

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Piguet, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, façonneur, a été en incapacité de travail totale du 5 au 11 juin 2017, puis à 50% dès le 12 juin 2017.

Dans un rapport du 27 juillet 2017 à P._____, assureur perte de gain de l'employeur, la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales, de cervicalgies et de scapulalgies bilatérales, d'hypertension artérielle mal équilibrée, de probable entésopathie des fessiers gauches et de douleurs costales bilatérales et plantaires bilatérales.

Le 28 septembre 2017, l'assuré a déposé 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 mentionnant quant au genre de l'atteinte « arthrose + autres comorbidités ».

P._____ a confié une expertise au Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, qui a examiné l'assuré le 18 septembre 2017. Dans son rapport du 6 octobre 2017, il a en particulier relevé que l'intéressé présentait un syndrome douloureux, diffus au niveau du rachis, irradiant autant vers la nuque, vers le bas du dos et les fesses que dans la région thoracique latérale ; cliniquement, il avait constaté une forte démonstrativité à l'examen clinique. Les radiographies de la colonne cervicale et dorso-lombaire, ainsi que du bassin et des hanches, montraient des troubles dégénératifs discrets, sans éléments inquiétants. D'un point de vue de la médecine interne, le tableau était plutôt évocateur d'un syndrome métabolique, avec hypercholestérolémie, hypertriglycémie et pré-diabète. Les diagnostics retenus par le médecin traitant étaient purement descriptifs (lombosciatalgie, cervicalgie, scapulalgie, douleurs costales, plantaires), sans explication radio-cliniques, si bien qu'aucun diagnostic rhumatologique précis ne pouvait être retenu. Toutefois, un syndrome douloureux chronique de type

somatoforme, voire un phénomène de majoration pouvait être suspecté. Devant l'absence de pathologie objective radio-clinique et devant la présence d'un tableau fonctionnel, le Dr K._____ ne pouvait retenir d'incapacité de travail de l'assuré dans son emploi de façonneur. Il était toutefois suggéré de compléter l'imagerie avant de remettre celui-ci au travail à plein temps.

Le 28 novembre 2017, l'employeur, L._____SA, a informé l'OAI que l'assuré avait repris le travail à 100% le 13 novembre 2017.

Le 14 décembre 2017, l'OAI a fait savoir à l'intéressé qu'il allait le suivre dans la reprise de son activité habituelle jusqu'au 12 mars 2018, en prenant régulièrement contact avec lui et/ou son employeur pour s'assurer du bon déroulement de cette reprise et au besoin mettre rapidement en place les moyens adaptés pour y parvenir. Le 21 mars 2018, l'assuré a confirmé à l'OAI avoir repris son travail à 100% dès le 13 novembre 2017 et n'avoir pas signalé de problèmes.

Par décision du 25 mai 2018, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, en retenant ce qui suit :

« Vous exercez l'activité de façonneur à 100%.
Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 12 juin 2017.
Selon nos informations, la reprise de votre activité habituelle a été possible à un taux de 100% le 13 novembre 2017. Des mesures professionnelles ne sont donc pas nécessaires.
De plus, la durée de votre incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert. »

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

B. **a)** Le 25 octobre 2018, P._____ s'est adressée à l'OAI, joignant une nouvelle demande de prestations de l'assuré, motivée par une dépression réactionnelle à son licenciement, ainsi que des vertiges. Elle a également transmis le dossier de ce dernier. Il en résulte en particulier que celui-ci a présenté une incapacité de travail totale à compter du 7 mai 2018.

Selon le rapport du 25 mai 2018 du Dr E._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, l'examen otoneurologique était normal, et l'examen en général à la limite de la norme.

D'après les conclusions du rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] de la colonne cervicale du 18 juillet 2018, l'examen était normal pour l'âge, de même que l'angio-IRM des axes du cou.

Le 16 juillet 2018, le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a relevé que le bilan neurologique permettait d'affirmer qu'il n'y avait pas d'explication neurologique aux troubles de l'équilibre de l'assuré.

Selon un rapport du 13 août 2018 de la Dre H._____ à P._____, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de grand vertige inaugural en cours d'investigations approfondies car persistant depuis mai 2018, de rachialgies avec déformation des trous de conjugaison gauches de C3-C4, de scoliose sinistroconvexe, de cunéiformisation de D9-D12 minime, de syndrome douloureux chronique, et de coxarthrose débutante, d'entésopathie de l'insertion des fessiers depuis juin 2017, de troubles dépressifs réactionnels depuis fin juin 2018, de bronchite et d'hyperréactivité bronchique sur fond possible d'asthme et de sidérose pulmonaire depuis début juin 2018 et d'hypertension artérielle mal équilibrée depuis 2011. Cette médecin a en particulier relevé ce qui suit :

« **Symptômes, état actuel** : Pour ce qui est des douleurs ostéoarticulaires, prière de vous rapporter aux rapports antérieurs puisque la situation n'a pas évolué et prière d'en envoyer une copie à l'AI.

En parallèle, il [le patient] développe des douleurs inguinales sur une tendinopathie d'insertion sur le grand trochanter droit.

Fin avril 2018, il présente une crise de vertiges paroxystiques très invalidants avec nausées et grosses difficultés de mobilisation. Ces difficultés persistent actuellement mais sont moins importantes, se manifestent surtout au lever et au coucher avec raideur de la nuque.

IRM cervicale normale

Examens neurologique et ORL normaux

Examen otoneurologique en cours au CHUV

En parallèle, adaptation du traitement antihypertenseur puisque l'hypertension artérielle s'est aggravée ces derniers temps.
Physiothérapie vestibulaire

Parallèlement à cela, il développe début juin une dyspnée mise sur le compte d'un syndrome mixte de bronchite et d'hyperréactivité bronchique sur fond d'asthme et de sidérose possible

Persiste maintenant un fond de dyspnée qui s'aggrave à la mobilisation et lors des vertiges. Une nouvelle évaluation pneumologique est prévue.

Dans ce contexte déjà extrêmement pénible de vertiges, dyspnée et douleurs diffuses survient son licenciement le 21.06.2018 qui occasionne évidemment (sic) un effondrement psychique avec sentiment majeur de dévalorisation, aboulie, anhédonie, irritabilité, troubles du sommeil avec ruminations nocturnes, inappétence et idéations suicidaires.

Objectivement, le status rhumatologique est superposable à 2017.

Pronostic : Au vu du licenciement et de l'effondrement de son moral y relatif, le pronostic, réservé à la base, devient mauvais maintenant. »

Le 29 août 2018, le Dr B._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait savoir à la Dre H._____ que l'ensemble du bilan clinique ne relevait pas d'atteinte organique vestibulaire.

b) Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, la Dre H._____ a adressé à l'OAI un rapport daté du 19 février 2019, dans lequel elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de vertiges chroniques fonctionnels depuis avril 2018, de syndrome douloureux chronique avec cervico-scapulo-rachialgies depuis juin 2017, de coxarthrose droite débutante avec boiterie de Duchenne depuis juin 2017, de discrète déformation des trous de conjugaison C3-C4 et de scoliose discrète depuis juin 2017, de syndrome douloureux du grand trochanter depuis juin 2018, de troubles dépressifs réactionnels depuis fin juin 2018, de bronchite et d'hyperréactivité bronchique sur fond de possible asthme et sidérose pulmonaire depuis juin 2018 et d'hypertension artérielle mal équilibrée depuis 2011.

La Dre H._____ a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis le 23 juin 2018. Elle a joint les pièces suivantes :

- un rapport du 3 septembre 2018 du Dr T._____, spécialiste en pneumologie, qui a constaté à l'examen que l'état général du patient était bon, la capacité pulmonaire totale étant normale ; il suspectait qu'un syndrome d'hyperventilation chronique soit le principal responsable de la dyspnée rapportée par l'assuré et des symptômes neurovégétatifs qui l'accompagnaient ; un trouble anxieux, aggravé par le récent licenciement, ainsi que les violents vertiges probablement liés à une pathologie de l'oreille interne avaient déclenché la problématique ; pour le Dr T._____, le patient devait bénéficier d'une physiothérapie respiratoire ; un soutien psychiatrique pouvait être aussi bénéfique ;
- un rapport du 10 décembre 2018 du Prof. N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a observé, à l'examen clinique, une certaine kinésiophobie et la présence de plusieurs signes de Waddell ainsi qu'une boiterie de Duchenne à la marche. L'examen clinique a également mis en évidence une insuffisance dynamique des ceintures pelviennes et scapulaires, ainsi que des rachialgies à la mobilisation, une importante raideur et plan sous-pelvien non quantifiable en raison des contractures ; le déroulement thoraco-lombaire était également difficilement évaluable. Le Prof. N._____ a proposé soit une physiothérapie active d'épreuve, soit une hospitalisation en multimodal pour faire le tour sur le plan diagnostique et thérapeutique. Le patient étant preneur de la première mesure, des ordonnances lui ont été remises dans le but d'une rééducation globale afin de lutter contre le syndrome métabolique et la kinésiophobie avec réévaluation trois mois plus tard ;
- un rapport du Dr B._____ du 12 décembre 2018, qui a relevé que l'examen clinique et le bilan paraclinique du patient ne mettaient pas en évidence d'atteinte vestibulaire organique périphérique ou centrale et qui a retenu des

vertiges chroniques fonctionnels pour lesquels il a proposé une physiothérapie vestibulaire.

Dans un rapport du 21 mars 2019 à la Dre H._____, le Prof. N._____ a constaté que le patient rapportait la même clinique que celle présente en décembre 2018, avec des vertiges d'origine indéterminée présents depuis juillet 2018. L'examen clinique était très limité en raison de la kinésiophobie, de la fatigue, de la peur de déclenchement de vertiges et de plusieurs signes de Waddell. Il a réitéré à l'assuré ses propositions quant à une physiothérapie active ou à une hospitalisation. Celui-ci s'est dit à nouveau preneur pour la première option. Le Prof. N._____ a encore précisé qu'il reverrait le patient trois mois plus tard pour évaluer l'évolution et discuter d'une éventuelle hospitalisation pour une prise en charge rééducative interdisciplinaire.

Dans son rapport à l'OAI du 26 mars 2019, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré depuis le 22 août 2018, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis juillet 2018, de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) depuis juillet 2018, de possible maladie de Ménière depuis mai 2018, de troubles dégénératifs de la colonne cervicale et dorsale depuis juin 2017, de bronchite et d'hyperréactivité bronchique sur fond possible d'asthme et de sidérose pulmonaire depuis juin 2018. En lien avec l'évolution de la situation de son patient, le Dr Z._____ a précisé qu'à la suite de tous ses problèmes de santé, celui-ci avait été licencié fin juin 2018. L'assuré n'acceptait pas l'attitude de son patron après plus de 20 ans de collaboration avec l'entreprise et présentait en premier lieu des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive qui, par la suite, s'étaient cristallisés sous forme d'un épisode dépressif complet d'intensité modérée à sévère, avec une forte composante anxieuse qui avait motivé le suivi psychiatrique actuel. Par rapport aux symptômes médicaux de son patient, le médecin précité a indiqué ce qui suit :

« Depuis que le patient sait qu'il a été licencié, il ressent des angoisses presque permanentes, et se questionne sur son avenir. En particulier, il estime qu'il est victime d'une injustice : il a travaillé toute sa vie sans faillir à ses employeurs et à sa famille et maintenant qu'il s'estime diminué, il n'obtient pas le soutien qu'il mériterait. L'abaissement de son humeur et l'état d'angoisses permanent contribuent sans doute pour aggraver les 3 syndromes dont il est atteint : le syndrome douloureux lié aux troubles dégénératifs de sa colonne, le syndrome respiratoire qui le laisse très dyspnéique au moindre effort et le syndrome vertigineux qui le laisse instable et peu sûr de lui pour marcher à l'extérieur de la maison. Depuis qu'il a commencé son traitement auprès de moi, il vient toujours accompagné de sa femme qui l'aide à se lever de la chaise, est à côté de lui pour éviter qu'il tombe. Il a des difficultés pour s'exprimer car il est incapable de tenir un long discours à cause des dyspnées. »

A la question de savoir quelles étaient les exigences professionnelles auxquelles le patient devait faire face dans son activité professionnelle, le Dr Z. _____ a mentionné un effort physique important, en contact avec la poudre métallique qui pouvait contribuer aux troubles respiratoires. A titre de limitations fonctionnelles, le médecin précité a indiqué que son patient était limité par ses vertiges, par les troubles respiratoires (dyspnée d'effort) qui limitaient l'expression orale et par ses douleurs chroniques. Il a également mentionné des difficultés pour se déplacer et le besoin d'aide pour se lever.

Dans un rapport du 20 mai 2019 à P. _____, la Dre H. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de vertiges chroniques fonctionnels depuis avril 2018, de syndrome douloureux chronique avec cervico-scapulo-rachialgies depuis juin 2017, de coxarthrose droite débutante avec boiterie de Duchenne depuis juin 2017, de discrète déformation des trous de conjugaison C3-C4 et de scoliose discrète depuis juin 2017, de syndrome douloureux du grand trochanter depuis juin 2018, de troubles dépressifs réactionnels depuis fin juin 2018, de bronchite et d'hyperréactivité bronchique sur fond possible d'asthme et de sidérose pulmonaire depuis juin 2018 et d'hypertension artérielle mal équilibrée depuis 2011. Elle a conclu à une capacité de travail nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par avis du 5 mai 2020, le Dr R. _____ du Service médical régional AI (SMR) a conclu à l'absence d'éléments significatifs nouveaux en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré, les plaintes subjectives étant à mettre en lien avec une situation psycho-sociale difficile et le prolongement d'un déconditionnement. Il a précisé ce qui suit :

« Sur le plan rhumatologique, nous n'avons pas d'élément objectif nouveau en faveur d'une aggravation objective, chez un patient présentant toujours de nombreux signes de Waddell (non-organicité des symptômes). Sur le plan ORL, les investigations concluent à un trouble fonctionnel (non-organique). Sur le plan pneumologique, la SAOS [syndrome d'apnée obstructive du sommeil] est compensé par un traitement adéquat par CPAP [ventilation en pression positive continue] et aucune autre nouvelle pathologie incapacitante n'est mise en évidence. Aucune cause somatique n'explique la dyspnée évoquée par l'assuré. Sur le plan psychiatrique, on ne retrouve pas les éléments diagnostiques permettant de retenir un état dépressif sévère. Les LF [limitations fonctionnelles] évoquées sont essentiellement somatiques. La symptomatologie anxio-dépressive est en lien avec la situation psycho-sociale. »

Par décision du 16 juin 2020 confirmant un projet du 7 mai 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, faute d'éléments significatifs nouveaux en faveur d'une aggravation objective de son état de santé.

C. Par acte du 11 août 2020, F. _____, représenté par Me Charles Guerry, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGa. En substance, il a fait valoir qu'il présentait bel et bien de nouvelles atteintes à la santé qui réduisaient sa capacité de travail aux plans somatique et psychiatrique, déplorant que le SMR ait pu nier l'existence d'éléments significatifs nouveaux, respectivement d'éléments diagnostics permettant de retenir un état dépressif sévère, sans l'avoir examiné. Pour lui, l'OAI était tenu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique respectant la méthodologie arrêtée par le Tribunal fédéral dans son arrêt 141 V 181.

Le 3 septembre 2020, le recourant a produit les décomptes d'indemnités journalières perte de gain versées en sa faveur du 5 mai 2018 au 31 mai 2020, ainsi qu'un rapport de son psychiatre traitant du 20 août 2020, selon lequel il était, sur le plan purement psychiatrique, en incapacité totale de travailler dans toute activité professionnelle en raison d'une dépendance à son entourage pour plusieurs gestes de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, sortir, accomplir des tâches légères).

Par réponse du 30 septembre 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a joint un rapport du Dr R. _____ du SMR du 22 septembre 2020, selon lequel le constat clinique du psychiatre traitant restait superficiel, sans description de signes anxieux, ni d'attitude de qui-vive permanente caractéristique d'une anxiété généralisée. L'état psychique de l'assuré n'avait nécessité aucune hospitalisation, même lorsque l'assuré s'était retrouvé dépourvu de l'aide de sa femme. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement mises en lien avec un état anxieux peu probant et un état somatique qui avait déjà été examiné. Les éléments apportés correspondaient à une situation de marasme psychosocial dont la perception était aggravée par des facteurs culturels et réactionnels, ne permettant pas de retenir une aggravation objective de l'état de santé du recourant.

Le 16 octobre 2020, le recourant a indiqué maintenir les conclusions de son recours.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si, compte tenu de l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision des rentes et autres prestations durables, applicable par analogie aux nouvelles demandes de prestations, la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre le moment où la décision du 25 mai 2018 (dernière décision fondée sur une instruction complète) et celui où la décision litigieuse du 16 juin 2020 ont été rendues et si, le cas échéant, cette péjoration éventuelle justifierait l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une

modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances 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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical,

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (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).

5. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en

principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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.

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. En l'occurrence, l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité, faute d'éléments significatifs nouveaux en faveur d'une aggravation objective de son état de santé.

Cette appréciation est fondée sur le (bref) avis SMR du 5 mai 2020. Or, ce seul avis n'est pas de nature à permettre de nier toute aggravation de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision du 25 mai 2018. Lorsque cette décision avait été rendue, l'intéressé avait été en mesure de reprendre son activité habituelle depuis le 13 novembre 2017, à plein temps, et n'avait pas présenté d'incapacité de travail de plus d'une année. Il résulte toutefois des nouveaux éléments réunis dans le cadre de l'instruction de la seconde demande de prestations que le recourant n'a finalement pas été en mesure de poursuivre son activité habituelle de faucheur. Il a été en incapacité de travail totale du 5 au 25 mai 2018, puis à compter du 23 juin 2018. Il a été licencié pour le 31 mars 2019, et n'a pas repris d'activité depuis lors.

Certes, la Dre H. _____ a relevé dans son rapport du 13 août 2018 à P. _____ que la situation n'avait pas évolué pour ce qui était des douleurs ostéoarticulaires ; l'IRM cervicale était normale, de même que les examens neurologiques et ORL ; quant au status rhumatologique, il était superposable à celui prévalant en 2017. Toutefois, le patient avait présenté en mai 2018 une crise de vertiges paroxystiques, avec nausées et difficultés de mobilisation. Depuis juin 2018, il présentait par ailleurs une bronchite et une hyperréactivité bronchique sur fond possible d'asthme et de sidérose pulmonaire ; en outre, également depuis juin 2018, des troubles dépressifs réactionnels étaient mentionnés.

Les pièces au dossier vont dans le sens des observations de la médecin traitant.

Ainsi, selon le rapport du Dr E. _____ du 25 mai 2018, l'examen otoneurologique était normal ; l'IRM cervicale du 18 juillet 2018 était normale pour l'âge, de même que l'angio-IRM (cf. rapport du 18 juillet 2018). Au plan neurologique, le Dr J. _____ a constaté qu'il n'y avait pas d'explication aux troubles de l'équilibre de l'assuré (cf. rapport du 16 juillet 2018). Enfin, le 29 août 2018, le Dr B. _____ a observé que l'ensemble du bilan clinique ne relevait pas d'atteinte organique vestibulaire. Dans son nouveau rapport du 12 décembre 2018, ce spécialiste a noté que l'examen clinique et le bilan paraclinique ne mettaient pas en évidence d'atteinte vestibulaire périphérique ou centrale, et a retenu des vertiges chroniques fonctionnels.

De même, au plan pulmonaire, le Dr T. _____ a constaté le 3 septembre 2018 que l'état général du recourant était bon et sa capacité pulmonaire totale normale ; il suspectait cependant qu'un syndrome d'hyperventilation chronique soit le principal responsable de la dyspnée rapportée par l'assuré, et a proposé une physiothérapie respiratoire, ainsi qu'un soutien psychiatrique. Enfin, le Prof. N. _____ a relevé lors de son examen du 10 décembre 2018 une limitation par une certaine kinésiophobie, et la présence de plusieurs signes selon Waddell. En décembre 2018, ce spécialiste a ainsi remis au patient des ordonnances dans le but d'une rééducation globale afin de lutter contre le syndrome métabolique et la kinésiophobie ; si ces mesures ne s'avéraient pas salvatrices, il serait alors question de revoir le patient trois mois plus tard pour l'inclure dans une prise en charge multimodale de la douleur. Or, le Prof. N. _____ a constaté le 21 mars 2019, soit trois mois plus tard, que le patient rapportait la même clinique que celle présente en décembre 2018, avec des vertiges d'origine indéterminée présents depuis juillet 2018 ; l'examen était à nouveau très limité en raison de la kinésiophobie, de la fatigue, de la peur de déclenchement de vertiges et de plusieurs signes de Waddell. Le Prof. N. _____ ne s'est alors pas prononcé sur la

capacité de travail. Ses observations paraissent toutefois très similaires à celles du Dr K._____, rhumatologue, qui a examiné le recourant le 18 septembre 2017. Dans son rapport du 6 octobre 2017, le Dr K._____ avait ainsi en particulier relevé que l'intéressé présentait un syndrome douloureux, diffus au niveau du rachis, irradiant autant vers la nuque, vers le bas du dos et les fesses que dans la région thoracique latérale ; cliniquement, il avait constaté une forte démonstrativité, alors que les radiographies de la colonne cervicale et dorso-lombaire, ainsi que du bassin et des hanches, montraient des troubles dégénératifs discrets, sans éléments inquiétants.

Il résulte de ce qui précède qu'au plan somatique, les atteintes ne paraissent, *prima facie*, pas invalidantes. En l'état du dossier toutefois, les éléments ne sont pas suffisants, en l'absence de mesures d'instruction complémentaires, pour poser ce constat, ce d'autant qu'au plan psychiatrique, de nouvelles atteintes ont été alléguées. Si le Dr Z._____ fonde pour l'essentiel la limitation de la capacité de travail de son patient sur des motifs somatiques dans son rapport du 21 mars 2019, en particulier en tant qu'il relève que le patient doit faire face à un effort physique important dans son activité professionnelle, en contact avec la poudre métallique qui pouvait contribuer aux troubles respiratoires et qu'il est limité par ses vertiges, par les troubles respiratoires (dyspnée d'effort) qui limitent l'expression orale et par ses douleurs chroniques avec difficultés pour se déplacer et la nécessité d'aide pour se lever, il a cependant exposé, dans son rapport du 20 août 2020, que le traitement avait permis une amélioration de l'anxiété et une réduction de l'idéation de mort mais que, globalement, son patient restait toujours assez déprimé, ce qui réduisait son fonctionnement de façon significative, même à domicile. Dans la mesure où le dossier est émaillé d'avis de médecins et de spécialistes constatant des signes de Waddell (cf. rapport du Dr K._____ du 6 octobre 2017 et rapports du Prof. N._____ des 10 décembre 2018 et 21 mars 2019), une kinésiophobie (cf. rapports du Dr N._____ des 10 décembre 2018 et 21 mars 2019) une anxiété (cf. rapport du Dr T._____ du 3 septembre 2018), un syndrome douloureux (cf. rapport du Dr K._____ du 6 octobre 2017), un état

dépressif (cf. rapport du Dr Z. _____ du 26 mars 2019), il ne peut être exclu qu'il existe une atteinte incapacitante au plan psychiatrique. Or, le dossier n'a fait l'objet d'aucune instruction à ce niveau. Certes, les éléments au dossier sont minces, et il n'est pas exclu, comme le relève le SMR dans son avis du 22 septembre 2020 produit en procédure et auquel se réfère l'OAI, que les éléments apportés correspondent au « marasme psycho-social » dans lequel se trouve le recourant. Cette seule affirmation ne libérait cependant pas l'OAI de son obligation d'instruire.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Il lui incombera ainsi de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR - étant rappelé qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4) ; le cas échéant par une expertise pluridisciplinaire avec, si nécessaire, un

volet oto-rhino-laryngologique. L'intimé statuera ensuite à nouveau, étant rappelé que l'assuré est désormais âgé de 62 ans.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 16 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. _____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Guerry (pour F. _____),
- 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 :