

VD_GERICHTE ZD21.001061 vom 4. August 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-08-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.001061

FR: VD_GERICHTE ZD21.001061 du 4 août 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.001061 del 4 agosto 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 7/21 - 203/2023 ZD21.001061 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 4 août 2023 _____ Composition : Mme RÖTHENBACHER,
présidente MM. Bonard et Perreten, assesseurs Greffière : Mme Vulliamy ***** Cause
pendante entre : I. _____, à [...], recourant, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 6, 7, 8 al.1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait à 50 % comme employé d'exploitation dans un EMS. Après une procédure de détection précoce initiée en 2012 par la [...] du fait que l'assuré souffrait de maux de tête et de vertige à la suite d'une anesthésie, celui-ci a déposé, en date du 1er avril 2019, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) indiquant souffrir de problèmes respiratoires, de fatigue chronique et de « troubles psy-mémoire, angoisses » existant depuis le 1er janvier 2014 et être en incapacité de travail totale depuis le 1er janvier 2015. Dans un rapport du 16 mai 2019 adressé à l'OAI, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint à l'O. _____ (ci-après : O. _____) à [...], et la psychologue associée Z. _____, ont exposé que l'assuré ne présentait actuellement pas de signe dépressif, ni de symptôme psychotique floride mais des limitations intellectuelles dans le cadre d'une intelligence limite, ainsi qu'une atteinte attentionnelle objectivée par le Centre D. _____. Ils ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'atteinte attentionnelle depuis 2012, d'intelligence limite et de fragilité narcissique et anxieuse. Selon eux, la capacité de travail de l'assuré était entière sur le plan psychiatrique dans un lieu adapté à ses difficultés et qui lui offrirait un cadre suffisamment étayant tout en précisant que la rentabilité apparaissait diminuée du fait que l'assuré se sentirait plus à l'aise dans des tâches répétitives et routinières nécessitant peu d'autonomie. Enfin, ils ont indiqué que, ponctuellement et de manière transitoire, l'assuré décrivait quelques signes d'anxiété en lien avec l'état de santé de sa femme et avec la situation financière de la famille qui devenait difficile. A ce rapport étaient joints les documents suivants : - un résumé du 17 août 2015 d'un examen psychologique de l'assuré établi par le département de psychiatrie du Centre hospitalier [...] ;

- 3 - - un rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 6 septembre 2018 concluant à une IRM cérébrale dans la norme, superposable à celle d'octobre 2012 ; - une consultation du Centre D. _____ du 19 novembre 2018 indiquant que l'assuré avait connu une aggravation début 2018 à la suite d'une anesthésie locale et arrivant à la conclusion que ce premier entretien documentait une plainte centrée sur la mémoire, que cliniquement aucun signe n'était relevé en faveur d'une atteinte cognitive marquée et que

l'indépendance fonctionnelle semblait largement préservée. Dans un rapport du 24 juin 2019 à l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles psychiques, de syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis juin 2019, de trouble neurocognitif depuis le 19 novembre 2018, d'asthme bronchique et de bronchiectasies bilatérales depuis 2000. Il a indiqué que la capacité de travail était nulle depuis plusieurs années dans tous les types d'activité. Le Dr G. _____ a transmis différents rapports dont notamment une consultation mémoire du 11 mars 2019 du Centre D. _____ retenant le diagnostic de trouble neurocognitif mineur, les hypothèses étiologiques étant une atteinte thymique (anxiété) et éventuellement un trouble respiratoire obstructif. Par communication du 26 juin 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant. Par avis du 24 juillet 2019 tenant lieu de rapport final, le Dr Q. _____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), a indiqué, en se basant sur le rapport du Dr P. _____ du 16 mai 2019, que l'atteinte cognitive était mineure avec une indépendance fonctionnelle

- 4 - largement préservée, que la diminution de l'attention pouvait être mise en lien avec des soucis familiaux, qu'aucune cause organique n'avait été identifiée et qu'un traitement médicamenteux n'était pas nécessaire. Sur le plan somatique, les atteintes annoncées n'étaient pas considérées comme durablement incapacitantes avec un traitement bien conduit. Selon lui, il n'y avait pas d'éléments médicaux significatifs permettant de retenir une atteinte durablement incapacitante. Par projet de décision du 31 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande au motif que l'atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée. L'assuré a formulé des objections à ce projet par courrier du 16 août 2019 et a fait valoir que de nouvelles atteintes à sa santé avaient été diagnostiquées, notamment une insuffisance respiratoire et des problèmes de mémoire. Par certificat du 19 août 2019, le Dr G. _____ a attesté une incapacité de travail entière dès cette date et pour une durée indéterminée. Il a ensuite régulièrement attesté une totale incapacité de travail. Dans un rapport du 3 septembre 2019 à l'OAI, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de troubles psychiques dans un contexte de troubles neurocognitifs documentés, d'épisodes de dyspnée à répétition sur asthme bronchique et bronchiectasie bilatérale et de syndrome des apnées du sommeil appareillé. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis plusieurs années. Aux termes d'un rapport du 3 septembre 2019 à l'OAI, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, pneumologie et médecine intensive, a posé les diagnostics de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur asthme chronique, de léger syndrome d'apnées du sommeil et d'obésité de classe I. Le Dr F. _____ a exposé

- 5 - que l'asthme de l'assuré contre-indiquait certainement un travail comportant des efforts physiques modérés à importants et dans un environnement avec des irritants respiratoires. Dans un nouveau rapport du 11 décembre 2019, le Dr F. _____ a indiqué qu'un travail nécessitant beaucoup d'efforts physiques n'était pas envisageable et qu'il faudrait également éviter l'exposition à des irritants respiratoires (poussière, fumée, irritants respiratoires). En revanche, un travail dans un environnement adapté était théoriquement possible. Il a précisé qu'un traitement de CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)

avait été prescrit avec une diminution partielle de la fatigue et une oxymétrie nocturne sous traitement normale. Aux termes d'un rapport « audition » du 27 mars 2020, le Dr Q._____ a estimé que le Dr F._____ et les médecins du Centre D._____ devaient être réinterrogés. Ainsi, en date du 10 avril 2020, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale, et la psychologue B._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, ont répondu comme suit aux questions de l'OAI : « 1. Selon quel motif reprenez-vous simultanément un trouble cognitif mineur en raison d'une absence d'altération de l'indépendance fonctionnelle et un trouble moyen en raison d'une limitation significative de la capacité fonctionnelle au quotidien ? Le Trouble neurocognitif léger (ou mineur) est un diagnostic médical retenu sur la base des critères du DSM-V dont nous citons ici l'essentiel (forme synthétisée par nous) : - preuves d'un déclin cognitif modeste par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs ; - préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou du clinicien ; - altération modeste des performances cognitives, idéalement documentées par un bilan neuropsychologique standardisé ; - les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec l'indépendance dans les activités du quotidien, mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires ; - les déficits ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel ; - ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental. Dans le cas qui nous occupe, ce diagnostic a été retenu en nous fondant sur la présomption (à partir de l'anamnèse et des éléments du dossier) que le niveau antérieur d'indépendance fonctionnelle de l'assuré dans les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne n'était pas altéré au point de nécessiter l'intervention nouvelle d'un tiers pour le guider ou le suppléer dans l'exécution desdites activités. Comme il ressort des critères ci-dessus, le diagnostic de Trouble neurocognitif léger n'exclut pas un

- 6 - certain degré d'altération fonctionnelle au sens d'efforts plus grands, de stratégies compensatoires ou d'aménagement des activités nécessaires pour parvenir au même résultat. Le trouble neuropsychologique moyen n'est pas un diagnostic, mais une quantification des répercussions de l'atteinte neuropsychologique sous l'angle fonctionnel au sens large du terme, et non pas seulement au niveau des activités de base de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne. Cette évaluation se fonde sur les critères ASNP (voir plus bas). 2. Pourriez-vous nous transmettre le rapport complet d'évaluation neuropsychologique (avec résultats détaillés des tests) ? Ces documents sont joints à notre envoi. 3. Selon quelle appréciation des valeurs et des tests concluez-vous à un trouble moyen selon ASNP ? L'appréciation est réalisée sur la base des critères de détermination du degré de gravité d'un trouble neuropsychologique (Frei, A., Balzer, C., Gysi, F., Leros, J., Plohmann, A., Steiger, G., ASNP, 2015). Cet assuré présentant au moins deux sous-fonctions cognitives nettement réduites (plus de 2 écart-types en dessous de la valeur moyenne) et les autres légèrement diminuées (1 à 2 écart-types en dessous de la valeur moyenne), un trouble neuropsychologique moyen est retenu. 4. Pourriez-vous expliciter les résultats des tests de validation de symptômes effectués ? Sur le plan de la cohérence intrinsèque, on relève des performances attentionnelles fluctuantes d'une séance à l'autre, notamment après évocation de l'impact des observations sur le maintien de certaines activités de la vie quotidienne. Néanmoins, les conditions d'examen ne sont pas directement comparables (première séance avec traducteur, seconde sans traducteur) et un biais de familiarité face au setting de l'examen ne peut être exclu. On peut également faire l'hypothèse d'une mobilisation fluctuante des ressources cognitives que l'on peut associer à plusieurs facteurs (facteurs psychiatriques, suspicion de troubles du sommeil). Le restant

des résultats montre une bonne cohérence intrinsèque. Sur le plan de la cohérence extrinsèque, concernant les résultats des tests de validation effectués, une épreuve de comptage de points et deux tests mnésiques respectivement en reconnaissance et en rappel obtiennent des résultats dans la norme et tels qu'attendu. Ces résultats montrent d'une part, sur le plan clinique, que le patient parvient à apprendre un matériel non complexe lorsqu'il est présenté visuellement, d'autre part, sur le plan de la validité des symptômes, que les résultats des tests sont valides. Comme exprimé dans la conclusion du rapport neuropsychologique, une mobilisation fluctuante des ressources et les difficultés cognitives observées peuvent être interprétées dans le contexte des troubles psychiatriques connus. Et ceci d'autant plus avec un profil neuropsychologique ne parlant pas en faveur d'une atteinte neurologique avérée et avec une IRM cérébrale dans la norme en 2018 comme en 2012. » Était joint le rapport de l'examen neuropsychologique des 11 et 18 janvier 2019 arrivant à la conclusion que le bilan neuropsychologique mettait en évidence des troubles attentionnels

- 7 - (ralentissement fluctuant des temps de réaction, score déficitaire à une épreuve d'attention divisée), un ralentissement et une incitation fragile, une mémoire immédiate et de travail verbale fragile et fluctuante, des troubles mnésiques épisodiques en modalité verbale (consolidation, stockage) et visuelle (stockage) et un défaut d'accès lexical. Ce tableau d'atteinte cognitive et mnésique était évocateur d'un possible dysfonctionnement antérieur au premier plan constituant un trouble neuropsychologique moyen. Dans un rapport du 14 avril 2020, le Dr F. _____ a indiqué que la BCPO était au stade IIB, que la dyspnée était au stade II à III selon NYHA (New York Heart Association), qu'il s'agissait plutôt d'une dyspnée chronique, en particulier à l'effort, sans nette crise et sans adaptation du traitement indiquée. Le Dr F. _____ a précisé qu'il n'était pas certain que l'asthme bronchique était actuellement totalement incapacitant et que l'invalidité respiratoire théorique (IRT) selon Scherrer était de 22 %. Par avis du 29 mai 2020, le Dr Q. _____ a considéré une baisse de rendement de 22 % dans une activité nécessitant des efforts réguliers telle que l'activité habituelle, bien que les éléments sous-tendant l'incapacité de travail respiratoire soient peu explicitement objectivés. Dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, à savoir pas d'effort physique important ou régulier et pas d'irritants respiratoires, la capacité de travail était entière. Sur le plan psychique, il n'a retenu aucun trouble engendrant des limitations fonctionnelles significatives ne pouvant être compensées. Le Dr Q. _____ a ainsi retenu une capacité de travail de 78 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Par communication du 10 juin 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'une aide au placement qu'il lui était dès lors octroyée. Par projet de décision du 10 juin 2020, annulant et remplaçant celui du 31 juillet 2019, l'OAI a annoncé à l'assuré son intention de rejeter

- 8 - sa demande de prestations dès lors qu'il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'effort physique important ou régulier ni d'irritant respiratoire) et que ses perspectives de gain avec atteinte à la santé étaient identiques à celles prévalant avant l'atteinte. L'assuré a contesté ce projet par correspondance du 8 juillet 2020 dans laquelle il a précisé être disposé à coopérer et vouloir bénéficier de l'aide au placement uniquement lorsque la situation médicale sera éclaircie. Par courrier du 14 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait clore, au moins temporairement, le mandat d'aide au placement. En date du 2 septembre 2020, l'assuré a fait part de déterminations complémentaires et a transmis un rapport du 31 août 2020 du Dr

P. _____ qui indiquait qu'il présentait une humeur abaissée, des ruminations par rapport à sa situation et des anticipations anxieuses par rapport à l'avenir avec des angoisses. En outre, sa méconnaissance de la langue, malgré ses efforts pour l'apprendre, ses difficultés de compréhension, son manque de formation et le retentissement actuel de sa situation sur son moral fragilisaient encore plus ses capacités d'adaptation. Le Dr P. _____ a expliqué que ces éléments ne semblaient actuellement pas compatibles avec une insertion dans la première économie et qu'il semblait plus adapté que l'assuré puisse bénéficier d'une reprise d'activité progressive dans un milieu adapté à ses difficultés et d'un cadre ainsi que d'un étayage bienveillant qui lui permettraient de retrouver un rythme et confiance en lui. Il a précisé que la capacité de travail de l'assuré dans l'économie libre semblait actuellement faible avec toutefois un taux difficilement évaluable chez une personne sans activité depuis plusieurs années. Dans un avis du 18 novembre 2020, le Dr Q. _____ a considéré que le trouble cognitif était mineur et fondé sur une présomption d'un niveau supérieur de fonctionnement antérieur. De plus,

- 9 - les éléments apportés ne suffisaient pas à rendre plausible une nouvelle atteinte depuis son avis du 29 mai 2020 et les précédentes conclusions restaient valables. Par décision du 24 novembre 2020 confirmant son projet du 10 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans un courrier joint du 24 novembre 2020, l'OAI a expliqué que les éléments médicaux apportés n'apportaient pas d'éléments susceptibles d'influencer l'évaluation de la capacité de travail. B. Par acte du 8 janvier 2021, I. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Il a fait valoir que son état de santé se péjorait, ce qui engendrait des problèmes d'anxiété à longueur de journée. A son recours était joint un rapport du Dr G. _____ du 8 janvier 2021 posant notamment les diagnostics de troubles cognitifs en aggravation avec atteinte attentionnelle en premier plan (bilan spécialisé du 19 novembre 2018 en cours de réévaluation), de troubles psychiques et symptômes dépressifs en aggravation, d'épisodes de dyspnée à répétition sur asthme bronchique et bronchiectasie bilatérale et de syndrome des apnées du sommeil appareillé. Le Dr G. _____ a indiqué que le recourant présentait une évolution plutôt défavorable de troubles mnésiques et de déficit neurocognitif, qui seraient prochainement évalués par un nouveau bilan neuropsychologique. Il présentait également une évolution défavorable de troubles psychiques avec exacerbation d'une symptomatologie dépressive faisant craindre un éventuel passage à l'acte, notamment auto-agressif. Il a précisé qu'une prise en charge spécialisée était en cours à l'O. _____ de [...] et que des éléments socio-économiques défavorables exacerbaient également la symptomatologie. Il a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle certainement de manière définitive. Par réponse du 16 février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours en se basant sur les différents avis du SMR présents au dossier

- 10 - ainsi que sur un avis SMR du 9 février 2021 transmis en annexe. Dans cet avis, le Dr Q. _____ a estimé, après avoir examiné le rapport du Dr G. _____ du 8 janvier 2021, que les éléments apportés ne suffisaient pas à rendre plausible une modification des précédentes conclusions qui restaient valables. Par réplique du 18 février 2021, le recourant a, sous la plume de sa fille, expliqué que sa situation s'était dégradée depuis 2012, ce qui n'avait pas été pris en compte dans l'analyse du dossier par l'OAI et a joint un dossier médical datant de 2012 et 2013. Le 26 mars 2021, le recourant a transmis un certificat du Dr G. _____ du 19 mars 2021 dont on extrait ce qui suit : « [Le recourant] présente des

troubles psychiques sur fond de déficit neurocognitif, documentés, nécessitant un suivi régulier à l'O. _____ [...]. Par ailleurs, il présente également des épisodes de dyspnée aiguë à répétition, dans un contexte d'asthme bronchique et de bronchiectasies bilatérales également documentés. Un suivi pneumologique est également régulièrement organisé en raison d'un syndrome des apnées du sommeil appareillé contribuant à une asthénie diurne importante. L'ensemble de ces pathologies médicales est invalidant, qui présente une capacité de travail à 0% pour toutes activités, depuis plusieurs années, définitivement. » Par duplique du 8 avril 2021, l'intimé a à nouveau proposé le rejet du recours et a transmis un avis SMR du 30 mars 2021 selon lequel il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux concernant la situation du recourant, les éléments se rapportant à 2012-2013 ne permettant pas de conclure à une atteinte incapacitante à l'époque, ni durable depuis lors. Par courrier du 22 juin 2021, l'intimé a transmis à la Cour de céans une copie d'un courrier du 27 mai 2021 du Dr Chevey concluant que l'assuré présentait un cumul d'atteintes à la santé ne lui permettant pas de reprendre une activité professionnelle. L'OAI a également transmis les résultats des dernières investigations neuropsychologiques du recourant effectuées le 1er avril 2021 à l'Institution [...] dont il ressort que : « Conclusion :

- 11 - Cet examen neuropsychologique et langagier met en évidence : • Un léger fléchissement en mémoire antérograde verbale avec notamment une courbe d'apprentissage qui plafonne rapidement, avec toutefois un bon maintien des informations sur le long terme. Une épreuve de reconnaissance visuelle est également altérée, mais probablement en lien avec une baisse attentionnelle. • Un dysfonctionnement exécutif léger sur le plan formel (planification simple altérée et exploration visuospatiale légèrement désorganisée) et sur le plan clinique au niveau de l'incitation (nécessite parfois d'être stimulé pour faire une tâche et d'autre fois commence sans écouter la consigne jusqu'au bout), à pondérer avec des fluctuations attentionnelles. • Un défaut d'accès lexical en français en spontané et au sein de différentes épreuves ; • Un fléchissement raisonnement verbal ; • Un léger ralentissement cognitif fluctuant (cliniquement) • et un fléchissement attentionnel (fluctuations). (...) Comparativement au précédent bilan neuropsychologique, nous observons la persistance d'un défaut d'accès lexical, d'un ralentissement et d'une incitation fluctuante. Nous observons une diminution de l'atteinte mnésique et attentionnelle. (...) Du point de vue strictement neuropsychologique, ce tableau clinique est caractérisé par un trouble neuropsychologique léger. Les troubles du sommeil, la fatigue important rapportée par le patient, les aspects somatiques et émotionnels sont susceptibles d'influencer les performances cognitives. Bien que le tableau actuel soit d'intensité légère, le patient et son entourage rapportent un impact marqué au quotidien. Au vu des fluctuations (sur le plan de l'incitation et de l'attention), nous ne pouvons exclure un manque de constance sur les plans qualitatifs et quantitatifs (rendement), selon l'activité professionnelle exercée et selon le niveau d'exigence requis. » L'intimé a également transmis un avis SMR du 8 juin 2021 selon lequel le degré de trouble neuropsychologique rapporté correspondait tout au plus à une incapacité de travail moyenne de 20 % dans une activité exigeant des performances comparables à celles de l'évaluation neuropsychologique, voire moindre dans un cadre moins exigeant. L'état étant stationnaire, voire amélioré par rapport à celui précédemment pris en compte, l'appréciation du Dr G. _____ quant à une péjoration ne pouvait être retenu et les précédentes conclusions restaient valables. Par écriture du 20 octobre 2021, à nouveau transmise le 21 avril 2023, le recourant a précisé ses conclusions en ce sens que la décision du 24 novembre 2020 était annulée et qu'une rente d'invalidité lui était allouée, subsidiairement que l'affaire était renvoyée à l'assurance- invalidité pour nouvelle décision

dans le sens des considérants. Il a

- 12 - notamment proposé comme moyen de preuve à l'appui de ses allégués sa propre audition et a indiqué être disposé à se soumettre à une expertise médicale. Était joint un certificat du 15 septembre 2021 du Dr G. _____ posant les diagnostics de troubles psychiques avec état de prostration à répétition, de troubles neurocognitifs persistants avec léger fléchissement en mémoire antérograde verbale, altération de l'épreuve de reconnaissance visuelle, dysfonctionnement exécutif léger, défaut d'accès lexical en français, ralentissement cognitif et fléchissement attentionnel (bilan neuropsychologique 24.02.2021) ainsi que d'épisodes de dyspnée à répétition sur asthme bronchique et bronchiectasies bilatérales et de syndrome des apnées du sommeil appareillé. Le recourant a régulièrement fait parvenir à la Juge instructrice des certificats du Dr G. _____ attestant une incapacité de travail totale de durée indéterminée. 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. Est en l'espèce litigieux le refus de l'intimé d'accorder une rente d'invalidité au recourant.

- 13 - 3. 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 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date. 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). 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

- 14 - celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

- 15 - c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculogique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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).

e) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En

- 16 - particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). 6. En l'espèce, l'intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité au recourant au motif qu'il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI s'est principalement fondé sur les avis émis les 24 juillet 2019 et 29 mai 2020 par le Dr Q._____ du SMR établissant la synthèse des informations médicales recueillies auprès des différents médecins consultés par l'assuré. De son côté, le recourant a fait valoir que ses problèmes de santé, qui trouvaient leur origine dans une opération datant de 2012, s'étaient péjorés et engendraient des problèmes d'anxiété l'empêchant de travailler. a) Sur le plan somatique, le Dr Q._____ a d'abord conclu à une pleine capacité de travail dans toutes les activités avant de conclure que la capacité de travail était de 78 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée pour tenir compte de la problématique respiratoire du recourant. En effet, le Dr F._____ a, dans son rapport du 3 septembre 2019, posé les diagnostics de BCPO sur asthme chronique léger et de léger syndrome d'apnées du sommeil. Après avoir prescrit un traitement de CPAP, le Dr F._____ a indiqué que la BCPO était au stade IIB et que la dyspnée, de stade II à III, était plutôt chronique, en particulier à l'effort mais sans nette crise ni adaptation du traitement. Il a précisé ne pas être certain que l'asthme bronchique était totalement incapacitant, que l'invalidité respiratoire théorique était de 22 % et que le travail dans un environnement adapté était théoriquement possible (cf. rapports des 11 décembre 2019 et 14 avril 2020). Cette appréciation n'est d'ailleurs remise en cause ni par les rapports du Dr G._____, qui se limitent à énumérer les diagnostics de syndrome d'apnées du sommeil appareillé et d'asthme bronchique et bronchiectasies bilatérales, ni par le recourant. b) aa) Sur le plan psychique, le Dr P._____ et la psychologue Z._____ ont, dans un rapport du 16 mai 2019, exposé que le recourant

- 17 - ne présentait pas de signe dépressif, ni de symptôme psychotique floride et que sa capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique. Si, dans son rapport du 31 août 2020, le Dr P._____ a mentionné que le recourant présentait une humeur abaissée, des ruminations par rapport à sa situation et des anticipations anxieuses par rapport à l'avenir avec des angoisses, il n'a toutefois pas expliqué en quoi sa capacité de travail s'en trouverait affectée. Or, on rappellera que dans le domaine de l'assurance- invalidité ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais bien l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Quant aux éléments extrinsèques relevés par le Dr P._____, à savoir la méconnaissance de la langue, les difficultés de compréhension, et le manque de formation, ils ne sauraient être pris en compte dès lors que le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou

socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). bb) Sur le plan cognitif, les médecins du Centre D._____ ont posé le diagnostic de trouble cognitif léger tout en décrivant un trouble neuropsychologique moyen qui n'est toutefois pas un diagnostic mais une quantification des répercussions de l'atteinte neuropsychologique sous l'angle fonctionnel au sens large du terme. Ces médecins ne se sont en revanche pas prononcés sur l'impact du trouble cognitif léger sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles du recourant (cf. rapports des 19 novembre 2018, 11 mars 2019 et 10 avril 2020). Ainsi, on ne saurait retenir une quelconque diminution de la capacité de travail du recourant du fait de l'existence d'un trouble cognitif mineur. En outre, le profil neuropsychologique du recourant et les IRM cérébrales dans la norme en 2018 comme en 2012 ne parlaient pas en faveur d'une atteinte neurologique avérée (cf. rapport du 10 avril 2020 du Centre D._____). cc) Si les pièces produites par le recourant en procédure judiciaire peuvent être prises en compte du moment qu'elles se rapportent à la situation prévalant au moment de la décision de l'OAI (cf. consid. 5e),

- 18 - elles ne lui sont en revanche d'aucun secours pour démontrer que son atteinte à la santé serait incapacitante. En effet, le rapport du 8 janvier 2021 du Dr G._____ – qui n'est, du reste, pas psychiatre – se limite à évoquer une aggravation des troubles psychiques et des symptômes dépressifs sans autre motivation. La mention d'une évolution défavorable des troubles psychiques avec exacerbation d'une symptomatologie dépressive faisant craindre un éventuel passage à l'acte ne constitue qu'un élément subjectif qui n'est relayé par aucun constat médical objectif au dossier et ne saurait dès lors suffire à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une péjoration concrète de l'état de santé psychique. On relèvera par ailleurs qu'aucun psychiatre n'a confirmé le diagnostic d'état dépressif et qu'il ne ressort pas non plus du dossier que le recourant bénéficierait d'un quelconque suivi psychiatrique alors que Dr G._____ a mentionné à plusieurs reprises que le recourant était suivi régulièrement par l'O._____ à [...] (cf. rapports des 8 janvier, 19 mars et 15 septembre 2021). On rappellera ici qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI s'il estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité. Sur le plan neurocognitif, le recourant a mentionné, dans ses déterminations du 20 octobre 2021, un rapport d'examen neurologique du 30 juillet 2012 qui aurait mis en évidence des difficultés dans l'ensemble des fonctions cognitives testées. Or, le recourant n'ayant pas produit ce rapport, il ne saurait s'en prévaloir. Ensuite, on ne peut tirer aucune conclusion du lot de documents se rapportant aux années 2012 et 2013 produits par le recourant dès lors qu'ils n'établissent pas l'existence d'une atteinte incapacitante, ni ne se prononcent sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles du recourant. Il en va de même du rapport de l'Institution de [...] du 1er avril 2021 qui confirme l'existence d'un trouble neuropsychologique léger sans exposer son influence sur la capacité de travail du recourant. Quant aux différents certificats médicaux du Dr G._____ faisant état d'une totale incapacité de travail dans tous les types d'activité pour une durée indéterminée, ils ne sont pas

- 19 - suffisamment motivés et étayés pour remettre en cause les conclusions du Dr Q._____, et, partant celles de l'intimé. d) Sur le vu des éléments qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les avis SMR du Dr Q._____ pour considérer que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles. 7. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté et peut être confirmé, l'intimé ayant fixé tant le revenu sans invalidité que celui avec invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 0 %, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint. 8. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre les mesures d'instruction mentionnées par le recourant dans son écriture du 20 octobre 2021, à savoir son audition personnelle et une expertise médicale. 9. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision querellée 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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 20 - 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 24 novembre 2020 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 I. _____. 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 : - I. _____, - 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

- 21 - Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.