en 2016.

Selon un rapport du Dr E._____ du 27 janvier 2017, l'assuré a présenté un infarctus myocardique le 31 décembre 2016, alors qu'il se trouvait à l'étranger. Il a été traité sur place par angioplastie primaire et implantation d'un stent actif, avec une bonne évolution. A la date du rapport, il n'était pas encore possible de préciser la capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier. Le Dr E._____ a ensuite exposé, dans un rapport du 10 octobre 2017, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de plâtrier depuis le 31 décembre 2016 et de 50 % dans une activité de bureau, depuis la même date. Les limitations fonctionnelles étaient les travaux de force avec les bras levés, la position debout prolongée et la position accroupie.

Le 12 octobre 2017, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant d'épisode

dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), existant depuis deux ans au minimum. Elle a précisé que la capacité de travail lui semblait nulle, une activité adaptée pouvant être envisagée ultérieurement en vertu de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé.

A la suggestion du SMR, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'OAI auprès du B._____. Les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale, M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont chacun examiné l'assuré et rédigé un rapport médical le 31 juillet 2018. Ils ont également procédé à une évaluation consensuelle de l'assuré, selon laquelle ils ont retenu comme diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, une maladie coronarienne monotronculaire avec infarctus antéro-septal sur sub-occlusion de l'artère interventriculaire antérieure moyenne traitée par angioplastie et un stent actif en [...] le 31 décembre 2016, un diabète de type 2 existant depuis 2013, une fibrillation auriculaire paroxystique cardioversée à deux reprises en 2015 et 2016, une lombalgie basse dans un contexte de lésions dégénératives L4-L5 et L5-S1, une gonarthrose fémoro-tibiale médiale évoluée, fémoro-patellaire avec ostéochondromatose associée, un syndrome d'apnées du sommeil modéré avec composante positionnelle appareillée depuis 2015, un déficit vestibulo-cochléaire connu depuis 2007, appareillé depuis 2014, une hypertension artérielle depuis de nombreuses années, une obésité et des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Les médecins ont considéré que la maladie coronarienne limitait les efforts et les déplacements importants. Le diabète contre-indiquait la conduite professionnelle, les travaux en hauteur et l'utilisation de machines avec risques de blessures en raison des risques d'hypoglycémie. Au niveau de la médecine physique et réadaptation, il était retenu une contre-indication au port de charges supérieures à 5 kg, à la station debout prolongée, aux mouvements d'antéflexion du tronc, et aux déplacements sur terrain accidenté. Le diagnostic psychiatrique retenu n'était quant à lui pas incapacitant et n'impliquait pas de limitation fonctionnelle. Les experts ont conclu à une incapacité totale et définitive dans l'exercice de l'activité habituelle de

plâtrier peintre mais à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Prenant connaissance de cette expertise, la Dre G._____ du SMR a indiqué le 31 octobre 2018 qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions des experts.

Par décision du 22 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} mars au 31 août 2014. Il a considéré qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, l'intéressé présentait une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité professionnelle et son degré d'invalidité s'élevait à 100 %. L'état de santé de l'assuré s'était ensuite progressivement amélioré et ce dernier avait recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} juin 2014. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : port de charges limité à 5 kg, éviter la position debout prolongée et les mouvements d'antéflexion du tronc ainsi que la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de travail sur échafaudages ni d'utilisation de machines à risque, pas de conduite professionnelle, favoriser un travail avec horaires fixes et de jour en position assise avec possibilité de faire des pauses. La comparaison entre le revenu sans invalidité de 72'930 fr. et le revenu avec invalidité de 59'560 fr. laissait apparaître une perte de gain de 13'370 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 18 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé cette décision par arrêt du 6 novembre 2019 (AI 128719 - 352/2019). En substance, la cour a considéré que les conclusions des experts T._____, M._____ et F._____ étaient exemptes de contradictions et particulièrement bien motivées, de sorte qu'il fallait reconnaître à leur rapport d'expertise une pleine valeur probante. En revanche, il ne ressortait pas des rapports des médecins traitants que des éléments factuels avaient été ignorés par les experts, ni d'éléments médical remettant en cause leur analyse.

B. Le 13 mai 2020, la Dre D._____ a adressé une lettre à l'OAI, dans laquelle elle a fait part d'une aggravation sévère au niveau psychologique, ayant nécessité la reprise du suivi psychiatrique suspendu en raison de la pandémie de COVID-19.

L'assuré a ensuite déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 juin 2020, en faisant état d'atteintes à la colonne vertébrale, à la jambe gauche, à la hanche droite, aux genoux et aux fesses, d'une crise cardiaque, d'apnées du sommeil, de troubles de la vision, d'un diabète, d'une perte d'audition et d'un suivi psychiatrique. Il a joint en particulier un rapport établi le 16 mars 2020 par les Drs N._____ et P._____, également spécialiste en anesthésiologie, dans lequel ils ont posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches sur protrusion discale L4-L5 avec conflit L5 gauche et de disco-spondylarthrose de type MODIC 1 en L4-L5. L'assuré avait subi une infiltration transforaminale de la racine L5 gauche en février 2020, mais gardait une impotence à la marche liée à la gonarthrose bilatérale sévère, pouvant également avoir un impact sur la statique dorsale.

La Dre D._____ a écrit un nouveau courrier le 18 juin 2020, dans lequel elle précisait que la péjoration sur le plan psychologique était majeure. Son patient présentait un état dépressif s'aggravant, avec des idées suicidaires. Sur le plan physique, les lombalgies étaient en recrudescence, avec des sciatalgies à bascule actuellement prédominantes à gauche depuis une infiltration effectuée le 28 mai 2020. Les gonalgies étaient « maximales » en raison d'une altération totale de l'articulation des deux genoux. La situation était en revanche stable sur le plan cardiovasculaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 mars 2013.

Le SMR ayant préconisé d'entrer en matière sur la nouvelle demande lors de sa permanence du 18 juin 2020, l'OAI a sollicité des informations auprès de la psychiatre traitante de l'assurée. Dans leur rapport du 22 septembre 2020, des Dres L._____ et K._____, médecin assistante, ont indiqué qu'un suivi mensuel avait repris dès le 11 mai

2020. Elles ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2, existant depuis « au moins 2017 ».

Dans un avis SMR du 12 février 2021, prenant connaissance des nouveaux rapports versés au dossier, la Dre S._____, médecin praticienne, a conclu à l'absence de modification significative de l'état de santé de l'assuré.

L'OAI a établi un projet de décision le 2 mars 2021, prévoyant de rejeter la nouvelle demande de prestations, faute de modification significative de l'état de santé de l'assuré depuis sa décision du 22 février 2019, confirmée sur recours le 8 novembre 2019.

Désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, l'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision le 1^{er} avril 2021, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 18 décembre 2020. Il a ultérieurement produit les pièces médicales suivantes :

- Une lettre de la Dre D._____ du 31 mai 2021, faisant part de son soutien dans les démarches entreprises par son patient pour faire reconnaître son invalidité. Elle exposait que, compte tenu des symptômes cardiaques, pulmonaires, métaboliques, locomoteurs sévères et psychiatriques, il paraissait « évident » que la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité.
- Un rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 12 octobre 2021 par la psychologue C._____ et la neuropsychologue Z._____, concluant comme suit :

« Conclusion et propositions :

Cet examen neuropsychologique montre ainsi des difficultés sur le plan langagier, praxique, exécutif et mnésique chez un patient ayant collaboré de manière passive et ayant probablement amplifié ses déficits.

Le patient semble toutefois montrer d'importants signes de dépression, et une situation familiale problématique, éléments qui

pourraient expliquer cette possible exagération des difficultés sur le plan neuropsychologique.

Sur la base de cet examen, une analyse fine des dysfonctionnements cognitifs est donc difficile, sans compter l'impact possible de l'importante médication sur le fonctionnement cognitif global.

L'obtention d'une rente AI serait donc à évaluer au vu de la pathologie psychiatrique et des limitations motrices. »

- Un rapport d'évaluation psychiatrique établi le 16 novembre 2021 par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, F32.2, et donnant l'évaluation suivante :

« Evaluation du cas

Initialement en 2013, Monsieur W._____ présentait un état réactionnel anxio-dépressif qui a passé à un trouble anxio-dépressif pour évoluer ensuite à un épisode dépressif franc. Cette dernière année, l'état de santé de Monsieur W._____ s'est encore aggravé avec la présence d'idées noires car il ne voit pas d'issue à sa situation qui s'est dégradée progressivement sur plusieurs niveaux : personnel, de couple, social, économique, professionnel, et sur le plan de la santé avec notamment de nombreuses restrictions physiques.

En considérant les symptômes psychiques présentés par Monsieur W._____ depuis 2013 et suite à l'étude de sa biographie, un trouble dépressif est pleinement justifié en tant que diagnostic principal psychiatrique et cause une altération significative du fonctionnement professionnel, personnel et/ou social, ainsi qu'une souffrance significative chez Monsieur W._____ et sa famille. La dépression et le manque d'espoir sont aussi responsables d'une altération significative du fonctionnement global.

Le trouble cognitif avec difficultés sur le plan langagier, praxique, exécutif et mnésique aggravent encore plus sa situation.

Capacité de travail et pronostic

Au vu des éléments évoqués : des éléments traumatiques importants dans sa biographie, un trouble dépressif avec épisode dépressif sévère grave d'origine probablement multifactorielle et une chronicisation des symptômes sur plus de 7 ans, nous statuons à la conclusion d'une incapacité de travail à 100 % dans toute activité.

Au vu de ce qui précède, les symptômes fonctionnels, les comorbidités somatiques et les problèmes cognitifs de Monsieur W._____, avec sa rigidité, induisent une incapacité à intégrer le

marché du travail. Même avec de grandes adaptations, son état de santé ne lui permet qu'une activité occupationnelle.

Un suivi psychothérapeutique intensif et un traitement pharmacologique pourraient améliorer sa qualité de vie sur le plan existentiel, mais le pronostic reste sombre. »

Dans un avis SMR du 17 décembre 2021, après examen des nouvelles pièces médicales, la Dre S._____ a relevé que l'examen neuropsychologique ne comportait pas de tests de validation et que le rapport du Dr R._____ décrivait une situation ayant peu évolué depuis 2017. Il s'agissait par conséquent d'une appréciation différente d'une situation identique.

Par décision du 3 janvier 2022, l'OAI a refusé les mesures professionnelles et la rente d'invalidité, dès lors qu'il n'y avait aucune modification significative de l'état de santé depuis la précédente décision. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a ajouté que la contestation du projet de décision n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Toujours représenté par Me Duc, W._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée par acte du 4 février 2022, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est versée à compter du 18 décembre 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Remettant en cause la valeur probante des avis du SMR sur lesquels l'intimé s'est fondé, il s'est prévalu des conclusions du rapport établi le 16 novembre 2021 par le Dr R._____, en particulier des limitations fonctionnelles et de l'incapacité de travail déterminées par ce dernier. Il a par ailleurs requis, en particulier, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que des débats publics et son audition afin que la Cour se rende compte de l'importance de ses atteintes à la santé.

Répondant le 24 mars 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se référant aux avis SMR des 12 février et 17 décembre 2021, dont la pertinence ne faisait aucun doute s'agissant d'une analyse sur dossier.

Dans des observations spontanées du 8 avril 2022, le recourant a encore fait valoir qu'il avait subi une intervention sur le genou droit le 18 mars 2022, ce qui était « un élément de plus de la détérioration de son état de santé ». Il a pour le surplus sollicité la production de la convention d'objectifs conclue entre l'intimé et l'Office fédéral des assurances sociales.

Le 14 avril 2022, la Juge instructrice a informé le recourant du rejet de sa réquisition tendant à la production de la convention d'objectifs, celle-ci ne paraissant pas utile à l'établissement des faits.

Informé qu'il était renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à son audition à titre de mesure d'instruction et invité à se déterminer sur le maintien de sa requête tendant à la tenue d'une audience de débats publics destinée aux plaidoiries, le recourant a renoncé à celle-ci par courrier du 2 août 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 ou à des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité à la suite de la deuxième demande de prestations déposée juin 2020, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé du recourant a connu une aggravation depuis la décision du 22 février 2019.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022. En revanche, en cas de révision, la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 reste applicable, si la modification déterminante s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022 (cf. ch. 9100 et 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022 ; ch. 1007 à 1009 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 3 janvier 2022, fait suite à une demande de prestations déposée en juin 2020. Il s'agit cependant d'une nouvelle demande, une décision d'octroi de rente limité dans le temps ayant été rendue en février 2019 en réponse à une première demande de prestations introduite en mai 2013. Par conséquent, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI (cf. consid. 3c infra), l'état de fait litigieux concerne l'existence d'une péjoration de l'état de santé du recourant survenue entre février 2019 et juin 2020, ouvrant un éventuel droit aux prestations avant le 31 décembre 2021. Il en découle que le droit s'applique dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). 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) Tout changement important des circonstances propres 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. 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).

5. 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) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des 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 asséculoologique. 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).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du

26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé statuait sur la deuxième demande de prestations du recourant. Lors de la première procédure, une expertise médicale pluridisciplinaire a été mise en œuvre, comprenant les volets de médecine interne générale, de médecine physique et réadaptation, ainsi que de psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 31 juillet 2018, les experts du B._____ ont retenu l'existence de plusieurs atteintes d'ordre somatique, en particulier une pathologie cardiaque, une lombalgie sur lésions dégénératives et une gonarthrose évoluée. Sur le plan psychiatrique, ils ont posé le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Ils ont décrit les limitations fonctionnelles découlant de l'ensemble de ces atteintes et conclu à une incapacité de travail totale et définitive dans l'exercice de l'activité habituelle de plâtrier-peintre, mais à une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Le caractère probant de cette expertise a été admis par l'intimé, qui a alloué une rente d'invalidité limitée dans le temps, eu égard à la capacité de travail dans une activité adaptée recouvrée dès le 1^{er} juin 2014, décision confirmée sur recours.

A l'appui de la deuxième demande de prestations du recourant, la Dre D._____ a fait état d'une aggravation de l'état psychique dans un courrier du 13 mai 2020. Sur avis du SMR, l'intimé est entré en matière sur cette demande et a sollicité un rapport auprès des psychothérapeutes traitants. La Dre D._____ a réécrit ultérieurement pour insister sur l'aggravation de l'état psychique et signaler que les lombalgies étaient en recrudescence, accompagnées de sciatgies, et que les articulations des deux genoux étaient totalement altérées. Sur le plan somatique, le recourant a produit avec sa demande un rapport de la consultation spécialisée dans la prise en charge de la douleur. Après avoir

obtenu un nouveau rapport des psychothérapeutes traitants de l'assuré, l'intimé a soumis l'ensemble du dossier au SMR, qui n'a pas vu de modification significative de l'état de santé du recourant depuis le premier examen. L'intimé a consulté une nouvelle fois le SMR à réception des pièces médicales supplémentaires versées au dossier par l'assuré avec ses objections au projet de décision. Le SMR ayant conclu à une appréciation différente d'un même état de fait, l'intimé a confirmé son projet de décision et rejeté la demande.

b) Dans un premier moyen, le recourant a fait grief à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire, en se fondant uniquement sur les conclusions du SMR des 12 février et 17 décembre 2021. Il a reproché à ce dernier un manque de motivation de ses rapports et un point de vue orienté, émettant l'hypothèse qu'il a nié une aggravation pourtant bien documentée afin de satisfaire des objectifs statistiques.

S'agissant de la motivation, il y a lieu de relever que le recourant semble se référer aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux et expertises, soit aux pièces médicales destinées à poser un diagnostic et à attester la capacité de travail d'un assuré. Cependant, comme l'a rappelé l'intimé, les deux écrits du SMR en question s'inscrivent dans le cadre de la mission de conseil de ce service conféré par l'art. 59 al. 2^{bis} LAI. Son rôle se limitait donc à donner un avis sur la qualité et le contenu des pièces médicales versées au dossier. Or, sur ce point, le SMR a, dans ses deux avis, indiqué précisément les raisons pour lesquelles il concluait à l'absence de modification notable de l'état de santé du recourant depuis le précédent examen. Ainsi, dans son avis du 12 février 2021, le SMR a rappelé qu'une expertise pluridisciplinaire avait été établie en juillet 2018 et a confronté les nouveaux rapports des médecins traitants avec les résultats de cette expertise pour conclure que la situation n'avait pas connu d'aggravation. Dans l'avis du 17 décembre 2021, le SMR a évalué le caractère probant des pièces produites par le recourant avec ses objections au projet de décision et en a analysé le contenu, toujours en regard de l'expertise de 2018. N'ayant pas procédé lui-même à un examen du recourant, le SMR

n'avait pas à établir d'anamnèse ou de status, ni à motiver les diagnostics ou la capacité de travail retenus. Les critiques du recourant sur la valeur probante des deux avis du SMR doivent par conséquent être écartées.

Quant aux éléments qui amènent le recourant à douter de l'impartialité du SMR, respectivement de la Dre S. _____ qui a rédigé les deux avis, il faut constater qu'ils sont inconsistants. En effet, l'utilisation du terme « amplification » et la mention d'une collaboration passive dans son rapport du 17 décembre 2021 sont directement reprises du rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 12 octobre 2021 par la psychologue C. _____ et la neuropsychologue Z. _____. Il ne s'agit donc pas d'une opinion de la Dre S. _____, mais d'un constat posé par les spécialistes consultées par le recourant. Pour le surplus, les autres éléments mis en avant par le recourant quant à un rejet systématique des troubles psychiques ou à une politique délibérée d'économie de coût, ne sont pas suffisamment étayés pour qu'il y soit donné crédit, étant relevé que le contenu des rapports litigieux sera examiné ci-après par la Cour de céans. Par ailleurs, c'est en vain que le recourant met en doute la qualification de la Dre S. _____. En effet, comme déjà dit, la Dre S. _____ n'a pas procédé à un examen du recourant au sens 49 al. 2 RAI et encore moins à une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, mais bien à une évaluation des conditions médicales du droit aux prestations en vertu de la mission que lui confère l'art. 59 al. 2^{bis} LAI. Or, pour une telle analyse, il est admis par la jurisprudence qu'une spécialisation n'est pas nécessaire, puisqu'il s'agit uniquement d'émettre un avis sur les rapports établis par des confrères (cf. notamment TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 consid. 4.2 ; 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3). Il s'agit dès lors d'examiner si, entre la première décision de refus de prestations passée en force et fondée sur un examen complet, du 22 février 2019, et la décision objet du présent recours, rendue le 3 janvier 2022, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

c) Sur le plan somatique, la Dre D. _____ a fait état dans sa lettre du 18 juin 2020 d'une recrudescence de lombalgies, accompagnées

de sciatalgies à bascule, ainsi que de gonalgies « maximales » en raison de l'altération totale de l'articulation des deux genoux. Elle ne décrit cependant pas de limitations fonctionnelles en lien avec ces éléments anamnestiques, mentionnant seulement une incapacité de travail totale depuis mars 2013. Elle n'est pas plus précise dans le courrier qu'elle a adressé le 31 mai 2021 au mandataire du recourant, puisqu'elle a seulement évoqué une incapacité de travail « évidente » en raison de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques de son patient. Quant aux anesthésiologistes, ils ont écrit dans leur rapport du 16 mars 2020 que la symptomatologie s'était aggravée, en ce sens que les lombalgies étaient associées à un trajet radiculaire sur l'arrière de la jambe gauche irradiant dans le pied. Ils ont également évoqué des gonalgies invalidantes, des douleurs à la hanche droite, une position assise difficile en raison d'une augmentation des douleurs avec l'appui fessier gauche. Ils ont précisé que l'évaluation de la douleur minimale par le patient était de 4 et ont résumé les résultats d'une radiographie du bassin et d'une IRM lombaire effectuées le 18 décembre 2019. Le status était décrit comme suit :

« Marche en boitant avec difficulté à fléchir les genoux. Doigt-sol 20 cm, maintien sur un pied impossible car les gonalgies sont importantes, pointes tenues, talons non tenus, flexion avant du tronc améliore la symptomatologie douloureuse, extension de la colonne douloureuse et exacerbe la radiculopathie gauche. Lasègue négatif, rétro-lasègue positif à gauche. Hanche droite douloureuse aux mouvements de rotation externe et interne. Bon pouls périphérique aux membres inférieurs. »

A propos de ces éléments, la Dre S. _____ du SMR a exposé dans son avis du 12 février 2021 que la situation décrite par les anesthésiologistes était superposable à celle déjà connue tant au niveau clinique qu'au niveau de l'imagerie, que les lombosciatalgies étaient connues de longue date, en se référant au rapport du Dr N. _____ du 3 novembre 2016, et qu'il n'était pas mentionné d'aggravation au niveau des genoux, pour lesquels une indication chirurgicale avait été posée dès 2017. Le rapport du Dr N. _____ du 3 novembre 2016 posait en effet le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales avec hernie discale L4-L5. A l'époque, le patient avait décrit des douleurs en recrudescence depuis le

début de l'année 2016, avec des douleurs depuis les fesses jusqu'aux pieds, surtout le gauche au niveau du gros orteil, peu de décharges électriques, de légères brûlures, étant précisé que les autres classifications étaient difficiles à établir pour des raisons de compréhension de la langue. Les douleurs étaient présentes dans toutes les positions, même couchée, nécessitant de fréquents changements de position et, à la marche, les douleurs partaient dans la jambe. Ce rapport a fait partie des pièces médicales remises aux experts qui ont examiné le recourant par la suite. Dans son rapport d'expertise spécialisé du 31 juillet 2017, le Dr F. _____ a noté que le recourant décrivait ses douleurs comme suit (ch. 3.2, p. 14 du rapport d'expertise de médecine physique et réadaptation) :

« Se plaint de douleurs occipitales droites survenant de temps en temps, que Monsieur W. _____ néglige, il se plaint essentiellement de douleurs lombaires associées à une lombo-sciatique gauche avec des fourmis qui apparaissent uniquement en position couchée. La douleur est estimée à 4-5/10 à l'[échelle visuelle analogique], elle n'est pas impulsive à la toux et à la défécation, la marche est possible pendant quarante-cinq minutes environ avec des pauses toutes les dix minutes. Lors de la dernière consultation auprès d'une algologue qui le suit, il a été évoqué une possible indication chirurgicale.

En ce qui concerne les genoux, la douleur persiste, elle gêne la descente des escaliers qui se fait avec l'aide de rampes. Il existe des épisodes d'œdèmes. Aucun traitement n'est actuellement prescrit, le chirurgien aurait simplement précisé qu'il était à l'écoute de Monsieur W. _____ lorsqu'il aurait décidé de se faire opérer. L'expertisé considère qu'il est dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle. La pathologie est stationnaire actuellement, sans aggravation. »

Le Dr F. _____ a par ailleurs constaté notamment (ch. 4.1, pp.17ss du rapport d'expertise de médecine physique et réadaptation), à l'examen du rachis lombaire, une distance mains-sol de 55 cm avec des douleurs lors du relevage ainsi que l'extension et la rotation à droite douloureuses, et à l'examen des membres inférieurs, des douleurs à la mobilisation des hanches ainsi qu'à la flexion des genoux.

Il apparaît ainsi que les douleurs signalées par les médecins en 2020 étaient essentiellement les mêmes qu'en 2017. Le recourant a d'ailleurs lui-même évalué l'intensité de sa douleur au même niveau, soit

4 à 5 auprès de l'expert en 2017 et 4 auprès des anesthésiologistes en 2020. Quant à l'intervention sur le genou droit en mars 2022 mentionnée par le recourant dans sa dernière écriture, outre le fait qu'il s'agit d'un élément de fait postérieur à la décision qui ne peut par conséquent pas être pris en compte à ce stade, il faut encore relever, à l'instar du SMR, que l'indication pour une chirurgie au niveau des genoux existait déjà au moment de l'expertise. En conséquence, l'on ne saurait voir l'intervention alléguée comme la preuve d'une aggravation de l'état de santé survenue en 2020. Il faut dès lors constater que le SMR a comparé de manière objective les rapports versés au dossier à l'appui de la deuxième demande de prestations et que ces nouvelles pièces n'ont pas rendu vraisemblable une péjoration substantielle de l'état de santé du recourant depuis le premier examen sur le plan physique.

d) Du point de vue psychiatrique, une aggravation sévère a été signalée par la Dre D. _____ dans ses courriers des 15 mai et 18 juin 2020, sans autre constat médical venant étayer cette affirmation si ce n'est la mention d'idées suicidaires ayant nécessité la reprise d'un suivi régulier. Dans leur rapport du 22 septembre 2020, les psychothérapeutes traitantes ont pour leur part mentionné les symptômes actuels suivants : tristesse, irritabilité, fatigabilité, manque de confiance, sentiment de culpabilité et d'inutilité, manque de motivation, troubles de la concentration, isolement social et idées pessimistes. Elles ont en outre signalé un ralentissement psychomoteur avec des difficultés à la marche et des troubles de l'équilibre lorsque l'intéressé se lève de sa chaise, une thymie abaissée avec de l'anxiété et une certaine irritabilité, un sentiment de désespoir et de culpabilité, des ruminations. Des idées pessimistes étaient présentes avec une difficulté à se projeter dans l'avenir, mais il n'y avait pas d'idées suicidaires scénarisées. Les psychiatres traitantes ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, F32.2, en précisant qu'il existait depuis « au moins 2017 ». Ainsi, contrairement à la Dre D. _____, les Dres L. _____ et K. _____ n'ont pas relevé d'idées suicidaires et n'ont pas fait état d'une aggravation, mais d'une situation qui perdurait depuis 2017. A cet égard, la Dre L. _____ écrivait déjà le 12 octobre 2017 que son patient

présentait un état dépressif sévère, caractérisé par une humeur triste, une anhédonie importante, des troubles du sommeil à type d'insomnie et qu'il était irritable et en colère, avec perte de l'élan vital,

Avec ses objections au projet de décision, le recourant a produit une troisième lettre de la Dre D._____, qui ne contenait aucun élément anamnestique supplémentaire. Il a également joint un rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 12 octobre 2021, lequel faisait état de certaines difficultés chez le recourant, mais les relativisait en précisant que l'intéressé avait collaboré de manière passive et qu'il avait « probablement amplifié ses déficits ». Ainsi, les auteures de ce rapport, qui observaient par ailleurs des signes de dépression qualifiés d'importants et une situation familiale décrite comme problématique, n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles sur le plan neuropsychologique et ont renvoyé à l'évaluation des pathologies psychiatriques et motrices. Enfin, le recourant s'est prévalu d'un rapport établi le 16 novembre 2021 par le Dr R._____ posant, comme les psychothérapeutes traitantes, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2, et faisant état d'une aggravation depuis une année. Ce médecin a expliqué qu'il fallait retenir ce diagnostic dès lors que la symptomatologie anxiodépressive perdurait depuis 2013 sans évolution particulière. Il a par ailleurs évoqué une aggravation depuis environ une année, manifestée par la présence d'idées noires face à une situation personnelle qui s'était progressivement dégradée sur plusieurs niveaux (personnel, couple, social, économique, professionnel et santé physique). Pour établir son rapport, le Dr R._____ a vu le recourant lors d'un unique entretien et a alors constaté des troubles de l'attention et de la concentration. Les plaintes du recourant étaient des ruminations concernant sa situation personnelle et professionnelle, en lien avec un manque de reconnaissance et un sentiment d'injustice, une certaine instabilité de l'humeur avec parfois un sentiment de tristesse envahissante et de stress, ainsi qu'un sentiment de passer à côté de sa vie, une fatigue avec manque de motivation et d'élan vital, une tendance à s'isoler. Le contenu de la pensée montrait des préoccupations sur la

souffrance actuelle avec des perspectives et alternatives professionnelles et personnelles très incertaines.

Le status décrit par le Dr R. _____ se révèle donc superposable à celui dépeint par les psychothérapeutes en 2020, respectivement au tableau dépeint par la Dre L. _____ dans son rapport d'octobre 2017. Le recourant a entre-temps fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire, en juillet 2018. Devant l'expert psychiatre, le recourant décrivait une symptomatologie anxieuse d'intensité forte et une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, réactionnelle aux problématiques somatiques douloureuses et cardiaques évoluant depuis 2013. Les symptômes relatés comprenaient de la tristesse, des troubles de la mémoire, un sentiment de dévalorisation, de l'inquiétude pour l'avenir, du pessimisme et de la fatigue. Ce status, comparable à celui posé par la Dre L. _____ en octobre 2017, a amené l'expert à ne retenir aucune limitation fonctionnelle et à conclure à une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique. Une pleine valeur probante a été reconnue à cette expertise, en dépit des rapports des médecins traitants. Etant encore rappelé qu'en matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2), il faut constater que les rapports médicaux déposés en 2020 et 2021 ne permettent pas de retenir une péjoration de l'état de santé psychique postérieure à l'expertise de juillet 2018, les divergences procédant d'une appréciation différente d'un même état de fait, comme l'a exposé le SMR.

e) Dans ces conditions, l'intimé était fondé à rejeter la seconde demande de prestations au motif que l'état de santé du recourant n'avait pas connu de modification notable depuis sa décision du 22 février 2019.

7. Au vu de ce qui précède, il apparaît que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner l'expertise

judiciaire pluridisciplinaire requise par le recourant, ni de procéder à son audition. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents de la cause ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Il en va de même de la réquisition figurant dans l'écriture du recourant du 8 avril 2022, tendant à la production au dossier de la convention d'objectifs conclue entre l'OFAS et l'intimé. Les réquisitions du recourant précitées doivent donc être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Au demeurant, la production de la convention d'objectifs, liée à la gestion administrative de l'office cantonal, paraît inadéquate pour prouver les allégations du recourant, étant au demeurant relevé que la Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la transparence (LTrans ; RS 152.3) ne saurait être invoquée à l'appui d'une réquisition de pièce en procédure judiciaire, si celle-ci ne porte pas précisément sur une décision de l'administration fédérale refusant l'accès à ladite pièce.

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision litigieuse 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. 1^{bis} 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.

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 LPG).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 3 janvier 2022 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 W._____.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour W._____),
- 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 :