

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente

MM. Neu et Piguet, juges

Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, d'origine israélienne, naturalisé suisse en 1994, marié et père de trois enfants adultes, sans formation, a exercé différents emplois comme manutentionnaire-magasinier et cariste, s'occupant notamment de la gestion de grosses pièces automobiles.

L'assuré a déposé le 9 avril 2010 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de douleurs dorso-lombaires existant depuis juillet 2009.

Le 26 avril 2010, le Dr E. _____, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de scoliose dorsale et lombaire algique existant depuis l'enfance, et celui sans répercussion sur ladite capacité de neutropénie absolue remontant à 2000. Pour ce médecin, la capacité de travail comme ouvrier non qualifié était nulle depuis le 29 janvier 2010, mais entière « dans un reclassement professionnel ». Il a précisé que l'assuré devrait être en mesure d'effectuer un travail sans port de charge ni travail à la chaîne en rotation du thorax.

Par rapport du 23 septembre 2010, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu comme atteinte principale à la santé des dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose). Selon lui, l'activité de manutentionnaire n'était pas adaptée, mais la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit sans port de charges de plus de 6 kg, sans porte-à-faux et rotations répétées du rachis, et permettant l'alternance des positions.

Par décision du 16 novembre 2010, confirmant un projet du 7 octobre 2010, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente. Il a expliqué que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, citant celles énumérées par le SMR. Il ressortait

de la comparaison des revenus sans et avec invalidité un taux d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

Selon un rapport final de la Fondation Intégration pour tous (IPT) du 27 mai 2011, l'assuré avait retrouvé un emploi depuis le mois de mars 2011 en tant que livreur et aide de cuisine pour le compte d'un restaurant.

B. Le 9 décembre 2015, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations en faisant état de lombalgies chroniques, avec une dégradation continue depuis 2009, ainsi que d'une atteinte aux cervicales existant depuis 2015. Il a précisé qu'il exerçait une activité de livraison pour le compte d'un traiteur à un taux de 25 % depuis janvier 2013.

Dans des rapports des 5 décembre 2015 et 22 janvier 2016, le Dr E. _____ a fait savoir que la situation clinique avait changé, avec l'apparition de nouvelles pathologies chroniques invalidantes. Il a posé les diagnostics de paresthésies fulgurantes du membre supérieur droit sur contrainte intermittente C6 droite dans un contexte de discopathie C5-C6 droite avec rétrécissement foraminaux, de lombalgies basses droites dans un contexte de scoliose lombaire, de coxarthrose bilatérale, de *genu varum* bilatéral, ainsi que de neutropénie génétique. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 25 %, ce taux pouvant éventuellement augmenter dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée, soit un travail ne comprenant pas de manutention. Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs au port de moindres charges, « chez un patient sans qualification professionnelle ».

L'assuré a été engagé dès le 24 février 2016 en qualité de veilleur de nuit à temps partiel par le P. _____ SA, à raison de 10 heures par nuit, au minimum deux nuits par semaine (cf. contrat de travail daté du même jour).

Dans un rapport du 26 février 2016, le Dr U._____, chiropraticien traitant depuis septembre 2015, a indiqué que l'activité de manutentionnaire que l'assuré exerçait à 25 % n'était pas adéquate en raison de la dimension des colis à manipuler et des efforts en porte-à-faux nécessaires.

Le 1^{er} juin 2016, le SMR a estimé qu'une aggravation de l'état de santé avait été rendue plausible et qu'il convenait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Dans un rapport à l'OAI du 22 juin 2016, la Dre W._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de troubles sensitifs du membre supérieur droit probablement sur radiculopathie C6 droite, dus à une uncarthrose C5-C6 droite, de troubles sensitifs dorsaux peut-être en lien avec la scoliose, mais sans éléments pour une radiculopathie compressive. Elle ajoutait que le patient avait présenté depuis l'été 2015 des troubles sensitifs très peu fréquents et de courte durée du membre supérieur droit, en rapport avec la position et l'activité. Elle a également joint un rapport du 7 août 2015 du Dr Q._____, spécialiste en radiologie, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale effectuée le même jour, concluant à une discopathie protrusive C3-C4 avec hypertrophie des processus uniformes de C4 sans retentissement sur les foramens correspondants, et à une discopathie protrusive C5-C6 avec uncarthrose de C6 droite et débord disco-ostéophytique foraminaux pouvant être à l'origine d'une contrainte sur la racine C6 droite.

Dans un rapport du 11 novembre 2016 à l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation, a indiqué suivre l'assuré depuis avril 2013. Il a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de cervicalgies et lombalgies basses permanentes depuis 2009 exacerbées par l'effort avec une suspicion de spondylo-arthropathie, de trouble statique avec accentuation de la cyphose dorsale suivie par une longue courbure peu marquée, scoliose en C à convexité droite, aspect cunéiforme de la vertèbre D11 (selon rayons X du 13 décembre 2010), de coxarthrose

débutante à prédominance polaire supérieure avec sclérose du toit du cotyle (selon rayons X du 13 décembre 2010), ainsi que de gonalgies droites depuis juin 2016 avec un *genu varum* marqué bilatéral prédisposant à la gonarthrose. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une neutropénie et une hyperuricémie. Le pronostic était mauvais. Selon le spécialiste, l'activité habituelle de veilleur de nuit était exigible à 100 %, mais sans travaux de nettoyages lourds, ceci depuis le début à ce poste de travail en mars 2016. Le Dr Z._____ a exposé que le rendement était total dans une activité exercée dans différentes positions. Les travaux suivants ne pouvaient plus être exigés de l'assuré : activités uniquement en position assise/debout, principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie/à genoux, soulever/porter plus de 5 à 10 kg de manière répétitive, monter sur une échelle/escaliers, effectuer des mouvements de torsion/de flexion répétés, et une position soutenue en porte-à-faux. La résistance de l'assuré était limitée en cas de travail répétitif. Le spécialiste a précisé que les indications quant aux limitations fonctionnelles étaient valables depuis 2009. Il a expliqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé entre 2011 et 2016, ce qui était démontré par la comparaison des IRM lombaires effectués les 5 novembre 2011 et 10 juin 2016. Le Dr Z._____ a notamment joint à son envoi les résultats de ces deux IRM, ainsi que de celle du 30 juin 2016 des articulations sacro-iliaques et de celle du 30 septembre 2016 de la colonne thoracique. Il a également transmis le rapport établi par le Dr O._____, rhumatologue, à la suite d'un bilan radiologique effectué le 15 décembre 2010, un rapport du 13 août 2015 de la Dre L._____, neurologue, constatant l'absence de déficit fonctionnel significatif du membre supérieur droit, et des rapports du 18 août 2016 du Dr I._____, radiologue, consécutifs à une radiographie et à une échographie du genou droit.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2016, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies communes chroniques, de troubles statiques et dégénératifs connus, de discopathie et arthrose articulaire postérieure, d'inflammation du Baastrup

d'origine dégénérative ancienne, de douleurs coxo-fémorales irradiant sur la face interne du genou droit d'origine probablement coxo-fémorale sur possible lésions du labrum, de status après déchirure du faisceau superficiel du droit à droite, ainsi que d'écho-brachialgie non déficitaire à droite. Le Dr J._____ a relevé que le patient travaillait comme veilleur de nuit, ce qui s'accompagnait malheureusement de nettoyages réguliers qui exacerbent les douleurs. L'intéressé n'avait cependant pas interrompu cet emploi pour lequel il était payé à 50 %, mais où il affirmait travailler à 100 %. L'assuré voyait mal comment il pourrait se recycler dans une autre activité, ne maîtrisant que partiellement la langue française, notamment sur le plan de l'écriture. Le spécialiste a indiqué qu'il n'avait aucun argument en faveur d'une spondylarthropathie, de sorte qu'il estimait que le patient souffrait de rachialgies chroniques en partie décompensées par des troubles dégénératifs.

Par avis médical du 5 avril 2017, le SMR a relevé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr Z._____ selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, comme celle de veilleur de nuit, mais sans les travaux ménagers lourds. Il a cité la plupart des limitations fonctionnelles retenues par le spécialiste. Le SMR a ajouté que cette capacité de travail existait depuis le 11 novembre 2016 au moins, date du rapport du Dr Z._____.

Par décision du 11 juillet 2017, confirmant un projet du 1^{er} juin 2017, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Il a expliqué que la capacité de travail de l'intéressé était totale dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, soit ne comprenant pas de port de charges de plus de 5 kg, de déplacement en terrain irrégulier, de station à genoux et/ou accroupie, de geste demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules, ni de soulever des charges de plus de un à 2 kg à bout de bras. L'assuré pourrait par exemple travailler en tant que veilleur de nuit ou contrôleur de qualité. Il ressortait de la comparaison des revenus sans et avec invalidité - ce dernier tenant compte d'un taux d'abattement de 10 % pour prendre en considération les limitations fonctionnelles - un degré

d'invalidité de 10 %. Ceci n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

C. L'assuré a recouru contre cette décision le 25 août 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a notamment fait savoir que son travail auprès du P. _____ SA avait pris fin le 31 janvier 2017. Il a produit un rapport du 7 décembre 2017 du Dr F. _____, rhumatologue, faisant notamment état d'une douleur du pli inguinal irradiant la cuisse droite investiguée par une arthro-IRM, dont le rapport du 7 août 2017 mettait en évidence une petite fissure dans la jonction labrocartilagineuse focale.

Par arrêt du 12 mars 2018 (AI 265/17 - 75/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 11 juillet 2017, en retenant en particulier qu'il y avait lieu de se rallier aux conclusions du Dr Z. _____, selon lesquelles il disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Son rapport remplissait les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et les éléments médicaux figurant au dossier n'étaient pas de nature à remettre en cause ses conclusions. Au demeurant, il en ressortait que l'activité de veilleur de nuit telle qu'elle était exercée n'était pas totalement adaptée aux limitations fonctionnelles, dans la mesure où l'assuré devait notamment effectuer des travaux de nettoyage lourds. La situation du recourant ne s'était pas péjorée de manière à influencer son droit aux prestations par rapport à celle qui prévalait à l'époque de la décision du 16 novembre 2010, puisqu'il était alors déjà relevé que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, même si les limitations fonctionnelles étaient désormais plus conséquentes.

L'assuré a recouru contre l'arrêt cantonal auprès du Tribunal fédéral, qui a rejeté son recours par arrêt du 5 octobre 2018 (9C_326/2018).

D. Le 13 juillet 2020, R._____ a déposé une troisième demande de prestations AI, en mentionnant souffrir notamment de lombalgie chronique, de coxalgie droite et d'un syndrome du piriforme. Il a indiqué présenter une incapacité de travail à 50 % depuis le mois de mai 2019. Il a joint à sa demande les pièces suivantes :

- un rapport du 25 juillet 2017 du Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, qui a posé les diagnostics de rachialgies communes, d'épitrôchléite droite débutante et de coxalgie gauche, et proposé de nouvelles IRM ;
- un rapport du 6 avril 2018 du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a posé le diagnostic de lombofessalgies à droite avec faiblesse des ischio-jambiers en mode excentrique d'origine indéterminée ; il recommandait des séances de physiothérapie puis un nouveau test isocinétique simple pour évaluer la progression ; il précisait que la capacité de travail concernant la faiblesse de la jambe était totale ;
- un rapport du 2 août 2018 de test isocinétique du membre inférieur effectué par le Dr B._____, qui a noté que le patient avait nettement augmenté ses performances audit test, avait su équilibrer côtés gauche et droit, et qu'il persistait une discrète faiblesse des deux côtés, discrètement plus prononcée à droite ; le Dr B._____ ne pouvait plus objectiver une faiblesse significative des ischio-jambiers ;
- un rapport du Dr C._____ du 24 janvier 2019, qui y a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur probable spondylarthrose congestive et de coxalgie droite sur coxarthrose ; il a relevé que le patient avait déjà été multi-investigué par le passé, qu'un rhumatisme inflammatoire avait été exclu et que l'examen clinique du jour était assez rassurant, précisant que le patient ne souhaitait pas de traitements médicamenteux ni de gestes infiltratifs ; il a adressé l'assuré au G._____ pour un traitement antalgique de ses lombalgies chroniques (rapport du 12 mars 2019) ;
- un rapport de consultation du 17 avril 2019 du Dr B._____, qui a relevé un déficit proprioceptif avec des signes de Waddell, soit un

- syndrome fonctionnel, et qui a proposé à l'assuré de suivre les conseils d'un médecin au lieu de prendre plusieurs avis ;
- un rapport d'IRM du bassin du 22 mai 2019 qui a conclu à une variante anatomique de type B selon Beaton et Anson, avec trajet intra-musculaire de la racine S2 droite ;
 - des rapports des 28 mai 2019 et 4 février 2020 du Prof. V._____, spécialiste en chirurgie de la main, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux N._____, (ci-après : N._____), qui a posé le diagnostic de syndrome du piriforme droit et proposait la réalisation d'une neurolyse du nerf sciatique chirurgical droit ;
 - un rapport du Dr C._____ du 20 août 2019, qui a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur spondylarthrose congestive et de coxalgie droite d'origine incertaine ; il précisait revoir le patient pour discuter d'une éventuelle opération dans le cadre de la suspicion d'un syndrome du piriforme droit, notant toutefois à cet égard que les tests étaient négatifs ;
 - un rapport du 4 juillet 2020 du Dr E._____, qui a indiqué que le syndrome du piriforme droit sur variation anatomique entraînait des douleurs dans le membre inférieur droit, intermittentes et invalidantes, empêchant tout travail physique et diminuant le périmètre de marche, qu'il s'agissait d'un élément clinique nouveau qui s'ajoutait aux diagnostics précédemment posés, qui étaient toujours d'actualité ;
 - des certificats attestant une incapacité de travail à 50 % pour la période du 27 mai au 31 août 2019 établis par le Prof. V._____ et pour une durée probable de trois mois à partir du 1^{er} mai 2020 émanant du Dr E._____.

Selon le compte rendu de la permanence SMR du 13 août 2020, il y avait lieu d'entrer en matière sur la demande et solliciter un rapport aux N._____ au Prof. V._____.

Par rapport du 20 septembre 2020 à l'OAI, le Dr S._____ des N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, a donné suite à cette demande. Il a indiqué que l'assuré avait été suivi du 7 janvier 2019 au 4 février 2020, le diagnostic étant celui de syndrome du piriforme à droite. Pour ce qui les concernait, l'assuré avait été en incapacité de travail à 50 % du 27 mai au 31 août 2019, l'incapacité de travail concernant les activités physiques et en position assise prolongée. Les prochaines mesures étaient une neurolyse chirurgicale, discutée et proposée au patient, et une infiltration « bloc » par Botox. A la question des limitations fonctionnelles, le Dr S. _____ a indiqué « Douleurs et trouble de sensibilité ». Il a encore précisé que les activités dans différentes positions, avec les bras au-dessus de la tête, en rotation en position assise/debout et consistant à soulever/porter (près/loin du corps) pouvaient encore être exigées de l'assuré, dont seule la capacité de résistance (et non de concentration, compréhension et d'adaptation) était limitée, depuis le 7 janvier 2019.

Le Dr S. _____ a également transmis trois rapports du Prof. V. _____, du 20 mars, ainsi que des 8 et 10 juillet 2019, concernant notamment les propositions thérapeutiques faites à l'assuré.

Le SMR a relevé dans son avis du 19 octobre 2020 que le Prof. V. _____ confirmait « un syndrome du piriforme droit ayant bénéficié d'une neurolyse chirurgicale de sciatique », mentionnait des douleurs et un trouble de sensibilité, ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée mais décrivait des limitations fonctionnelles similaires à celles retenues dans la précédente décision. Il a ainsi estimé que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments susceptibles de modifier sa position par rapport à la précédente décision, les limitations fonctionnelles étant identiques.

Par projet de décision du 20 octobre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande, faute de modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision du 11 juillet 2017.

Désormais assisté de Me Corinne Monnard Séchaud, l'assuré a fait part le 3 décembre 2020 de ses observations sur le projet de décision, déplorant que le Prof. V._____ n'ait pas été interpellé personnellement au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a dès lors requis que le Dr E._____ et le Prof. V._____ soient ré-interpellés sur cette question ainsi que sur les limitations fonctionnelles actuelles.

Le 29 janvier 2021, l'assuré a complété ses observations par la production d'un rapport du Dr E._____, du 12 décembre 2020, à la teneur suivante :

« **M. R._____, né le [...]**

présente les limitations fonctionnelles suivantes en raison de ses pathologies rachidiennes et du piriforme droit, qui provoquent des douleurs et des parésies du membre inférieur droit :

incapacité de travail de plus de 50%
incapacité de travail en position uniquement assise ou uniquement debout
incapacité de travailler sur des terrains irréguliers
incapacité de travailler sur une échelle ou un échafaudage
incapacité de porter des charges lourdes (plus de 10 kgs)

Les capacités de concentration, d'adaptation et de compréhension sont par ailleurs conservées.

Il est nécessaire d'offrir à M. R._____ une activité professionnelle à temps partiel (50 %) qui tient compte des restrictions susmentionnées. »

Le 15 mars 2021, l'assuré a indiqué souhaiter se soumettre à un examen clinique orthopédique auprès du SMR. Il a encore produit un rapport du 2 février 2021 du Prof. V._____, qui a posé comme diagnostic principal une suspicion de syndrome du piriforme droit. A l'examen clinique, il n'a pas retrouvé de déficit neurologique dans le territoire des nerfs sciatiques droit et gauche, relevant que l'assuré présentait une douleur lombaire basse particulièrement exacerbée qui gênait l'examen. Il préconisait à l'assuré d'aller consulter son médecin traitant et son rhumatologue pour cette pathologie lombaire, qui sortait de son cadre d'expertise, et proposait de le revoir ultérieurement, une fois la symptomatologie lombaire amendée, pour discuter l'opportunité chirurgicale pour le syndrome du piriforme. Une fois que celui-ci pourrait être pris en charge, s'il fallait le prendre en charge, il y aurait une

possibilité pour l'assuré de reprendre sa dernière activité professionnelle de veilleur de nuit.

L'assuré s'est encore déterminé le 30 avril 2021, faisant remarquer que la neurolyse du nerf sciatique n'avait pas eu lieu, contrairement à ce que le SMR avait retenu. Il a produit les nouvelles pièces suivantes :

- un rapport du 15 mars 2021 faisant suite à la radiographie EOS colonne totale du 12 mars 2021, dont il résulte que l'intéressé présente une scoliose dorso-lombaire dextro-convexe, une obliquité pelvienne, un bon alignement des murs vertébraux postérieurs, une arthrose interfacettaire postérieure prédominant en lombaire bas, une discopathie C5-C6, un « kissing spine » lombaire bas, ainsi qu'une coxarthrose bilatérale ;
- un rapport d'IRM lombaire du 30 mars 2021 constatant l'absence d'argument pour un conflit disco-radicaire, ainsi que l'absence de rétrécissement significatif du canal lombaire ;
- un rapport du 1^{er} avril 2021 du Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic principal de scoliose acquise sur inégalité de longueur des membres inférieurs et le diagnostic secondaire de lombalgies basses sur troubles dégénératifs avec sciatalgies occasionnelles droites ; il a relevé que le patient refusait de prendre une médication antalgique et de faire de la physiothérapie ; il a suggéré une prise en charge par le service d'antalgie, une infiltration pour soulager la symptomatologie et lui permettre de débiter la physiothérapie, et lui a prescrit une semelle de compensation orthopédique ; il évoquait une possible composante intracanaulaire ou foraminale ;
- un rapport du 16 avril 2021 du Dr E. _____, similaire à celui du 12 décembre 2020.

Par décision du 3 mai 2021, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, faute de modification de son état de santé ayant une incidence sur sa capacité de travail. Par courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a relevé qu'après examen approfondi des

éléments produits, il était d'avis qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait.

E. Par acte du 9 juin 2021, R._____, toujours représenté par Me Monnard Séchaud, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} mai 2020, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction. En substance, il a fait valoir que son état s'était indiscutablement aggravé depuis la décision de l'OAI du 11 juillet 2017, en se référant au rapport du 4 juillet 2020 du Dr E._____, qui a fait état d'un syndrome du piriforme, « empêchant tout travail physique et diminuant le périmètre de marche ». Il a déploré que le Prof. V._____, à qui pourtant le SMR avait estimé qu'il convenait de demander un rapport, n'ait finalement pas été interpellé, puisque c'est le Dr S._____ qui avait répondu à l'intimé. Il s'est étonné que le SMR ait indiqué dans son avis du 19 octobre 2020 avoir interrogé le Prof. V._____, alors que l'avis de ce dernier est inexistant au dossier, et qu'il ait mentionné qu'il avait bénéficié d'une neurolyse chirurgicale de sciatique, opération qui n'était à ce jour pourtant pas intervenue. Dans un autre grief, le recourant a estimé que l'intimé avait violé son devoir d'instruction et son droit d'être entendu, en n'instruisant pas sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles comme requis par le compte-rendu de la permanence SMR du 21 juillet 2020, et en se contentant de l'avis SMR du 19 octobre 2020, alors qu'il ne faisait pas de doute que son état de santé s'était aggravé. Le recourant a soutenu plus précisément que l'avis du 19 octobre 2020 était lacunaire, faute pour le SMR d'avoir personnellement interpellé le Prof. V._____, l'intimé ne pouvant se contenter du rapport du Dr Z._____ du 11 novembre 2016. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par des médecins indépendants, afin de déterminer sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que ses limitations fonctionnelles et le pronostic.

Dans sa réponse du 8 septembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à un avis du SMR du 1^{er} septembre 2021, qui confirmait que les limitations fonctionnelles étaient bien identiques depuis 2010 en raison des pathologies rachidiennes et du piriforme droit, et que la capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % retenue avait été confirmée par le Tribunal fédéral.

Par réplique du 25 octobre 2021, le recourant a maintenu ses conclusions et réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il s'est référé à un rapport d'expertise du 26 août 2021 du Dr D._____, médecin praticien, qu'il a produit en annexe, lequel ne retenait pas le diagnostic de syndrome du piriforme, contrairement au Prof. V._____, et a estimé qu'une instruction devait dès lors être ordonnée. Dans ce rapport du 26 août 2021, le Dr D._____ a posé les diagnostics de coxarthrose bilatérale prédominant à droite et de lombopygalgie et inguinalgie chronique dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec arthrose facettaire en poussée inflammatoire L4-L5, d'un déconditionnement physique, d'une tendinite du psoas à droite et de troubles statiques sur inégalité de longueur du membre inférieur droit. Le Dr D._____ a constaté que le recourant sous-évaluait ses capacités fonctionnelles et qu'il existait une kinésiophobie. Il n'y avait pas eu d'aggravation radiologique significative des troubles dégénératifs lombaires. Il a écarté un syndrome du piriforme car n'a retrouvé aucun test clinique compatible avec ce diagnostic. Il a estimé que dans son ancienne activité comme veilleur de nuit, le recourant pourrait travailler 8 heures par jour, avec une diminution de rendement de 40 % due au temps de réentraînement physique et de récupération, et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : un port de charge limité, avec de la marche limitée à 10-15 minutes, en évitant les escaliers et les positions à genoux, et sans position statique debout ou assise prolongée. Il recommandait en outre une reprise progressive, d'abord à 50 % pendant trois mois, ainsi qu'un programme de reconditionnement musculaire intensif. Le recourant a également produit avec son écriture un rapport du Dr E._____ du 7 octobre 2021, qui partageait les conclusions du Dr

D._____, évaluait sa capacité de travail à 50 % et précisait que l'assuré avait souvent été réticent aux propositions thérapeutiques.

Par duplique du 15 novembre 2021, l'OAI a relevé que le déconditionnement ne suffisait pas pour admettre une diminution durable de la capacité de travail et a transmis un avis du SMR du 9 novembre 2021, qui a constaté que les diagnostics posés par le Dr D._____ étaient connus de longue date, que le déconditionnement dû à l'éloignement du milieu professionnel n'était pas du ressort de l'AI, que les limitations fonctionnelles décrites étaient similaires à celles retenues lors de la précédente demande et que le médecin traitant attestait une capacité de travail à 50 % depuis 2010, de sorte qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux.

Dans ses déterminations du 7 décembre 2021, le recourant a allégué que son déconditionnement était la conséquence directe et inévitable de son atteinte à la santé, qu'en tel cas son incidence sur la capacité de travail ne saurait être d'emblée niée selon la jurisprudence et qu'un reconditionnement était indispensable pour qu'il retrouve une capacité de travail supérieure à 60 %. Il a maintenu ses conclusions et réquisitions, et a produit un rapport du Dr D._____ du 23 novembre 2021 qui donnait la définition médicale du déconditionnement physique et insistait sur le fait que le recourant n'avait pas les ressources et capacités physiques à accomplir des gestes physiques sans un reconditionnement préalable.

L'OAI a maintenu sa position en date du 12 janvier 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa troisième demande, déposée le 13 juillet 2020.

3. 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 3 mai 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).

4. a) 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.

b) 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).

c) 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).

d) 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).

5. Le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en tant que l'OAI se serait contenté du rapport du SMR du 19 octobre 2020, alors qu'il ne ferait pas de doute que son état se serait aggravé.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à

rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées).

b) En l'occurrence, il faut constater que le grief de violation du droit d'être entendu porte, tel qu'invoqué, sur le résultat de l'appréciation des preuves, si bien qu'il se confond avec celui de violation de l'obligation d'instruction (art. 43 LPGA), que le recourant soulève également et qui sera examiné avec le fond du litige.

A toutes fins utiles, on notera que le recourant a bénéficié de plusieurs prolongations de délai pour faire valoir ses objections au projet de décision, puis a reçu une prise de position de l'intimé sur les moyens qu'il a soulevés. Il a ensuite recouru contre la décision attaquée, et pu se déterminer dans le cadre d'un triple échange d'écritures, sans que l'on ne puisse discerner de violation de son droit d'être entendu de la part de l'intimé.

6. a) L'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations du recourant, de juillet 2020, et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et fondée sur un examen complet, soit celle du 11 juillet 2017, et la décision attaquée du 3 mai 2021, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans ce contexte, le recourant fait pour l'essentiel grief à l'OAI d'avoir violé son devoir d'instruction, en se fondant sur le rapport du SMR du 19 octobre 2020, qu'il juge lacunaire, alors qu'il ne fait à ses yeux pas de doute que son état s'est aggravé.

Lorsque l'OAI entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, il lui incombe en effet d'instruire la cause jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (art. 43 al. 1 LPGA ; TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Or, en l'occurrence, la nouvelle demande n'est motivée que par un

nouveau diagnostic, à savoir le syndrome du piriforme, dont le Dr E._____ précise qu'il a été confirmé par un avis professoral aux N._____ (rapport du 4 juillet 2020). Conformément à son devoir d'instruction, l'OAI a dès lors demandé au Prof. V._____ de compléter un rapport médical, afin de le renseigner sur l'état de son patient. Il a été donné suite à cette demande par un rapport du 20 septembre 2020 établi par le Dr S._____, confirmant le diagnostic de syndrome du piriforme à droite. On notera à cet égard que le seul fait que ce rapport ait été complété par le Dr S._____, qui était alors chef de clinique auprès des N._____, ne permet pas de considérer, comme le soutient le recourant, qu'il n'aurait aucune portée. Il est en effet très courant, auprès des hôpitaux universitaires notamment, que des médecins du service concerné complètent les rapports, sans que ces derniers ne soient pour autant dénués de portée.

Il faut constater que dans ce rapport, le Dr S._____ ne fait état que de deux périodes d'incapacité de travail à 50 %, du 27 mai au 8 juillet 2019, puis du 8 juillet au 31 août 2019, pour les activités physiques et en position assise prolongée. Il ne se prononce en revanche pas sur la capacité de travail, bien que formellement invité à se déterminer à ce sujet, faisant état, au titre de limitations fonctionnelles, de « douleurs et trouble de sensibilité ». Dans la mesure où figurent au dossier de nombreux rapports du Prof. V._____ (datés des 20 mars, 28 mai, 8 juillet et 10 juillet 2019 et du 4 février 2020), dans lesquels ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ne faisant finalement état que des mêmes deux périodes d'incapacité de travail successives à 50 %, du 27 mai au 31 août 2019 (soit antérieurement à la dernière demande de prestations), on ne voit pas que l'OAI ait violé son devoir d'instruction en tenant compte du rapport du Dr S._____ du 25 septembre 2020 sans requérir un nouveau rapport émanant du Prof. V._____ en personne.

Quoi qu'il en soit, les arguments du recourant quant au fait que le Dr S._____ et non le Prof. V._____ s'est prononcé peuvent d'autant moins être suivis qu'il est finalement, au stade des objections au

projet de décision, retourné consulter le Prof. V._____, lequel a rédigé un rapport le 2 février 2021, que le recourant a adressé à l'OAI. Il résulte de ce rapport que le dernier examen physique du recourant remonte à un an. Le Prof. V._____ ne fait par ailleurs état dans son rapport du 2 février 2021 que d'une « suspicion » du syndrome du piriforme droit. En effet, à l'examen clinique, il indique ne pas retrouver de déficit neurologique dans le territoire du nerf sciatique droit, ni dans le territoire du nerf sciatique gauche. L'examen était toutefois particulièrement limité par une douleur lombaire basse, qui était déjà connue du patient. Le Prof. V._____ a dès lors préconisé au patient de reprendre contact avec son médecin traitant pour les douleurs dorso-lombaires. Pour le Prof. V._____, s'agissant du syndrome du piriforme, une fois que celui-ci pourrait être pris en charge, si on devait le prendre en charge, il y aurait une possibilité pour l'assuré de reprendre sa dernière activité professionnelle de veilleur de nuit. Le Prof. V._____ a encore noté que l'examen clinique du jour ne permettait pas de proposer au patient une activité professionnelle « du fait de ses pathologies lombaires, mais qui sortent de notre cadre d'expertise ». Il résulte de ce qui précède qu'il estime que l'atteinte au niveau du piriforme, pour autant qu'établie - ce qui ne semble pas être le cas - n'est pas incapacitante, du moins pas durablement, puisque l'activité habituelle de veilleur de nuit pourrait être reprise « une fois que ceci [réd. : le syndrome du piriforme] pourrait être pris en charge, si on doit le prendre en charge » (cf. rapport du 2 février 2021). On peut relever à cet égard que le Dr C._____ a également constaté, dans son rapport du 20 août 2019, que les tests pour le syndrome du piriforme droit étaient négatifs.

Il en résulte que le SMR et l'OAI étaient fondés à retenir que l'éventuel syndrome du piriforme droit présenté par le recourant n'impactait pas sa capacité de travail dans une activité adaptée.

c) Pour le surplus, les autres atteintes dont fait état le recourant étaient déjà connues lors du dépôt de sa précédente demande de prestations, dans le cadre de laquelle elles ont été longuement investiguées et dûment prises en considération, sans que l'on ne puisse déduire des éléments produits lors de la troisième demande une

péjoration de l'état de santé de l'intéressé. En particulier, les radiographies réalisées le 12 mars 2021 ne mettent pas en évidence de nouvelles atteintes. De même, dans son rapport du 4 juillet 2020, le Dr E._____, après avoir fait état du nouveau diagnostic de syndrome du piriforme droit sur variation anatomique, précise que les autres diagnostics mentionnés dans les précédents rapports sont toujours d'actualité, sans faire état d'une quelconque aggravation.

S'agissant des lombalgies, mentionnées tant par le Dr C._____ (rapports des 24 janvier et 20 août 2019), le Dr B._____ (rapports du 6 avril et 2 août 2018), que le Dr X._____ (rapport du 1^{er} avril 2021), le SMR en faisait déjà état dans son avis du 23 septembre 2010. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre de troubles dégénératifs et d'une scoliose liée à une inégalité de longueur des membres inférieurs, éléments qui étaient déjà connus (cf. rapport du Dr E._____ du 4 juillet 2020). L'IRM de la colonne lombaire du 30 mars 2021 a par ailleurs écarté un éventuel conflit disco-radicaire ou un rétrécissement significatif du canal lombaire.

Plusieurs médecins ont en outre souligné que le recourant avait refusé les propositions thérapeutiques qui lui avaient été faites, notamment des gestes infiltratifs (rapport du Dr C._____ du 24 janvier 2019) ou de prendre une médication antalgique et de réaliser de la physiothérapie (rapport du Dr X._____ du 1^{er} avril 2021).

La coxalgie bilatérale sur coxarthrose était également déjà connue lors de la précédente demande de prestations (voir notamment les rapports du Dr E._____ des 5 décembre 2015 et 22 janvier 2016 et du Dr Z._____ du 11 novembre 2016).

Finalement, si le Dr C._____ a mentionné l'existence d'une épitrochléite droite débutante dans son rapport du 25 juillet 2017, cette atteinte légère ne saurait être considérée comme invalidante, et le Dr C._____ n'en faisait d'ailleurs plus état dans ses rapports ultérieurs.

d) En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il faut constater que celles listées par le Dr E._____, en particulier dans ses rapports des 12 décembre 2020 et 16 avril 2021, sont identiques depuis 2010, comme l'a noté le SMR par avis du 1^{er} septembre 2021 (voir également rapport du 26 avril 2010 du Dr E._____).

e) En cours de procédure, le recourant a produit un rapport d'expertise privée du 26 août 2021 du Dr D._____, dont il se prévaut. Dans ce rapport, le Dr D._____ a posé les diagnostics de coxarthrose bilatérale prédominant à droite et de lombopygalgie et inguinalgie chronique, dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec arthrose facettaire en poussée inflammatoire L4-L5, d'un déconditionnement physique, d'une tendinite du psoas à droite et de troubles statiques sur inégalité de longueur du membre inférieur droit. Il a pour sa part rejeté le diagnostic de syndrome du piriforme évoqué par le Prof. V._____ et à l'origine de la nouvelle demande de prestations, faute de test clinique compatible avec ce diagnostic. Or, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 9 novembre 2021, les éléments mis en évidence par le Dr D._____ sont connus de longue date et déjà décrits dans le rapport du Dr Z._____ du 11 novembre 2016 et celui du Dr J._____ du 1^{er} décembre 2016. En effet, ces deux médecins avaient déjà constaté l'existence de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, ainsi que d'une coxarthrose, respectivement de douleurs coxo-fémorales. De plus, comme le relève le SMR, il ressort du rapport du Dr D._____ (p. 43) que « le bilan radiologique montre des troubles dégénératifs lombaires stables durant les années, tout au plus une très discrète péjoration avec l'apparition de lésions Modic II et surtout une poussée facettaire, insuffisants néanmoins pour parler d'un[e] quelconque aggravation radiologique significative ».

Il convient de relever que le syndrome du piriforme n'a finalement été exclu formellement que par le Dr D._____, postérieurement à la décision attaquée. Or, c'est précisément ce syndrome que le recourant a invoqué initialement à l'appui de sa troisième demande, appuyé en cela par son médecin traitant, le Dr

E._____. Il est dès lors étonnant qu'il fasse grief à l'OAI de ne pas avoir ordonné une instruction complémentaire en lien avec ce diagnostic. Au contraire, il résulte du rapport du Dr D._____ que le seul nouveau diagnostic a pu être rejeté, et que les autres atteintes étaient connues.

Pour le Dr D._____, c'était la coxarthrose surtout droite actuellement symptomatique qui diminuait le rendement du recourant, estimant qu'il faudrait envisager un programme de réconditionnement physique global, vu les limitations observées, à poursuivre sur 9 à 12 mois pour produire des résultats positifs (rapport p. 44). A ses yeux, c'était l'association des troubles radiologiques avec le déconditionnement musculaire global qui aggravait les limitations. Il a ainsi estimé que dans son activité de veilleur de nuit, l'assuré pouvait travailler 8 heures par jour en respectant les limitations fonctionnelles qu'il a listées, mais avec une baisse de rendement d'environ 40 %, compte tenu du temps de réentraînement physique et du temps de récupération (rapport p. 46). Le Dr D._____ a noté que le patient arrivait à exécuter le travail bras au-dessus de la tête, qu'il présentait de bonnes performances en position assise ou debout statique. Lors des déplacements, il arrivait à maintenir une bonne vitesse de marche, mais avec une durée limitée à 10-15 minutes. Le port de charge était limité notamment à 5 kg pour le port fréquent de charges du sol à la taille et à 15 kg pour le lever fréquent à l'horizontale. Le recourant devait éviter les escaliers et les positions à genoux, de même que les positions statiques debout ou assise prolongées (rapport pp. 46-47). Cela étant, la capacité de travail de l'assuré, s'il n'y avait que de la surveillance à faire, sans autre port de charges, ne serait pas diminuée selon le Dr D._____ (rapport p. 47). Il a précisé que l'assuré devrait bénéficier d'un programme de réconditionnement musculaire intensif interdisciplinaire pendant au minimum trois semaines à 100 %, puis d'un accompagnement pendant en tout 9 à 12 mois pour lui permettre de retrouver une pleine capacité de travail (rapport p. 49). Il recommandait en outre une reprise progressive, d'abord à 50 % pendant trois mois (rapport p. 48).

Il faut constater que les limitations fonctionnelles décrites par le Dr D. _____ sont superposables à celles déjà retenues. En effet, il ressort de la décision rendue le 11 juillet 2017, confirmée sur recours, que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : l'absence de port de charges de plus de 5 kg, de déplacement en terrain irrégulier, de station à genoux et/ou accroupie, de geste demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules, de soulèvement de charges de plus de un à 2 kg à bout de bras. L'OAI avait alors listé des activités correspondant à ces limitations, en indiquant que l'assuré pourrait par exemple travailler en tant que veilleur de nuit ou contrôleur de qualité. Or, à suivre les constats posés par le Dr D. _____, de telles activités demeurent compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, sans diminution de la capacité de travail. Celui-ci est effectivement d'avis, comme précisé ci-dessus, que la capacité de travail pourrait d'ores et déjà être entière dans une activité de surveillance sans port de charges, sans faire mention d'une diminution de rendement (rapport p. 47).

Quoi qu'il en soit, s'agissant de la diminution de rendement, il convient de suivre la position de l'OAI, selon laquelle celle-ci n'a pas à être prise en compte. Selon la jurisprudence, ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité. En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. A cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération (TF 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2 et les références). En l'occurrence, le Dr D. _____ fonde l'existence d'une diminution de rendement sur le temps de réentraînement physique et le temps de récupération qu'il estime nécessaires (rapport p. 46). Dans son rapport du 23 novembre 2021, il insiste sur le fait que le recourant présente un déconditionnement et qu'il nécessite un reconditionnement

pour accomplir des gestes physiques, ce qui justifie une baisse de rendement d'environ 40 %. Or, le recourant n'est pas renvoyé à l'exercice d'une activité physique, mais c'est, au contraire, l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui est jugée raisonnablement exigible. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de tenir compte du temps de réentraînement physique et de récupération, de tels éléments demeurant sans effet dans le cadre d'une activité légère adaptée, ne demandant précisément pas de sollicitation physique particulière.

f) Dans ces conditions, l'OAI était fondé à retenir que l'état de santé du recourant n'avait pas connu une modification notable depuis la dernière décision du 11 juillet 2017, et refuser dès lors sa troisième demande de prestations.

7. Au vu de ce qui précède, il faut constater 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 de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée 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).

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

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 LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 3 mai 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 d'R._____.

- 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 Corinne Monnard Séchaud (pour le recourant),
- 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 :