

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juin 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par AXA-ARAG Protection juridique, à Winterthur,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, marié et père de deux enfants nés en 2000 et 2007, travaillait depuis le 1^{er} juin 2015 en qualité de conducteur de lignes d'emballages auprès de [...].

Le 26 janvier 2018, il s'est tordu le genou gauche en montant des escaliers et a subi une torsion au genou, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale (cf. déclaration de sinistre LAA du 29 janvier 2018). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Par rapport du 15 février 2018 faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 13 février 2018, la Dre F._____, radiologue, a constaté une entorse de grade III du ligament collatéral avec désinsertion de son extrémité distale sur la tête fibulaire, une déchirure complexe du ménisque latéral avec bandelette méniscale luxée dans l'échancrure inter-condylienne et aucune lésion du tendon poplité, du biceps fémoral et de la bandelette ilio-tibiale.

L'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche avec suture du ménisque externe le 16 avril 2018 (cf. protocole opératoire du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Aux termes d'un rapport du 25 juin 2018 à la CNA, le Dr G._____ a posé le diagnostic de status post suture arthroscopique du ménisque externe au genou gauche le 16 avril 2018. Il a relevé que l'évolution était lentement favorable et que le patient présentait encore des douleurs et une forte boiterie au genou gauche. Selon lui, le pronostic était favorable mais, si l'intéressé présentait des gênes persistantes autour de son genou, une nouvelle déchirure de la suture méniscale devrait être investiguée par une IRM. Le traitement actuel consistait en de la rééducation physiothérapeutique ainsi que des médicaments

antalgiques en réserve. Le Dr G._____ a également indiqué qu'il prévoyait une reprise du travail de façon progressive au courant du mois de juillet 2018, ce qui devrait être réévalué d'ici-là.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 juillet 2018, invoquant une torsion du genou gauche, une déchirure complexe du ménisque latéral et une entorse du ligament collatéral ensuite d'un accident le 26 janvier 2018.

Par rapport du 13 août 2018 faisant suite à une arthro-IRM du 10 août 2018, la Dre H._____, spécialiste en radiologie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu à un remaniement cicatriciel post suture du ménisque externe dans sa partie moyenne postérieure, sans évidence de redéchirure, à la présence d'une petite fente superficielle du versant fémoral et à l'absence de lésion du tendon poplité.

Le 21 août 2018, le médecin traitant de l'assuré, Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, a notamment transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 26 septembre 2010, par lequel le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué que l'assuré avait subitement souffert en 2010 de douleurs fessières d'horaire inflammatoire. Il a posé le diagnostic de pelvi-spondylite de Bechterew, après avoir constaté grâce à une IRM une sacro-iliite bilatérale très inflammatoire et une spondylite de Romanus avec début de syndesmophyte en D11-D12 et D12-L1. Il a prescrit un traitement anti-inflammatoire et a effectué une injection intramusculaire de Diprophos. En cas d'échec, il prévoyait un traitement biologique par anti-TNF (inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale) alpha ;

- un rapport du 8 février 2011, dans lequel le Dr M._____ a expliqué qu'après l'échec du traitement anti-inflammatoire et corticoïdes,

il avait mis son patient sous Enbrel durant huit semaines. Immédiatement après la première injection, l'assuré avait été totalement libéré de ses douleurs et après les huit semaines de traitement, il était totalement asymptomatique, le médicament ayant été parfaitement toléré. Il a donc suspendu le traitement, estimant déraisonnable de le maintenir sur le long terme étant donné que la maladie de Bechterew évoluait par poussée ;

- un rapport du 24 février 2012, par lequel le Dr M. _____ a exposé que son patient l'avait consulté pour une récurrence de sacro-iliite bilatérale, celui-ci étant presque aussi symptomatique qu'en fin 2010. Il a prescrit d'emblée une cure d'Enbrel pendant quatre semaines et a constaté, comme l'année précédente, que l'effet du traitement avait été spectaculaire avec une nette diminution des douleurs qui avait permis le maintien de l'activité professionnelle ;

- un rapport du 28 mars 2017 au Dr D. _____, spécialiste en médecine interne et en pneumologie, par lequel les Drs L. _____, W. _____ et C. _____, respectivement médecin adjoint, cheffe de clinique et médecin assistante au sein de la Consultation de pneumologie du Centre hospitalier J. _____ (ci-après : le J. _____), ont posé les diagnostics de sarcoïdose thoracique de stade II diagnostiquée le 16 novembre 2016, de silicose pulmonaire et de maladie de Bechterew avec traitement d'Enbrel de 2010 à 2013, actuellement sans traitement. Ils ont également fait état de ce qui suit :

« **Discussion :**

A la lumière des examens effectués, nous retenons un diagnostic de sarcoïdose pulmonaire de stade II sur la base de l'imagerie suggestive, de la lymphocytose alvéolaire, de la présence de granulomes non nécrosants sur les biopsies bronchiques et transbronchiques ainsi que de la présence de cellules épithélioïdes à la cytoponction ganglionnaire médiastinale. L'évolution clinique est favorable sans traitement, le patient étant actuellement asymptomatique sur le plan respiratoire et général.

Le suivi fonctionnel montre également une amélioration tant des volumes pulmonaires que de la DLCO [diffusion libre du CO], avec la résolution en janvier 2017 du syndrome restrictif de degré léger et du trouble de diffusion de degré léger constatés en octobre 2016.

Dans le contexte des palpitations occasionnelles, nous avons organisé une échocardiographie et une consultation avec nos

collègues cardiologues à la recherche de signes de sarcoïdose cardiaque. Nous avons proposé au patient de faire un ECG [électrocardiogramme] qui n'a malheureusement pas été réalisé. Le dosage du NT-proBNP est dans la norme.

Vu l'amélioration clinique et fonctionnelle et l'absence d'hypercalcémie, il n'y a pas d'indication à un traitement de la sarcoïdose actuellement, ce sous réserve de l'absence d'argument pour une atteinte cardiaque. Nous vous laissons le soin de poursuivre le suivi clinique, fonctionnel, biologique et radiologique ainsi que de réaliser une récolte d'urine de 24 h pour rechercher une hypercalciurie et prévoir un bilan ophtalmologique.

En raison d'une anamnèse compatible avec une exposition ancienne prolongée à la silice, d'une imagerie également évocatrice de silicose (micronodules et calcifications des ganglions médiastinaux et hilaires) ainsi que de la présence de cristaux de silice sur les biopsies transbronchiques, nous retenons également un diagnostic de silicose. L'exposition à la silice ayant cessé, il n'y a pas d'autres mesures thérapeutiques à prendre dans l'immédiat. Un TB-spot effectué pendant l'hospitalisation à [...] était négatif. Une évaluation pour reconnaissance de maladie professionnelle est indiquée si elle n'a pas déjà été réalisée (à notre connaissance, le patient est déjà connu de la SUVA).

Nous avons prévu de revoir le patient dans 3 ans. Nous vous laissons le soin d'assurer le suivi pneumologique dans l'intervalle. »

- un rapport du 27 mars 2018, par lequel le Dr D. _____ a notamment indiqué que, d'un point de vue broncho-pulmonaire, l'assuré se portait bien ; il n'avait aucun symptôme et les fonctions pulmonaires étaient normales. Le médecin a retrouvé à la radiographie du thorax un infiltrat micronodulaire diffus et peut-être encore quelques adénopathies médiastinales, mais cette atteinte était un peu moins marquée qu'elle ne l'était en 2016. D'après lui, cette évolution favorable s'expliquait par la sarcoïdose qui pouvait s'améliorer en l'absence de traitement, tandis que l'atteinte liée à la silicose persisterait. Il n'a envisagé aucun traitement, mais estimé qu'une surveillance restait indiquée.

Par courrier du 5 septembre 2018, l'employeur de l'intéressé a résilié les rapports de travail pour le 30 novembre 2018.

Dans un rapport du 29 octobre 2018, le Dr G. _____ a noté que le patient présentait des douleurs postéro-latérales au genou gauche augmentées aux efforts. Il a indiqué avoir investigué le genou par une arthro-IRM durant le mois d'août 2018, laquelle avait laissé un doute quant

à la guérison de la déchirure méniscale. Le Dr G._____ a ainsi agendé une nouvelle intervention chirurgicale par voie arthroscopique au mois de novembre 2018.

L'assuré a subi une nouvelle arthroscopie du genou gauche avec résection partielle du ménisque externe le 26 novembre 2018 (cf. protocole opératoire du Dr G._____ du 28 novembre 2018).

Aux termes d'un rapport du 6 février 2019 à l'OAI, le Dr D._____ a posé les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire de stade II, d'évolution favorable, et de silicose pulmonaire. Il a fait état d'un infiltrat nodulaire à micronodulaire des deux poumons, d'adénopathies hilaires et médiastinales, en diminution entre 2016 et 2018, et a noté que les fonctions pulmonaires complètes étaient actuellement normales. D'après lui, la capacité de travail de l'assuré était conservée d'un point de vue pneumologique, à condition que celui-ci travaille dans un local chauffé, ne comportant pas d'exposition à des irritants bronchiques, et il n'existait pas de limitations fonctionnelles.

Par rapport du 8 février 2019 à la CNA, le Dr G._____ a indiqué avoir revu le patient six semaines après la nouvelle arthroscopie du genou gauche ; celui-ci lui expliquait que ses gênes douloureuses autour du genou n'avaient pas essentiellement changé depuis l'intervention et il décrivait toujours des douleurs en forme de lancée sur la face externe de son genou ; il avait de grandes difficultés à la descente des marches d'escaliers. Le médecin a constaté une marche avec une forte boiterie à gauche. Il a prescrit à l'assuré un bon de physiothérapie d'entretien articulaire et de reconditionnement à l'effort et a proposé un séjour à la Clinique P._____ (ci-après : la P._____) pour le cas où l'évolution resterait défavorable, ainsi qu'un examen par un chirurgien plasticien par rapport à une éventuelle neuropathie du nerf sciatique poplité externe.

L'assuré a séjourné à la P._____ du 27 mars au 25 avril 2019. Par rapport du 10 mai 2019 à la CNA, la Dre X._____, cheffe de

clinique et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr B. _____, médecin assistant, ont fait état de ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

- **Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et de limitations fonctionnelles du genou gauche**

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- **26.01.2018 : entorse du genou gauche avec :**
 - o **Entorse de grade III du LCL [ligament collatéral latéral] avec désinsertion de l'extrémité distale**
 - o **Déchirure du ménisque externe avec bandelette luxée dans l'échancrure inter-condylienne (IRM du 13.02.2018)**

Interventions :

- **26.11.2018 : arthroscopie du genou gauche avec résection partielle du ménisque externe**
- **16.04.2018 : arthroscopie du genou gauche avec suture du ménisque externe**

Complications :

- **Possible neuropathie SPE [nerf sciatique poplité externe] gauche, au décours**

CO-MORBIDITES

- **Sarcoïdose pulmonaire**
- **Silicose pulmonaire**
- **Maladie de Bechterew**

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs présentes le matin et en fin de journée qui apparaissent aux efforts, surtout à la descente des escaliers, absentes au repos. Elles sont localisées au creux poplité et irradient dans le mollet et dans les ischio-jambiers. Le patient décrit les douleurs comme des lancées et des picotements, évaluées à 8/10 sur l'EVA [échelle visuelle analogique].

Le patient arrive à conduire avec boîte automatique et boîte manuelle sur de petits trajets. Le patient est autonome dans les AVQ [activités de la vie quotidienne] mais est gêné pour les ports de charges. Périmètre de marche de plus d'une heure en terrain plat.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

Examens radiologiques avant hospitalisation :

13.02.2018 - IRM genou gauche : entorse de grade III du ligament collatéral latéral avec désinsertion de son extrémité distale sur la fibula. Déchirure complexe du ménisque latéral avec bandelette méniscale luxée dans l'échancrure inter-condylienne. Pas de lésion osseuse ou du pivot central apparente.

10.08.2018 - *arthro-IRM genou gauche* : remaniements cicatriciels post-suture du ménisque externe dans sa partie moyenne et postérieure.

Pendant l'hospitalisation :

29.03.2019 - *RX [radiographie] genoux ddc [des deux côtés]* : les interlignes articulaires sont d'épaisseur conservée ddc.

Aspect effilé des épines tibiales gauches. Ebauche ostéophytaires du bord latéral de la rotule gauche, enthésopathie de l'insertion du tendon quadriceps sur la rotule ddc, mais plus prononcée à gauche.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Sur le plan ORL [oto-rhino-laryngologie] : le patient présente une baisse de l'audition à droite, avec l'examen otoscopique montrant la présence de cérumen bilatéralement. Le patient a reçu un traitement de Cerulisin. Si ces symptômes persistent, nous lui proposons de consulter son médecin-traitant pour envisager un nettoyage du conduit auditif externe.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels peuvent interférer avec le retour au travail : absence de formation professionnelle de base, absence de contrat de travail.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous :

- Physiothérapie
- Mini-ECF [évaluation des capacités fonctionnelles]
- Ateliers professionnels

Le traitement antalgique n'a pas été modifié. A la sortie le patient garde du Dafalgan 1 g en réserve jusqu'à 3 x/jour selon douleurs.

L'évolution subjective et objective est favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Mini-ECF : en fin de séjour le patient a eu une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte). Au PACT le score de 162 correspond à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort léger à moyen. Au vu des résultats obtenus au cours de l'évaluation, on peut mentionner que le sujet estime correctement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été considérée comme réelle et le niveau de cohérence pendant l'évaluation, comme élevé. Au terme de l'évaluation le niveau d'effort fourni par le sujet correspond à un niveau d'effort moyen selon le D.O.T. avec des charges allant jusqu'à 25 kg.

Ateliers professionnels : Monsieur Q. _____ est occupé jusqu'à des périodes de 4 heures consécutives au sein des ateliers professionnels. Au terme de sa prise en charge, nous ne relevons aucune limitation fonctionnelle. Un manque d'endurance pour le maintien de la position debout et les ports de charge est encore présent. Nous relevons une bonne progression et une très bonne

implication lors des prises en charge. Monsieur Q._____ reprendra progressivement son activité professionnelle dans un avenir proche.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : ports de charges > 15-20 kg. Ports de charges répétés > 10-15 kg. Longs déplacements et déplacements dans terrains accidentés, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), positions debout prolongées, monter et descendre escaliers et échelles à répétition.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

La poursuite de physiothérapie en individuel, en piscine et en entraînement thérapeutique en salle de fitness pourrait permettre d'améliorer les aptitudes fonctionnelles du patient.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 2 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est favorable. Nous discutons avec le patient d'une reprise progressive à partir du mois de juillet, pour laquelle il semble motivé. Nous proposons donc au médecin traitant de revoir le patient au mois de juin afin de planifier cette reprise qui pourrait commencer à 50% dès début juillet, afin d'atteindre un 100% pour début septembre. De plus, le patient va contacter son ancien employeur qui selon le patient serait d'accord de le réembaucher sur son ancien poste de travail.

(...)

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE [...]

- 100% du 27.03.2019 au 25.05.2019. »

Aux termes d'un rapport du 10 mai 2019 destiné à la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Dr R._____ a posé les diagnostics établissant une diminution de la capacité de travail de gonalgies gauches à la suite du traumatisme du 26 janvier 2018, ainsi que de déchirure en anse de seau du ménisque externe du genou gauche. Il a relevé que le traitement actuel consistait en de la physiothérapie. Le Dr R._____ a en outre fait état de douleurs à la marche, surtout au genou gauche, en particulier dans les escaliers et en descente. A ses yeux, l'assuré demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux mi-lourds ; il a attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir une activité similaire à celle qu'il exerçait auparavant sans port de charges supérieures à vingt kilos. Le médecin traitant était d'avis que l'assuré ne pouvait pas effectuer une activité impliquant d'être exposé au froid, à la fumée, aux gaz, aux vapeurs et aux émanations. Il contrindiquait également la flexion, le

levage et le port de charges fréquents, la montée d'échafaudages, d'échelles ou d'escaliers et les activités dans lesquelles l'intéressé risquait de chuter. Enfin, le Dr R. _____ a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle avait diminué depuis le 26 janvier 2018 mais qu'une amélioration était possible en poursuivant le traitement.

Il ressort d'un certificat médical établi le 17 mai 2019 par le Dr G. _____ que l'intéressé était en incapacité de travail totale du 26 mai au 30 juin 2019, puis à 50 % du 1^{er} juillet au 31 août 2019. Le médecin précité a indiqué en marge de son certificat : « selon les propositions de la P. _____, [...] - SUVA ».

Le 18 juillet 2019, le Dr K. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport du 19 juillet suivant, il s'est exprimé comme suit sous l'intitulé « appréciation » :

« Assuré de [...] ans, d'origine [...], travaillant dans la production alimentaire, qui a été blessé au niveau de son genou G [gauche] le 26.01.2018.

Le diagnostic d'entorse de grade III du ligament collatéral externe avec déchirure en anse de seau du ménisque externe a été posé.

Le traitement a été chirurgical par suture méniscale.

L'évolution a été défavorable motivant une nouvelle arthroscopie avec cette fois-ci méniscectomie qui a été réalisée le 26.11.2018.

Par la suite, la récupération a été lente avec cependant encore quelques gênes.

Subjectivement, l'assuré annonce des douleurs au niveau de son genou à l'effort et dans les terrains en pente.

Objectivement, la marche se fait avec une légère boiterie, l'accroupissement est limité, le genou est sec avec cependant une laxité externe résiduelle associée à un déficit de flexion.

Sur le plan médical, on peut considérer la situation comme suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles lésionnelles. En effet, dans l'immédiat, hormis la poursuite de séances de physiothérapie jusqu'à la fin de l'été ainsi qu'une antalgie selon besoin, il n'y a pas d'autres attitudes thérapeutiques qui puissent améliorer l'état de l'assuré.

Sur le plan asséculogique, on peut donc reconnaître une pleine capacité (horaire et rendement) dans l'ancienne activité. Cependant, quelques limitations fonctionnelles doivent être respectées, à savoir

: pas de positions contraignantes pour les genoux telles que des positions accroupies ou à genoux maintenues de façon prolongée, pas de port de charges lourdes de façon répétitive, pas d'activité nécessitant des déplacements sur des terrains irréguliers ou en pente ni des montées ou des descentes d'escaliers de façon répétitive. »

Par communication du 29 juillet 2019, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2019, dans la mesure où l'examen médical du 18 juillet 2019 avait révélé une stabilisation de l'état de santé consécutif à l'accident du 26 janvier 2018.

Par décision du 15 octobre 2019, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, estimant qu'il n'existait aucune diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. Elle a en outre octroyé à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, soit un montant de 7'410 francs.

Le 23 décembre 2019, l'assuré a fait parvenir à l'OAI les pièces suivantes :

- un certificat établi le 28 octobre 2019, par lequel le Dr R._____, certifiait qu'il suivait l'assuré régulièrement depuis 2006 et que celui-ci était très gêné par une limitation importante de la mobilité - notamment pour la flexion - de son genou gauche ensuite de son accident du 26 janvier 2018, ainsi que par des douleurs sur la face externe de son genou, ressenties même à la marche sans port de charges et surtout à la descente. Le médecin précité a en outre relevé que son patient présentait un problème rhumatologique (maladie de Bechterew) qui accentuait encore les conséquences de l'accident du 26 janvier 2018, ce qui pourra être attesté par le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ;

- un certificat établi le 12 décembre 2019 par le Dr S._____, qui faisait état de ce qui suit :

« Je certifie que M. Q. _____ né le [...] est suivi depuis juin 2019 à mon cabinet médical pour sa pathologie rhumatismale (maladie de Bechterew) à la demande de son médecin traitant. Pathologie stable et traitée par un traitement biologique.

Il m'a fait part à cette occasion de ses problèmes de genou consécutive (sic) à son accident où on notait un manque de force musculaire du quadriceps G qui a bénéficié d'une série de physiothérapie au centre [...]. Il décrit une gêne de son genou suite à son accident du 26.01.2018 ainsi que des douleurs sur la face externe de son genou, ressenties même à la marche sans port de charges et surtout à la descente des escaliers. Même avec un travail adapté il gardera des douleurs.

J'ai vu ce patient trois fois dont la dernière pour établir ce certificat. »

Le 23 janvier 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019. Dans sa motivation, il a exposé que, depuis le 26 janvier 2018 - début du délai d'attente d'une année - la capacité de travail et de gain de l'assuré était considérablement restreinte ensuite de l'accident. A la fin du délai d'attente, soit le 26 janvier 2019, l'assuré présentait une incapacité de travail et de gain à 100 %, dans toute activité. L'OAI a ainsi estimé que le degré d'invalidité s'élevait à 100 % et qu'un droit à une rente entière était ouvert. L'office a en outre retenu que, dès le mois de juillet 2019 et ensuite de l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé, une pleine et entière capacité de travail et de gain était reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de positions contraignantes pour les genoux telles que des positions accroupies ou à genoux maintenues de façon prolongée, pas de port de charges lourdes de façon répétitive, pas d'activité nécessitant des déplacements sur des terrains irréguliers ou en pente ni des montées ou des descentes d'escaliers de façon répétitive) ; on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles. Sur le plan économique, l'OAI a estimé que le revenu avec invalidité devait être évalué sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique, l'intéressé n'ayant pas repris d'activité. Il s'est dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine

de la production et des services, soit 67'743 fr. en 2019, auquel il a appliqué un abattement de 5 % compte tenu des limitations fonctionnelles, ce qui donnait un revenu avec invalidité de 64'355 fr. 85. S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 64'541 fr. 10. L'OAI a estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 0,29 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était plus ouvert. Il a par conséquent estimé que le droit à la rente s'éteignait le 30 septembre 2019, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Le 19 février 2020, l'assuré, désormais représenté par AXA-ARAG Protection juridique, a contesté le projet de décision susmentionné, estimant avoir droit à une rente d'invalidité sans limitation dans le temps. Il a fait valoir que la maladie de Bechterew et la sarcoïdose thoracique en lien avec une ancienne silicose n'avaient à tort pas été traitées par l'OAI, alors que celles-ci influençaient sa capacité de travail. Il a joint à son envoi un rapport établi le 18 février 2020 par le Dr R._____, par lequel celui-ci faisait état de ce qui suit :

« Je certifie que ce patient est suivi régulièrement à mon cabinet médical depuis 2006. Je confirme cependant que depuis le mois de juillet 2019, les douleurs de son genou gauche ne se sont pas significativement améliorées et que ce patient est plutôt sujet à une aggravation très probable de sa problématique orthopédique (aggravation des phénomènes d'arthrose post-traumatique à ce genou). Je confirme également qu'il est régulièrement suivi par mes confrères suivants : son rhumatologue le Dr S._____ à [...] pour une maladie de Bechterew et ses pneumologues les Drs D._____ à [...] et les pneumologues du J._____ pour une sarcoïdose thoracique de stade II (et une ancienne silicose contractée au [...]). Ces affections rhumatismales et pulmonaires diminuent significativement sa capacité de travail pour une durée indéterminée et apparemment n'ont pas été prises en compte dans la détermination de sa capacité de travail à partir du mois de juillet 2019, même dans une activité adaptée à son état de santé. »

Par courrier du 4 mars 2020, l'assuré a transmis à l'OAI un contrat d'engagement signé le 5 janvier 2020 avec la société [...], pour un poste de magasinier-livreur-cariste à 90 % dès le 1^{er} avril 2020. L'assuré a en réalité débuté cette activité au mois de juin 2020, à cause de la crise sanitaire liée au Coronavirus.

Dans un certificat du 1^{er} avril 2020, le Dr S. _____ a attesté que l'assuré présentait une aggravation de son état de santé, soit une évolution et aggravation de sa spondylarthrite ankylosante nécessitant une reprise de son traitement biologique à vie.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a adressé une série de questions aux Drs D. _____ et S. _____ le 26 octobre 2020.

Le Dr D. _____ y a répondu le 28 octobre suivant. Le médecin précité a ainsi exposé que l'assuré souffrait d'une sarcoïdose thoracique de stade II et d'une silicose pulmonaire qui n'avaient actuellement pas de répercussion sur la capacité de travail, si ce n'est que ce dernier devait pouvoir travailler dans un local chauffé, sans exposition à des irritants bronchiques. Il a indiqué que l'état respiratoire de son patient était stable depuis février 2019 et que ce dernier présentait la symptomatologie pneumologique suivante : toux fluctuante, non productive, pouvant s'expliquer par l'atteinte pulmonaire, dyspnée d'effort probablement de stade I, sans rapport avec l'atteinte pulmonaire, compte tenu de fonctions pulmonaires normales. A ses yeux, l'assuré devait pouvoir travailler à 100 % dans son ancienne activité, pour peu que les conditions de travail décrites auparavant soient respectées, et la capacité de travail dans une activité adaptée était également entière. Le Dr D. _____ a ajouté n'avoir prescrit aucune incapacité de travail pour son patient ces deux dernières années et que celui-ci ne prenait actuellement aucun traitement à visée pneumologique.

Le pneumologue a joint à son envoi son dernier rapport du 7 octobre 2020, par lequel il a notamment relevé que le bilan fonctionnel était normal, avec des valeurs superposables à celles du J. _____ l'hiver dernier et des années précédentes. Selon lui, la toux dont se plaignait l'assuré pouvait s'expliquer par une hyperréactivité bronchique associée à la silicose ; il a ainsi prescrit un traitement d'Arnuity que le patient prenait de manière très irrégulière. La dyspnée d'effort ne s'expliquait très certainement pas par l'atteinte pulmonaire mais plutôt par un relatif

déconditionnement à l'effort et un surpoids, favorisé par des douleurs occasionnées par le Bechterew. S'agissant de la sarcoïdose, le Dr D._____ a retenu que son patient présentait probablement une hypercalciurie mais qu'aucune mesure particulière n'était à prendre si ce n'était de lui recommander de diminuer sa consommation de sel et de protéines. Il a enfin relevé que des bilans ophtalmologique et cardiologique réalisés ces derniers mois n'avaient pas permis de documenter d'atteinte par la sarcoïdose.

Répondant également le 28 octobre 2020 aux questions adressées par l'OAI le 26 octobre 2020, le Dr S._____ a fait état d'une péjoration de la spondylarthrite ankylosante depuis le mois d'avril 2020, indiquant que l'assuré souffrait de douleurs sacro-iliaque et dorsale. Selon lui, la limitation fonctionnelle était la suivante : pas de port de charges de plus de 10 kilos. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr S._____ a indiqué que l'assuré travaillait à 90 % dans une entreprise de [...]. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le médecin a attesté que son patient prenait un traitement médicamenteux et signalé, comme description d'une journée type, que l'intéressé travaillait du matin au soir.

Par certificat du 4 novembre 2020, le Dr R._____ a attesté que l'assuré ne devrait pas travailler à plus de 80 % et cela dans tout genre d'activité, pour une durée indéterminée et probablement sur le long terme. Il a relevé que l'état actuel de santé de l'intéressé était fortement influencé par sa problématique de maladie de Bechterew.

Par avis du 21 décembre 2020, la Dre Z._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a fait part de l'appréciation suivante :

« **Conclusion** : Nous concluons, que les éléments transmis par le MT [médecin traitant] en 02.2020 (RM 18.02.2020, GED 18.02.2020) par rapport au genou G ne sont pas objectifs et ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé au niveau du genou G, respectivement de la CT [capacité de travail], depuis notre projet de décision du 23.01.2020. Par rapport à la nouvelle atteinte rachidienne (spondylarthrite ankylosante), le Dr S._____, médecin

physique, semble actuellement (10.2020) soutenir la reprise du travail de l'assuré à 90 % dès le 01.06.2020, malgré sa notion « d'une aggravation » (sans précision objective) de celle-ci depuis 04.2020. Les éléments actuellement transmis par le Dr S. _____ ne sont pas objectifs non plus et ne rendent pas plausible non plus une aggravation de l'état de santé depuis notre projet de décision du 23.01.2020. La nouvelle atteinte pulmonaire (sarcoïdose/silicose) a été diagnostiquée déjà en 2016 avec une évolution favorable jusqu'à ce jour sans répercussion actuelle sur la CT selon le Dr D. _____, pneumologue, estimant actuellement (10.2020) une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] / AA [dans l'activité adaptée] entière.

Donc, sur la base des pièces médicales actuellement transmises, nous n'avons ni sur le plan traumatologique (concernant le genou G), ni rhumatologique (concernant la colonne vertébrale), ni pneumologique (concernant la sarcoïdose/silicose), aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif, qui justifierait objectivement à l'heure actuelle une péjoration clinique notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis notre projet de décision du 23.01.2020. Donc, notre position reste inchangée depuis l'examen final de la SUVA du 07.2019. Donc, la CTAH reste entière dès 07.2019 en respectant les LF [limitations fonctionnelles] concernant le genou G (cf. ci-dessus). »

Dans un courrier du 6 janvier 2021 à l'assuré, faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a retenu, après examen des nouvelles pièces médicales, que les éléments transmis par rapport au genou gauche et à la nouvelle atteinte rachidienne n'étaient pas objectifs et ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail, depuis le projet de décision du 23 janvier 2020. Enfin, il a indiqué que la nouvelle atteinte pulmonaire avait déjà été diagnostiquée en 2016 avec une évolution favorable jusqu'à ce jour, sans répercussion sur la capacité de travail. Dès lors, il a conclu qu'aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif ne justifiait objectivement une péjoration clinique notable de l'état de santé de l'assuré, de sorte que le projet de décision susmentionné devait être confirmé.

Par décision du 15 février 2021, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente entière d'invalidité, assortie de deux rentes pour enfants, à 2'268 fr. pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019, en reprenant la motivation développée dans son projet de décision.

Le 22 février 2021, l'OAI a reçu les deux certificats médicaux suivants :

- un certificat établi le 11 janvier 2021 par le Dr N._____, spécialiste en ophtalmologie, par lequel celui-ci indiquait que l'assuré présentait une kératopathie bilatérale sous forme d'infiltrats stellaires blanchâtres sous-épithéliaux, compatible avec un syndrome de Thygeson. Il expliquait que ce syndrome engendrait une symptomatologie de type photophobie, brûlure oculaire, douleurs et inconfort visuel ; cette maladie était traitée et stabilisée par l'instillation d'un simple collyre hydratant. Selon lui, la fonction visuelle était encore bonne avec une acuité de 1,0 des deux côtés et l'examen intraoculaire ne révélait aucun signe inflammatoire en chambre antérieure, dans la loge vitrénne, ni dans le fond de l'œil. Le Dr N._____ a relevé que l'intéressé nécessitait un traitement à long terme pour pallier cette affection chronique, sous forme de collyres hydratants, voire stéroïdes topiques. Il n'excluait pas une relation avec la maladie de Bechterew ou la sarcoïde ;

- un certificat du 19 janvier 2021, par lequel le Dr S._____ certifiait que le patient présentait une aggravation de sa spondylarthrite ankylosante, avec apparition de douleur périphérique (coude droit) en plus du problème axial inhérent à sa maladie ; le score de Basdai s'était également légèrement dégradé à 4,675 pour 4,5 en juillet 2020. Il concluait à une capacité de travail de 80 % avec la poursuite du traitement biologique.

B. Le 7 mars 2021, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant à titre d'atteintes à la santé un accident au genou gauche, une maladie de Bechterew, une sarcoïdose et un diabète.

Il a joint à sa demande un certificat du 2 mars 2021, aux termes duquel le Dr S._____ faisait état d'une nouvelle aggravation de la spondylarthrite ankylosante. Le médecin relevait l'apparition de douleur périphérique au coude droit et gauche en plus du problème axial inhérent

à la maladie avec recrudescence douloureuse du sacro-iliaque gauche perturbant le schéma de marche. Le score de Basdai s'était également légèrement dégradé à 4,95 ce jour-là. De l'avis du Dr S._____, le temps de travail devait être revu à 60 % avec poursuite du traitement biologique.

C. Par acte du 9 mars 2021, Q._____, toujours représenté par AXA-ARAG Protection juridique, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision rendue le 15 février 2021 par l'intimé, concluant à son annulation. En substance, le recourant fait valoir que son incapacité de travail s'est prolongée à plus de 40 % au-delà du 30 septembre 2019, puis s'est établie à 20 % avant la décision litigieuse. Il soutient que l'intimé n'a à tort pas investigué l'aggravation de son état de santé, qui résulte notamment du rapport établi le 2 mars 2021 par le Dr S._____. En particulier, l'intimé n'aurait pas tenu compte de la maladie de Bechterew, laquelle serait responsable d'atteintes articulaires et de problèmes oculaires altérant sa capacité de travail dans une activité adaptée. Selon lui, l'intimé a considéré ses atteintes à la santé de manière séparée, alors qu'il convient d'examiner leurs liens entre elles et les effets de ceux-ci sur sa capacité de travail. Il requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, tenant compte également du diabète diagnostiqué en 2020, que la décision litigieuse ne mentionne injustement pas. Afin d'étayer ses dires, le recourant a produit les certificats des 28 octobre 2019, 18 février et 4 novembre 2020 du Dr R._____, le certificat établi le 11 janvier 2019 par le Dr N._____, les certificats établis les 1^{er} avril 2020, 19 janvier et 2 mars 2021 par le Dr S._____, figurant déjà au dossier. Il a également produit une attestation du 30 mars 2020, par laquelle le Dr A._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, indiquait que le recourant souffrait d'une maladie de Bechterew confirmée depuis 2010 et qu'il était actuellement sous un traitement d'Enbrel à raison d'une injection cutanée par semaine, associée à du Voltarène 75 mg retard, ce traitement devant être maintenu.

Par réponse du 16 juin 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée quant à son résultat.

Pour l'essentiel, il estime que les pièces produites par le recourant ne permettent pas de conclure à l'existence d'indices concrets qui parleraient en faveur d'une incapacité de travail d'une importance significative pendant la période qui a suivi juillet 2019, de sorte que de nouvelles investigations ne se justifient pas. Par ailleurs, il est d'avis que, même en cas de capacité de travail de seulement 90 % ou 80 % dans une activité telle que celle retrouvée en juin 2020, tout droit à une rente d'invalidité doit être nié pour la période postérieure à septembre 2019.

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 une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2019.

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 15 février 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) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 LPGGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), 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).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que

les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, il est admis que le recourant s'est retrouvé en incapacité de travail totale à compter du 26 janvier 2018. L'intimé retient cependant que ce dernier a retrouvé une entière capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de positions contraignantes pour les genoux telles que des positions accroupies ou à genoux maintenues de façon prolongée, pas de port de charges lourdes de façon répétitive, pas d'activité nécessitant des déplacements sur des terrains irréguliers ou en pente ni des montées ou des descentes d'escaliers de façon répétitive) dès le mois de juillet 2019, se fondant essentiellement sur l'avis de la médecin du SMR du 21 décembre 2020, laquelle a fait une synthèse des pièces figurant aux dossiers de la CNA et de l'OAI.

Le recourant conteste avoir retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2019. Il fait valoir que son incapacité de travail s'est prolongée à plus de 40 % au-delà du 30 septembre 2019, puis qu'elle s'est établie à 20 % avant février 2021. D'après lui, l'intimé n'a à tort pas investigué l'aggravation de son état de santé liée à sa maladie de Bechterew, à sa sarcoïdose et à son diabète, alors que celle-ci était attestée en particulier par les Drs R._____ et S._____.

b) Il est établi que le recourant a souffert d'une entorse de grade III du ligament collatéral ainsi que d'une déchirure complexe du ménisque latéral du genou gauche à la suite d'un accident le 26 janvier 2018, pour lesquels il a subi deux arthroscopies les 16 avril et 26 novembre 2018, raison pour laquelle il a déposé une demande de prestations AI. Malgré ces interventions chirurgicales, l'assuré souffrait encore en février 2019 de gênes douloureuses autour du genou et de douleurs en forme de lancée sur la face externe du genou (cf. rapport du 8 février 2019 du Dr G. _____).

Il ressort du rapport du 10 mai 2019 des médecins de la P. _____, où l'assuré a séjourné du 27 mars au 25 avril 2019, qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux mois et que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable. Les médecins précités étaient d'avis que le recourant pouvait recommencer à travailler dans son activité habituelle à 50 % dès début juillet et à 100 % dès début septembre 2019. En outre, ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : ports de charges de plus de quinze à vingt kilos, port de charges répétés de plus de dix à quinze kilos, longs déplacements et déplacements dans des terrains accidentés, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), positions debout prolongées, monter et descendre des escaliers et des échelles à répétition.

Le Dr R. _____ a quant à lui estimé, dans un rapport détaillé du 10 mai 2019, que le recourant était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée similaire à celle qu'il exerçait auparavant, sans port de charges supérieures à vingt kilos. Il contraindiquait toutefois toute activité impliquant d'être exposé au froid, à la fumée, aux gaz, aux vapeurs et aux émanations, ainsi que la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'échafaudages, d'échelles ou d'escaliers et les activités dans lesquelles l'assuré risquait de chuter.

Le médecin d'arrondissement de la CNA est parvenu aux mêmes conclusions que les médecins susmentionnés dans son rapport du

19 juillet 2019, après son examen clinique. Il a retenu qu'aucune mesure thérapeutique, à part de la physiothérapie, ne pouvait améliorer l'état de santé du recourant, lequel pouvait travailler à 100 % dans son ancienne activité, en respectant toutefois les limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions contraignantes pour les genoux, pas de port de charges lourdes de façon répétitive, pas d'activité nécessitant des déplacements sur des terrains irréguliers ou en pente ni des montées ou descentes d'escaliers de façon répétitive.

Les médecins de la P._____, le Dr R._____ et le Dr K._____ s'accordent ainsi sur les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle du recourant à exercer une activité adaptée à tout le moins depuis le mois de juillet 2019. De plus, les rapports rédigés par les médecins précités sont détaillés et motivés, ils tiennent compte des plaintes de l'assuré et ont été établis à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante.

c) Par ailleurs, rien ne permet de constater que l'état de santé du recourant se serait péjoré depuis le mois de juillet 2019, y compris en ce qui concerne les autres atteintes à la santé dont celui-ci souffre, soit la maladie de Bechterew, la sarcoïdose et la silicose pulmonaires. On précisera à toutes fins utiles que le diabète dont se prévaut l'assuré, qui aurait été diagnostiqué en 2020, ne ressort d'aucun élément médical au dossier, de sorte qu'il n'est pas établi et qu'il n'en sera pas tenu compte dans le cadre du présent litige. En outre, on relèvera que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'OAI a bel et bien investigué les effets des autres atteintes à la santé de ce dernier sur sa capacité de travail, notamment en interpellant les Drs D._____ et S._____.

Ainsi, s'agissant de la sarcoïdose pulmonaire de stade II et de la silicose pulmonaire diagnostiquées en 2016, les rapports du Dr D._____ et des médecins du J._____ sont tout à fait rassurants. Le 28 mars 2017, les Drs L._____, W._____ et C._____ constataient en effet que l'évolution clinique était favorable sans traitement, le patient

étant asymptomatique sur le plan respiratoire et en général, de sorte qu'il n'existait aucune indication à un traitement de la sarcoïdose. Les 6 février 2019 et 28 octobre 2020, le Dr D._____ n'a fait état d'aucune aggravation, indiquant que les fonctions pulmonaires étaient normales et que le patient ne prenait aucun traitement. Il a indiqué que celui-ci souffrait d'une toux fluctuante, non productive, et d'une dyspnée d'efforts. Selon lui, d'un point de vue pneumologique, l'intéressé était capable de travailler à 100 % dans son ancienne activité, pour peu que celle-ci se déroule dans un local chauffé et sans exposition à des irritants bronchiques.

De même, en ce qui concerne la maladie de Bechterew diagnostiquée en 2010, le Dr S._____ a exposé, par rapport du 12 décembre 2019, que cette pathologie était stable et traitée biologiquement. Le 26 octobre 2020, le Dr S._____ a certes fait état d'une péjoration de la spondylarthrite ankylosante depuis le mois d'avril 2020, indiquant que l'assuré souffrait de douleurs sacro-iliaque et dorsale. Il n'étaye toutefois pas en quoi cette atteinte aurait une incidence sur la capacité de travail de l'assuré ni en quoi elle exposerait ce dernier à des limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles retenues en lien avec l'atteinte au genou. Il ne se prononce en effet pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée et note uniquement à titre de limitation fonctionnelle le port de charge de plus de dix kilos. En outre, il relève, s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, que son patient travaille à 90 % en tant que magasinier-cariste depuis juin 2020, sans exposer que cette situation serait problématique.

Au vu de ce qui précède, la maladie de Bechterew, la sarcoïdose et la silicose pulmonaires dont souffre le recourant n'engendrent aucune incapacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par l'OAI.

Du reste, les certificats médicaux établis les 28 octobre 2019 et 18 février 2020 par le Dr R._____ ne convainquent pas, ce d'autant plus que le recourant a repris une activité lucrative à 90 % dès le 1^{er} juin

2020. Le médecin traitant fait certes état d'un problème rhumatologique qui accentuerait les conséquences de l'accident du 26 janvier 2018, puis d'une aggravation très probable de la problématique orthopédique, ainsi que d'affections rhumatismales et pulmonaires diminuant significativement la capacité de travail de l'intéressé. Il n'étaye toutefois nullement sa position, ne décrit pas en quoi consisterait l'aggravation de l'état de santé et ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. De même, son rapport du 4 novembre 2020, par lequel il atteste que son patient ne devrait pas travailler à plus de 80 % et cela dans tout genre d'activité, pour une durée indéterminée et probablement sur le long terme, à cause de sa maladie de Bechterew, n'est pas motivé et ne saurait emporter la conviction. En particulier, le médecin n'objectivise pas médicalement l'incapacité de travail de 20 %.

Sur cette base, c'est à juste titre que la Dre Z._____ a estimé, par avis du 21 décembre 2020, au terme d'une synthèse minutieuse des éléments médicaux au dossier, qu'aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif ne justifiait objectivement une péjoration clinique notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis le projet de décision du 23 janvier 2020, ni sur le plan traumatologique, ni rhumatologique, ni pneumologique ; une pleine capacité de travail devait ainsi être reconnue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées au genou gauche dès le mois de juillet 2019. L'appréciation de la médecin du SMR est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

d) A cela s'ajoute que les certificats médicaux produits par le recourant après la décision litigieuse mais dont la date est antérieure au 15 février 2021 ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation de la Dre Z._____. D'une part, le rapport du 11 janvier 2021 du Dr N._____ ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé de l'intéressé ; l'ophtalmologue indique certes que l'assuré souffre d'un syndrome de

Thygeson certainement dû à la maladie de Bechterew ou à la sarcoïdose, nécessitant la prise de collyres hydratants. Il atteste toutefois que la fonction visuelle est encore bonne, que l'examen intraoculaire ne révèle aucun signe inflammatoire en chambre antérieure, dans la loge vitrénne ou dans le fond de l'œil et ne fait état d'aucune incapacité de travail liée à cette atteinte. D'autre part, s'il est vrai que le certificat du 19 janvier 2021 du Dr S._____ atteste une incapacité de travail de 20 %, celle-ci n'est pas étayée ni objectivée médicalement.

Au demeurant, même si les rapports établis le 4 novembre 2020 par le Dr R._____ et le 19 janvier 2021 par le Dr S._____ - qui font état d'une capacité de travail de 80 % - devaient être retenus comme probants, le résultat ne s'en trouverait pas plus favorable pour l'intéressé. En effet, une incapacité de travail de 20 % n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité devant atteindre au minimum 40 % (cf. consid. 4b *supra*).

e) S'agissant enfin de la nouvelle aggravation de la spondylarthrite ankylosante, à laquelle le Dr S._____ fait référence dans son rapport du 2 mars 2021 et qui entraînerait une incapacité de travail de 40 %, force est de constater qu'il s'agit d'un épisode postérieur à la décision entreprise, de sorte qu'il ne saurait en être tenu compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en février 2021 (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Il en va de même du rapport établi le 30 mars 2021 par le Dr A._____, qui atteste que son patient est sous traitement d'Enbrel à raison d'une injection par semaine à cause de sa maladie de Bechterew. Ces éléments médicaux devront ainsi être examinés par l'OAI dans le cadre de la seconde demande de prestations AI d'ores et déjà déposée par le recourant et faire l'objet d'une nouvelle décision.

f) Compte tenu de ce qui précède, l'intimé était légitimé à se fonder sur l'avis des médecins de la P._____ du 10 mai 2019, du Dr

R. _____ du 10 mai 2019 et du Dr K. _____ du 19 juillet 2019, ainsi que sur l'avis SMR de la Dre Z. _____ du 21 décembre 2020 et, partant, à reconnaître au recourant une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du mois de juillet 2019.

6. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté et peut être confirmé. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 0,29 % à partir du 1^{er} octobre 2019 (soit trois mois après l'amélioration survenue en juillet 2019 [cf. art. 88a al. 1 RAI]), c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de toute rente au-delà du 30 septembre 2019, le seuil de 40% ouvrant le droit à cette prestation n'étant depuis lors pas atteint.

7. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail antérieurs au 15 février 2021. 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) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, 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 15 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Q._____.
- 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 :

- AXA ARAG Protection juridique (pour Q._____),
- 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 :