

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2023

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

Cause pendante entre :

R. _____, 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. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait depuis le 1^{er} juin 2015 en qualité de [...] 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 B._____, 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 M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Il 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) 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.

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

- un rapport du 26 septembre 2010, par lequel le Dr L._____, 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 effectué une injection intramusculaire de Diprophos ;

- un rapport du 8 février 2011, dans lequel le Dr L._____ a expliqué qu'après l'échec du traitement anti-inflammatoire et corticoïdes, il avait mis son patient sous Enbrel durant huit semaines, le médicament ayant été parfaitement toléré et ayant rendu le patient asymptomatique au terme du traitement ;

- un rapport du 24 février 2012, par lequel le Dr L._____ 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 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 P._____, spécialiste en médecine interne et en pneumologie, par lequel les Drs C._____, K._____ et S._____, respectivement médecin adjoint, cheffe de clinique et médecin assistante au sein de la Consultation de pneumologie du Centre hospitalier N._____ (ci-après : le N._____), 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. »

Par courrier du 5 septembre 2018, l'employeur de l'intéressé a résilié les rapports de travail pour le 30 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 M. _____ du 28 novembre 2018).

Il a séjourné à la Clinique H. _____ (ci-après : la H. _____), à [...], 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 T._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et de limitations fonctionnelles du genou gauche, entorse de grade III du ligament collatéral latéral avec désinsertion de l'extrémité distale et déchirure du ménisque externe avec bandelette luxée dans l'échancrure inter-condylienne. Ils ont également noté les comorbidités suivantes : sarcoïdose pulmonaire, silicose pulmonaire et maladie de Bechterew. Les limitations fonctionnelles provisoires consistaient en le port de charges de plus de quinze à vingt kilos, le port de charges répété de plus de dix à quinze kilos, les longs déplacements et les déplacements dans des terrains accidentés, les positions contraignantes pour le genou (accroupies ou à genoux), les positions debout prolongées, ainsi que monter et descendre des escaliers et des échelles à répétition. La situation ne serait stabilisée que dans deux mois, le patient devant poursuivre la physiothérapie en individuel. Les médecins de la H._____ ont estimé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable, une reprise progressive à partir du mois de juillet semblant possible à 50 %, puis à 100 % dès le mois de septembre.

Aux termes d'un rapport du 10 mai 2019 destiné à la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Dr G._____ 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. Il 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 demeurerait 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 contraindiquait 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 G. _____ 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.

Le 18 juillet 2019, le Dr W. _____, 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 notamment exprimé comme suit sous l'intitulé « appréciation » :

« 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 asséculoologique, 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. »

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 G. _____ 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 pourrait être attesté par le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ;

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

« Je certifie que M. R._____ 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 [gauche] 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 joint à son envoi un rapport établi le 18 février 2020 par le Dr G. _____, 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 Q. _____ à [...] pour une maladie de Bechterew et ses pneumologues les Drs P. _____ à [...] et les pneumologues du N. _____ 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.

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

Le Dr P. _____ 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 P. _____ a ajouté n'avoir attesté aucune incapacité de travail pour son patient ces deux dernières années et que celui-ci ne prenait actuellement aucun traitement à visée pneumologique.

Répondant également le 28 octobre 2020 aux questions adressées par l'OAI le 26 octobre 2020, le Dr Q. _____ 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 dix kilos. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr Q. _____ a indiqué que l'assuré travaillait à 90 % dans une entreprise de [...]. Il a attesté que son patient prenait un traitement

médicamenteux et signalé, comme description d'une journée type, que celui-ci travaillait du matin au soir.

Par certificat du 4 novembre 2020, le Dr G._____ 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 J._____, 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 Q._____, 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 Q._____ 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 P._____, 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, 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 du 23 janvier 2020 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 F._____, 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 F._____ 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 Q._____ 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 (Bath ankylosing spondylitis disease activity index) s'était également légèrement dégradé à 4,675 pour 4,5 en juillet 2020. Il concluait à une capacité de travail de 80 % avec poursuite du traitement biologique.

B. R._____, toujours représenté par AXA-ARAG Protection juridique, a déféré la décision rendue par l'intimé le 15 février 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 9 mars 2021, concluant à son annulation. En substance, le recourant faisait valoir que son incapacité de travail s'était prolongée à plus de 40 % au-delà du 30 septembre 2019, puis s'était établie à 20 % avant la décision litigieuse. Il a notamment joint à son recours une attestation du 30 mars 2020, par laquelle le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, indiquait que le recourant souffrait d'une maladie de Bechterew confirmée depuis 2010 et que celui-ci était actuellement sous traitement d'Enbrel à raison d'une injection cutanée par semaine, associée à du Voltarène 75 mg retard, ce traitement devant être maintenu.

Statuant sur recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 2 juin 2022 (AI 31/21 - 167/2022). Elle a considéré, s'agissant des atteintes au genou gauche survenues ensuite de l'accident du 26 janvier 2018, que les rapports des 10 mai 2019 des médecins de la H._____, 10 mai 2019 du Dr G._____ et 19 juillet 2019 du Dr W._____, qui avaient pleine valeur probante, s'accordaient sur les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de l'assuré à exercer une activité adaptée à 100 % à tout le moins depuis le mois de juillet 2019. Elle a également constaté que l'état de santé de l'intéressé ne s'était pas aggravé depuis le mois de juillet 2019, y compris en ce qui concernait les autres atteintes à la santé dont celui-ci souffrait, soit la maladie de Bechterew, la sarcoïdose thoracique de stade II et la silicose pulmonaire.

C. Dans l'intervalle, le 7 mars 2021, l'assuré a déposé une nouvelle 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 Q._____ faisait état d'une nouvelle aggravation de

la spondylarthrite ankylosante. Le médecin relevait l'apparition d'une 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 Q._____, le temps de travail devait être revu à 60 % avec poursuite du traitement biologique.

Le 22 juin 2022, après réception de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 2 juin 2022, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il pouvait reprendre l'instruction de sa demande du 9 mars 2021. A cet égard, il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, dans un délai de trente jours, par la production de rapports médicaux détaillés ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Les 8 et 21 juillet 2022, les pièces suivantes ont notamment été produites à l'OAI :

- un certificat du 10 janvier 2022, par lequel la Dre A._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté que l'assuré était traité pour un diabète de type 2 NIR (non insulino-requérant) depuis octobre 2020 et pour une dyslipidémie depuis novembre 2021 ;

- un rapport du 9 février 2022 au Dr P._____, par lequel la Dre K._____ a en particulier relevé ce qui suit :

« **En résumé**, Monsieur R._____ présente une sarcoidose thoracique de stade II et une silicose pulmonaire. Malgré une certaine aggravation de la dyspnée au cours du temps, nous notons une stabilité fonctionnelle au cours des 5 dernières années avec une spirométrie normale ce jour. Il n'y a pas de désaturation au test de marche de 6 minutes.

La dyspnée plus importante à l'effort pourrait donc être due à un certain degré de déconditionnement physique du fait de la limitation ostéo-articulaire qui domine le tableau clinique. Le CT thoracique du 16.03.2021 montre la stabilité de nombreuses adénopathies et ganglions médiastino-hilaires bilatéraux, dont certains sont calcifiés, ainsi que de nombreux nodules pulmonaires en discrète augmentation de nombre. Le récent PET-CT cardiaque confirme la présence de multiples adénopathies hypermétaboliques sus- et

sous-diaphragmatique ainsi que la présence de multiples nodules et micronodules pulmonaires, faiblement hypercaptants. En l'absence de séquence thoracique en inspiration maximale, il n'est pas possible de comparer l'atteinte parenchymateuse pulmonaire avec le scanner thoracique précédent. Le PET-CT cardiaque ne montre pas de signe évocateur d'une atteinte cardiaque à la sarcoïdose. Le dernier bilan biologique à disposition d'avril 2021 ne montrait pas d'anomalie de la fonction rénale ni hépatique, de même l'absence d'hypercalcémie ni d'hypercalciurie.

Dans ce contexte, il ne semble donc pas y avoir actuellement d'indication à l'introduction d'un traitement pour la sarcoïdose. Nous proposons de poursuivre le suivi clinique, fonctionnel, radiologique et biologique aux 6 mois et de répéter l'ECG 1x/an. Je propose également de réaliser une récolte urinaire de 24h pour exclure une hypercalciurie.

En ce qui concerne la silicose, il n'y a plus actuellement d'exposition à la silice. Le patient ne fume pas. Je vous laisse le soin de vous assurer qu'un test QuantiFERON Mycobactenbm tuberculosis a été effectué. Au vu de la stabilité des lésions attribuées à la silicose, il n'y a pas d'autre mesure spécifique pour cet aspect de l'atteinte pulmonaire.

Concernant les douleurs thoraciques chroniques, attribuées selon le patient à la maladie de Bechterew, je laisse le soin au Dr [...] de s'assurer qu'il n'y a pas d'origine ischémique. »

- un rapport du 14 février 2022, dans lequel le Dr Q. _____ a indiqué que l'état de santé de son patient s'aggravait depuis le mois de juin 2020. Ce dernier avait dû reprendre son traitement d'Enbrel en septembre 2020 de manière hebdomadaire et il souffrait d'une aggravation de sa spondylarthrite ankylosante, avec apparition d'une douleur périphérique (coude droit et gauche) en plus du problème axial inhérent à la maladie, avec recrudescence douloureuse du sacro-iliaque gauche perturbant son schéma de marche ; le score de BASDAI s'était légèrement dégradé à 5.3. Le Dr Q. _____ a indiqué que son patient avait retrouvé un emploi plus adapté à 90 % en juin 2020, ce temps de travail devant toutefois être revu « sous réserve d'aggravation » à 60 %. Il a encore observé l'apparition d'une douleur costale gauche depuis octobre 2020 avec recrudescence en février 2022 et dégradations du schéma de marche avec flessum minime de son genou gauche et participation des sacro-iliaques, estimant qu'il allait falloir revoir le traitement biologique de la spondylarthrite qui se dégradait ;

- un rapport du 18 juillet 2022, par lequel le Dr Q._____ a indiqué que l'assuré était revenu le voir en juillet 2022 car il présentait une aggravation de sa spondylarthrite ankylosante, avec apparition d'une douleur périphérique (coude droite et gauche) en plus du problème axial inhérent à la maladie avec recrudescence douloureuse sacro-iliaque gauche perturbant son schéma de marche et apparition d'une douleur costale gauche en février 2022 ; le score de BASDAI s'était légèrement dégradé à 5.325. Selon ce médecin, le temps de travail devait être revu à 60 % et il existait un risque de devoir modifier le traitement biologique devant l'aggravation progressive de la situation.

Aux termes d'un compte rendu de la permanence SMR du 25 août 2022, la Dre J._____ a retenu ce qui suit (sic) :

« Les sarcoïdes thoraciques connus depuis 2016, ne sont pas objectivement aggravés (fonction pulmonaire normale).

Sur le plan radiologique de janvier 2022, celui-ci ne montre pas d'indices sarcoïdes cardiaques.

Donc, sur le plan pulmonaire nous n'avons aucune aggravation significative et de plus nous n'avons aucune indication de traitement en février 2022.

Concernant le Diabète récemment diagnostiqué et l'hypercholestérolémie ceux-ci n'engendrent aucune atteinte significative et nous apportent pas de nouvelle limitation fonctionnelle.

Sur la spondylarthrite ankylosante qui est connue depuis 2020 déjà nous n'avons aucun nouvel élément médical justifiant une aggravation depuis notre décision du 15 février 2021.

Pour conclure, les pièces médicales apportées depuis notre décision du 15 février 2021, ne fournissent aucun nouvel élément justifiant une aggravation et de nouvelles limitations fonctionnelles. De ce fait, nous n'entrons pas en matière ! »

Par projet de décision du 2 septembre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de prestations du 9 mars 2021 au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement.

Le 20 septembre 2022, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné et a nouveau transmis à l'OAI le certificat établi le 18 juillet 2022 par le Dr Q._____.

Le 22 septembre 2022, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 24 octobre 2022 pour fournir tous les éléments, en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir sa position.

Le 26 septembre 2022, l'assuré a produit le rapport du 9 février 2022 de la Dre K. _____ figurant déjà au dossier, ainsi qu'un rapport du 22 septembre 2022, par lequel le Dr Q. _____ a indiqué être très surpris par la mauvaise lecture de son certificat de juillet 2022, qui précisait les éléments cliniques d'une aggravation ainsi que l'évolutivité des scores de suivi BASDAI, lesquels augmentaient régulièrement, pouvant mener à une modification du traitement biologique.

Dans un avis SMR du 12 décembre 2022, la Dre J. _____ a émis l'appréciation suivante (sic) :

« **Conclusion SMR** : Sur le plan ostéo-articulaire, l'aggravation mentionnée de l'atteinte rhumatologique (spondylarthrite ankylosante depuis 2010) n'est toujours pas objectivée. Il n'y a ni un dossier radiologique actuel du rachis ou des membres, ni un status clinique rhumatologique objectif, ni des LF objectives d'ordre rhumatologique, donc aucun élément médical objectif qui justifierait à l'heure une aggravation objective et une diminution actuelle de la CTAA de 100% à 60-80% depuis début 2021 pour raisons ostéo-articulaires - rhumatologiques. A noter que la douleur est un ressenti subjectif, pas une maladie, mais un symptôme, et que les scores fonctionnels de BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) sont un questionnaire seulement indiquant pour calculer l'index d'activité de spondylarthrite ankylosante, s'appuyant exclusivement sur les réponses subjectives de la personne testée. Dans ce contexte, j'aimerais bien souligner, que l'assuré a repris en 06.2020 un nouveau poste comme magasinier-livreur-cariste ([...]) à un taux relativement élevé de 90%, maintenu jusqu'à ce jour sans difficultés significatives, semble-t-il, ce qui parle fortement contre la présence d'une atteinte ostéo-articulaire durablement incapacitante. A noter, que les séquelles post-traumatiques au genou G ne semblent plus être d'actualité et plus poser des problèmes majeurs. Sur le plan pneumologique-cardiologique, l'évolution des atteintes pulmonaires (sarcoïdose thoracique et silicose pulmonaire, diagnostiquées en 2016) est toujours excellente, donc loin d'être inquiétante, en 02.2022, soit sur le plan radiologique, soit clinique avec stabilité fonctionnelle au cours des 5 dernières années (les fonctions pulmonaires de 01.2022 démontrent de nouveau une spirométrie normale). De plus, il n'y a aucune comorbidité cardiaque dû à la sarcoïdose (cf. PET-CT cardiaque de 01.2022) et, en 02.2022, toujours aucune indication à l'introduction d'un traitement sur le plan pneumologique. A noter que l'assuré, rapportait encore en 02.2022, à maintenir une activité physique à domicile plusieurs fois par semaine (« tapis roulant et machine de musculation »), ce qui

est également incompatible avec une atteinte respiratoire significative (et d'ailleurs également incompatible avec une atteinte ostéo-articulairerhumatologique significative, cf. ci-dessus). Donc, les atteintes pneumologiques restent non incapacitantes, donc sans impact sur la CT, car n'engendrant aucunes LF objectives. Sur le plan ophtalmologique, la kératopathie bilatérale Thygeson, traitée et stabilisée en 01.2021 par l'instillation d'un simple collyre hydratant, avec une acuité excellente ddc [des deux côtés] à 1,0 et un bilan ophtalmologique non inquiétant, n'est pas une atteinte durablement incapacitante, car n'engendrant aucunes LF. Sur le plan internistique, un diabète type 2 non insulino-requérant, traité par un antidiabétique oral et dyslipidémie traitée, ne sont pas des atteintes durablement incapacitantes, donc restent sans impact sur la CT, car n'engendrant aucunes LF.

Donc, en résumée, les pièces médicales versées au dossier depuis notre avis SMR permanence du 25.08.2022 (GED 25.08.2022) respectivement depuis notre projet de décision AI du 02.09.2022 (refus d'entrer en matière), ne fournissent toujours aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucunes nouvelles LF objectives sur aucun plan, qui pourraient justifier objectivement une aggravation notable, significative et durable de l'état de santé de l'assuré depuis, soit sur le plan rhumatologique, soit pneumologique, soit cardiologique, soit ophtalmologique et soit internistique. Donc, la CTAA reste inchangée à 100% depuis 07.2019 en respectant les LF concernant le genou G. »

Par décision du 13 décembre 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations. L'office y a joint un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, dans lequel il a expliqué que les pièces médicales versées au dossier depuis son projet de décision du 2 septembre 2022 ne fournissaient toujours aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucune nouvelles limitations fonctionnelles objectives sur aucun plan, qui pourraient justifier objectivement une aggravation notable, significative et durable de l'état de santé de l'assuré, soit sur le plan rhumatologique, soit pneumologique, soit cardiologique, soit ophtalmique et soit internistique ; la capacité de travail dans une activité adaptée restait ainsi inchangée à 100 % depuis juillet 2019 en respectant les limitations fonctionnelles.

D. Par acte du 10 janvier 2023, R._____, 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 susmentionnée, concluant à son annulation, ordre étant donné à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 9 mars 2021 et d'instruire celle-ci. En substance, le recourant fait valoir que les rapports du 9 février

2022 de la Dre K._____ et des 18 juillet et 22 septembre 2022 du Dr Q._____ attestent une aggravation de son état de santé entre les mois de février 2021 et décembre 2022. Pour étayer ses dires, il a produit les rapports précités, figurant déjà au dossier.

Le 1^{er} février 2023, le recourant a produit un rapport du 22 janvier 2023, par lequel le Dr Q._____ a observé une aggravation de la spondylarthrite ankylosante avec échappement au traitement biologique Enbrel du fait de la progression du score BASDAI actuellement à 6.5. Il a noté la présence d'une atteinte périphérique des deux coudes et du gros orteil du pied gauche. L'évolution nécessitait selon lui une modification du traitement biologique vers un « Jack ».

Par réponse du 23 février 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, renvoyant aux avis SMR des 25 août et 12 décembre 2022.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes hivernales (cf. art. 38 al. 4 let. c 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. Est litigieuse la question de savoir si l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 9 mars 2021.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance au mois de septembre 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande du 9 mars 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent.

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

5. a) En l'occurrence, la première demande de prestations déposée par le recourant a mené à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019 par décision du 15 février 2021, l'office intimé ayant estimé que, depuis 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 suivantes : 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. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a considéré que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 0,29 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à la rente s'éteignait le 30 septembre 2019, trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Il ressort de l'instruction effectuée par l'OAI que l'intéressé souffrait alors de plusieurs atteintes à la santé, soit une entorse de grade III du ligament collatéral latéral avec désinsertion de l'extrémité distale et une déchirure du ménisque externe avec bandelette luxée dans l'échancrure inter-condylienne, ayant nécessités deux arthroscopies les 16 avril et 26 novembre 2018, ainsi qu'une sarcoïdose thoracique de stade II, une silicose pulmonaire et une maladie de Bechterew.

L'arrêt de la Cour de céans du 2 juin 2022 a confirmé la décision rendue le 15 février 2021 par l'OAI, et en particulier la teneur de l'avis SMR du 21 décembre 2020 de la Dre J._____, selon lequel la maladie de Bechterew, la sarcoïdose et la silicose pulmonaire n'engendraient aucune incapacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par l'OAI et aucune péjoration clinique notable et durable de l'état de santé n'était survenue depuis le mois de juillet 2019 sur les plans traumatologique, rhumatologique, pneumologique et ophtalmique.

b) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 9 mars 2021, le recourant a produit divers rapports, qu'il convient d'examiner ci-après.

aa) Le certificat du 10 janvier 2022 de la Dre A._____ atteste que l'intéressé souffre d'un diabète de type 2 NIR depuis octobre 2020 et d'une dyslipidémie depuis novembre 2021. Le recourant ne rend toutefois pas plausible que ces nouvelles atteintes à la santé - dont il n'avait pas été tenu compte dans la dernière décision rendue par l'OAI - exerceraient une influence sur sa capacité de travail et de gain. Celles-ci sont en effet traitées et la Dre A._____ n'indique en outre aucunement

qu'elles seraient sévères ou qu'elles engendreraient des limitations fonctionnelles ou une incapacité de travail.

bb) Sur le plan pneumologique, le recourant a produit un rapport de la Dre K. _____ du 9 février 2022, lequel pose les diagnostics de sarcoïdose thoracique de stade II et de silicose pulmonaire, connus depuis 2016. Celui-ci ne fait toutefois pas état d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. Au contraire, il rapporte une stabilité fonctionnelle de la dyspnée au cours des cinq dernières années avec une spirométrie normale, sans désaturation au test de marche de six minutes. Le médecin du N. _____ a indiqué que la dyspnée plus importante à l'effort pouvait être due à un déconditionnement physique et qu'il ne semblait pas y avoir d'indication à l'introduction d'un traitement pour la sarcoïdose, ni pour la silicose. Or, les rapports du Dr P. _____ et des médecins du N. _____ antérieurs au 15 février 2021 indiquaient que le patient était asymptomatique sur le plan respiratoire et en général, de sorte qu'il n'existait aucune indication à un traitement de la sarcoïdose. En particulier, le rapport du 28 octobre 2020 du Dr P. _____ relevait que l'état respiratoire de l'intéressé était stable depuis février 2019, celui-ci présentant une toux fluctuante, non productive, pouvant s'expliquer par l'atteinte pulmonaire, ainsi qu'une dyspnée d'effort probablement de stade I, s'expliquant très certainement par un déconditionnement à l'effort et un surpoids ; selon lui, ces atteintes pulmonaires n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, si ce n'était que ce dernier devait pouvoir travailler dans un local chauffé, sans exposition à des irritants bronchiques. La situation en février 2022 était ainsi identique à celle qui prévalait lorsque la décision du 15 février 2021 a été rendue.

cc) Sur le plan rhumatologique, le Dr Q. _____ a rédigé plusieurs rapports les 2 mars 2021, 14 février, 18 juillet et 22 septembre 2022 faisant état d'une aggravation de la spondylarthrite ankylosante avec apparition d'une douleur périphérique (coude droit et gauche) en plus du problème axial inhérent à la maladie avec recrudescence douloureuse du sacro-iliaque gauche perturbant son schéma de marche. Il a également noté l'apparition d'une douleur costale gauche depuis

octobre 2020 avec recrudescence en février 2022 et estimé la capacité de travail dans l'activité de magasinier-livreur-cariste à 60 %.

En l'occurrence, il ressort du dossier qu'une maladie de Bechterew a été diagnostiquée en 2010 et traitée par Enbrel, sans incidence sur la capacité de travail selon les rapports des 8 février 2011 et 24 février 2012 du Dr L._____. Depuis le mois de juin 2019, le recourant est suivi par le Dr Q._____, lequel a attesté le 12 décembre 2019 que la pathologie rhumatismale était stable et soignée par un traitement biologique. Les 28 octobre 2020 et 19 janvier 2021, le médecin précité a rédigé deux rapports en grande partie superposables aux rapports rédigés entre mars 2021 et septembre 2022, dans lesquels il a fait état d'une péjoration de la spondylarthrite ankylosante depuis le mois d'avril 2020, indiquant que son patient souffrait de douleurs sacro-iliaques et dorsale et qu'une douleur périphérique au coude droit était apparue en plus du problème axial inhérent à sa maladie ; la capacité de travail était de 80 %. Or, la Cour de céans a considéré, dans son arrêt du 2 juin 2022, que le Dr Q._____ n'était pas en quoi cette atteinte aurait une incidence sur la capacité de travail de son patient, ni en quoi elle exposerait ce dernier à des limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles retenues en lien avec l'atteinte au genou, ne faisant état que de l'interdiction de port de charge de plus de dix kilos, alors que l'OAI avait admis que l'activité adaptée devait permettre d'éviter le port de charges lourdes répétitif ; il ne se prononçait pas non plus sur la capacité de travail dans une activité adaptée. La Cour de céans a également relevé que le médecin précité ne motivait pas objectivement l'incapacité de travail de 20 % retenue et n'exposait pas qu'il était problématique que l'assuré travaille à 90 % en qualité de magasinier-livreur-cariste. Dès lors, elle a jugé qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'était attestée depuis le mois de juillet 2019 sur le plan rhumatologique.

On constate que les rapports des 2 mars 2021, 14 février et 18 juillet 2022 du Dr Q._____ font état des mêmes atteintes que ceux antérieurs à la décision rendue le 15 février 2021 par l'OAI, soit des douleurs sacro-iliaques et dorsale et une douleur périphérique au coude

droit en plus du problème axial inhérent à sa maladie, sous réserve d'une douleur périphérique désormais présente au coude gauche et d'une douleur costale dont il n'était pas question à cette période. Ce médecin n'explique toutefois toujours pas en quoi ces douleurs nouvellement ressenties auraient une incidence sur la capacité de travail ou engendreraient des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles d'ores et déjà admises. Il fait état d'une dégradation du schéma de marche avec flessum minime du genou gauche et participation des sacro-iliaques. Or, les limitations fonctionnelles telles que définies par l'intimé dans sa décision du 15 février 2021 doivent précisément permettre au recourant d'exercer une activité adaptée préservant son genou et son dos et évitant qu'il ne marche en terrain irrégulier ou sur des échelles ou des escaliers. Le Dr Q._____ ne motive en particulier pas pourquoi la capacité de travail aurait chuté à 60 %, ni ne se prononce sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Pour étayer l'aggravation de l'état de santé, ce médecin se fonde uniquement sur le score BASDAI, lequel se dégraderait progressivement, passant de 4.675 le 19 janvier 2021 à 5.325 en juillet 2022. Or, comme le relève la Dre J._____ dans son avis SMR du 12 décembre 2022, les scores fonctionnels de BASDAI dépendent des réponses subjectives du patient soumis à un questionnaire relatif au niveau d'activité de la maladie. Il ne s'agit donc pas d'un élément médical objectif. A cela s'ajoute que le traitement biologique du recourant consistant en la prise hebdomadaire d'Enbrel n'a pas évolué depuis septembre 2020, le Dr Q._____ relevant uniquement dans ses derniers rapports un risque que le traitement soit modifié.

Du reste, le recourant maintient toujours son activité de magasinier-livreur-cariste débutée en juin 2020 à 90 %, sans que les rapports des médecins consultés ne fassent état de difficultés significatives ou d'arrêts de travail (cf. rapports des 9 février 2022 de la Dre K._____ et 14 février 2022 du Dr Q._____). Il ressort en outre du rapport du 9 février 2022 de la Dre K._____ que l'intéressé effectue une activité physique à domicile, sur un tapis roulant et une machine de musculation, plusieurs fois par semaine, même si cela devient de plus en

plus difficile, ce qui plaide également pour l'absence d'une atteinte invalidante sur le plan rhumatologique.

On précisera encore que le rapport du 22 janvier 2023 du Dr Q._____ produit durant la procédure de recours ne peut être pris en compte par l'autorité de céans, dans la mesure où le juge doit se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. consid. 4c *supra*).

Dans ces conditions et compte tenu également du court laps de temps s'étant écoulé depuis la décision rendue le 15 février 2021 par l'intimé, force est de constater que les rapports des 2 mars 2021, 14 février, 18 juillet et 22 septembre 2022 rédigés par le Dr Q._____ n'apportent aucun élément nouveau et objectif qui serait susceptible de rendre plausible une aggravation déterminante de l'état de santé de l'intéressé.

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 9 mars 2021, les documents produits par ce dernier à l'appui de sa demande ne permettant pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

b) 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 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 13 décembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R._____.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

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