

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
M. Oulevey et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly,

et

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

Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. a) D'un arrêt rendu le 5 février 2016 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO AI 39/15 - 22/2016), il résulte que F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], était actif dans le domaine de la restauration. Le 28 septembre 2012, il avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant souffrir d'une hémorragie cérébrale et d'hypertension artérielle (HTA) depuis le 19 mars 2012.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 7 octobre 2012, avant ses ennuis de santé l'assuré exerçait depuis le 1^{er} janvier 2010 l'activité de directeur de l'établissement V._____ avec des remplacements divers (cuisinier, serveur et agent de sécurité) à raison de 45 heures par semaine et pour un salaire mensuel de 5'800 fr. servi treize fois l'an, ce qui correspond à un revenu annuel de 75'400 francs. A compter du 2 juillet 2012, il avait repris son activité antérieure mais à un taux de 30 % et en ne s'occupant plus que de tâches administratives (gestion de la clientèle, des collaborateurs et de la marche des affaires de l'entreprise).

Dans un rapport du 22 octobre 2012, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne, allergologie et immunologie, suivant l'assuré depuis février 2012, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de séquelle AVC hémorragique (depuis avril 2012). Mentionnant un pronostic stable moyennant le suivi de traitements en physiothérapie, ergothérapie et médicamenteux (Exforge HCT® 5mg/160 mg) pour l'hypertension artérielle, ce médecin retenait une incapacité de travail de 100 % dans la profession de restaurateur du 22 avril au 1^{er} juillet 2012, puis de 70 %. Il estimait probable une reprise de travail à 50 % à partir du début 2013. Il indiquait en outre une capacité de concentration limitée ainsi qu'une fatigabilité accrue. En annexe, il a joint les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 23 avril 2012 des radiologues de l'Hôpital de [...] consécutif à un CT cérébral natif réalisé le jour précédent et concluant à une hémorragie intraparenchymateuse intéressant le thalamus gauche, d'étiologie hypertensive en premier lieu ainsi qu'à une inondation ventriculaire latérale gauche et du 4^{ème} ventricule sans hydrocéphalie ;
- une lettre de sortie établie le 26 avril 2012 attestant un séjour de l'assuré dans le Service médecine de l'Hôpital de [...] du 23 au 26 avril 2012 et dont il résulte que le 22 avril 2012 l'assuré s'était réveillé avec une hémiparésie droite et une dysarthrie, le diagnostic d'AVC hémorragique thalamique gauche sur une crise hypertensive ayant été posé ;
- un rapport du 7 mai 2012 des médecins du Département de médecine de l'Hôpital de [...] dont il résulte en particulier ce qui suit :

“Monsieur F. _____ est hospitalisé en raison d'une hémiparésie et hypoesthésie de l'hémicorps droit pour lequel nous effectuons un CT-scan cérébral natif qui démontre une hémorragie intraparenchymateuse intéressant le thalamus gauche d'étiologie hypertensive en premier lieu et une inondation ventriculaire latérale gauche et du 4^{ème} ventricule, sans hydrocéphalie. M. F. _____ est alors hospitalisé aux soins intensifs pour une surveillance neurologique et l'administration de labétalol (Trandate®) par voie intraveineuse. Puis il est transféré dans le service de médecine où nous introduisons un traitement d'irbésartan (Aprovel®) et amlodipine, ce qui permet de contrôler le profil tensionnel de M. F. _____. Il récupère rapidement et progressivement de son AVC avec une force M4+ à droite, une très légère dysmétrie et dysdiadococinésie droite, une marche très légèrement instable avec difficulté du membre inférieur droit, un Romberg tenu le 25.04.2012. Nous adressons M. F. _____ à la consultation ambulatoire de neuroréhabilitation de l'hôpital [...] où il sera vu par le Dr A. _____ le 1^{er} mai à 17h. Nous vous proposons, si le patient devait ne pas récupérer assez rapidement de cet AVC ou stagner dans ses progrès, de réeffectuer un CT-scan cérébral à la recherche d'une hydrocéphalie sur hémorragie infra-ventriculaire. Par ailleurs, nous vous proposons d'effectuer une angio-IRM à 3 mois à la recherche d'une malformation artério-veineuse pouvant expliquer cet incident.

Au niveau de l'hypertension artérielle, nous contrôlons la tension à l'aide d'irbésartan et amlodipine. Nous désirons chercher des causes secondaires de crise hypertensive en dosant les catécholamines urinaires sur 24h, mais M. F. _____ refuse cet examen car il veut rentrer à domicile rapidement. Nous vous laissons le soin d'organiser cet examen si vous le trouvez relevant. Nous dosons les

métanéphrines et normétanéphrines libres plasmatiques (en-dehors d'une crise hypertensive) qui reviennent dans la norme. Nous lui recommandons de vous consulter une semaine après la sortie pour contrôle de sa tension.

Par ailleurs, nous effectuons un bilan lipidique qui démontre un cholestérol LDL à 3,55, raison pour laquelle nous introduisons de l'atorvastatine.”;

- un rapport du 21 mai 2012 adressé au Dr W. _____ dans lequel le Dr A. _____, médecin associé du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital [...], s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé ainsi que la suite du traitement de l'assuré :

“Conclusions, traitement et évolution

Il s'agit d'un patient de 53 ans, qui a présenté une probable hémorragie cérébrale sur pic hypertensif et qui a été vu à l'Hôpital de [...] où il n'a pas souhaité rester. Il nous est adressé actuellement pour bilan et prise en charge de neuroréhabilitation (je n'ai pas de lettre de l'Hôpital de [...] lors de cette consultation). A l'examen neurologique, on retrouve un hémisyndrome modéré facio-brachio-crural moteur, sensitif et ataxique à D [droite], sans trouble du langage chez un patient droitier. Je propose au patient une prise en charge ambulatoire de physio- et d'ergothérapie qui pourrait avoir lieu dans notre service dans les prochaines semaines. Par ailleurs, le patient étant propriétaire et gérant d'une discothèque-restaurant, il serait souhaitable qu'il puisse bénéficier d'un bilan neuropsychologique.

Je ne donne pas de prochain rendez-vous au patient dans l'attente de la prise en charge ambulatoire de physio- et d'ergothérapie.” ;

- un rapport du 23 mai 2012 du Dr X. _____, spécialiste en neurologie, qui a constaté que l'assuré présentait alors un hémisyndrome sensitif droit (concernant les modalités spinothalamiques et faci-brachio-crurale) associé à une discrète ataxie cinétique du membre inférieur droit liés à une hémorragie thalamique gauche dont la localisation était typique d'une hémorragie d'origine hypertensive. Ce neurologue jugeait la prise en charge optimale sans avoir d'autres mesures à proposer ;

- un rapport établi le 25 juin 2012 par le Dr C. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui a indiqué notamment ce qui suit :

“Le bilan ORL ne révèle pas de déficit neurosensoriel du côté droit. L'audiométrie tonale peut être considérée comme symétrique avec

une composante de presbyacousie en pente de ski bilatérale. L'examen otoneurologique, sans les épreuves caloriques, ne révèle pas de signes de déficit vestibulaire périphérique. L'anamnèse de sensation d'insécurité à la marche, sans instabilité, est vraisemblablement en rapport avec les troubles de la proprioception suite à son AVC. Je l'ai surtout rassuré sur une probable récupération, lente et progressive de sa symptomatologie."

b) Mandaté expert par l'OAI, le Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, a établi son rapport le 1^{er} mai 2014. Il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles cognitifs modérés (mémoire, attention) séquellaires d'un AVC thalamique gauche, par ailleurs responsable d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur séquellaire à l'hémicorps droit. Il s'est exprimé comme il suit en lien avec son examen clinique de l'assuré :

"CONCLUSIONS

L'examen effectué chez ce patient de 55 ans, collaborant, orienté et adéquat dans l'échange, met en évidence :

- Des éléments de la lignée anxio-dépressive (HAD significative) ;
- Une altération des stratégies d'encodage de l'information en mémoire épisodique antérograde verbale ;
- Un trouble attentionnel avec un temps de réaction allongé, un déficit d'attention divisée ainsi qu'une réduction du rendement en situation d'attention soutenue ;
- Un déficit modéré d'accès lexical (à pondérer au vu de l'origine italienne du patient).

Par ailleurs, le reste des fonctions cognitives investiguées (langage écrit, calcul oral et écrit, praxies gestuelles, gnosies visuelles, mémoire immédiate, mémoire antérograde épisodique visuo-spatiale, flexibilité mentale et attention simple) sont globalement dans la norme compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif du patient.

Afin d'accompagner le patient dans sa reprise professionnelle, il serait pertinent qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge neuropsychologique intensive axée sur les stratégies d'encodage."

Cet expert s'est également prononcé en ces termes s'agissant de l'état de santé de F. _____ et son incidence sur sa capacité de travail ainsi que de l'adéquation de mesures de réadaptation professionnelle :

"5. Appréciation du cas et pronostic

Chez ce patient traité pour une HTA de façon fluctuante, l'AVC hémorragique de 2012 est responsable comme séquelle d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur et ataxique D, avec des troubles modérés de la mémoire antérograde et de l'attention. Il existe un probable état dépressif sous-jacent, déjà relevé par le Dr W. _____, son médecin traitant, qui contribue également aux troubles neuropsychologiques ci-dessus. Par ailleurs, il n'y a pas d'autre élément neurologique ou extra-neurologique à mentionner sur le plan médical, en signalant toutefois que lors des épreuves neurologiques, il existe une tendance à la surcharge fonctionnelle, avec exagération par exemple des éléments ataxiques sous forme de gesticulations, ou accentuation de la boiterie.

Sur le plan de l'activité professionnelle, le discret hémisyndrome D limite à notre avis de façon conséquente toute reprise du travail comme garçon de café ou serveur dans l'établissement que gère le patient. En revanche, lui-même s'estime capable de continuer la gestion de la discothèque attachée au même établissement et de gérer l'entrée des clients, sans problème par ailleurs pour la comptabilité, malgré les troubles mnésiques et attentionnels que nous avons nous-même relevés. Il est possible que ceci soit d'ailleurs fluctuant, en relation notamment avec une composante anxio-dépressive dont nous trouvons déjà les manifestations dans la surcharge fonctionnelle mentionnée ci-dessus.

Si l'on peut donc accepter une incapacité de travail à 100% pour toute activité de type service à la table dans un restaurant, l'activité de gestion d'un établissement, reconnu[e] et effectué[e] actuellement par le patient, n'est que légèrement limité[e], au maximum de 20-23%. Le patient ne décrit par ailleurs pas de syndrome de fatigue, qui pourrait entraîner une diminution du rendement au fur et à mesure de la journée.

Le pronostic paraît stable, hormis la possibilité d'un traitement antidépresseur, essayé par le passé, et rapidement interrompu, dans le but d'améliorer la composante anxio-dépressive et fonctionnelle.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés
au plan physique
au plan psychique et mental
au plan social

Discret hémisyndrome sensitivomoteur limitant cependant la mobilité comme garçon de café et serveur d'un établissement public, de même que la diminution de la mobilité fine de la main D chez ce droitier. Par ailleurs, troubles mnésiques et de l'attention, avec une composante anxio-dépressive.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici
 - 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?
 - 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

0% comme serveur d'établissement public, mais 75% comme gestionnaire d'établissement, activité au guichet d'entrée de la discothèque, direction des collaborateurs.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à 75%, selon les horaires habituels.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, selon le patient lui-même, qui ne décrit pas de syndrome de fatigue post AVC.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis l'AVC lui-même, en avril 2012.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'incapacité initialement totale s'est progressivement améliorée pour se stabiliser au taux d'activité mentionné ci-dessus à l'automne 2013 au plus tard.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

Elles ne paraissent pas nécessaires, dans la mesure où le patient conserve une activité. Si son emploi actuel ne correspond pas à une activité à plein temps par rapport aux restrictions émises ci-dessus, il serait néanmoins capable de l'effectuer.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Probablement une amélioration serait possible dans le cadre d'un traitement bien conduit de l'état anxio-dépressif sous-jacent, qui parasite quelque peu le status neurologique par une composante fonctionnelle, et aggrave probablement les troubles cognitifs mnésiques-attentionnels séquellaires.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Une amélioration de 10% pourrait être envisagée.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Le patient doit renoncer à toute activité de type serveur d'établissement public, avec rapidité de déplacement, manipulations de plateaux, d'assiettes, etc., et doit pouvoir poursuivre son activité de gestion d'établissement public dans un cadre sédentaire et calme. Ceci correspond à l'activité déjà effectuée actuellement, mais le patient mentionne qu'il n'y a pas de place pour une augmentation de cette activité dans l'établissement public qu'il dirige actuellement.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Comme mentionné ci-dessous, il n'y a pas lieu d'envisager une activité adaptée différente de celle de gestion de l'établissement public actuel ou similaire.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

Cette activité est exigible depuis l'automne 2013 au plus tard.

3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

-.-.-."

c) Par projet de décision du 19 novembre 2014 - intégralement confirmé selon deux décisions du 27 janvier 2015 - l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2013 basée sur un degré d'invalidité de 50 %, et dès le 1^{er} février 2014, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail, le droit à un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 44 %.

d) Par arrêt du 5 février 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé le 26 février 2015 par l'intéressé. En résumé, la Cour a, sur le plan médical, suivi l'expertise du

Dr Z._____ retenant une capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée augmentée à 75 % au plus tard depuis le 1^{er} novembre 2013 (CASSO AI 39/15 - 22/2016 du 5 février 2016, consid. 5).

Cet arrêt n'a pas été contesté.

B. **a)** Par un avenant du 30 septembre 2016 à un contrat de travail du 30 novembre 2012, la société M._____ SA, alors employeur de l'assuré, et celui-ci ont réduit à 30 % le taux d'activité de l'assuré depuis le 1^{er} octobre 2016, étant précisé que l'assuré était administrateur unique de la société.

Dans un questionnaire relatif à la révision de la rente, rempli le 12 juillet 2017, l'assuré a annoncé une aggravation de son état de santé depuis environ un an, la modification consistant en une perte de mémoire, des vertiges et maux de tête. Il a joint :

- un rapport du 1^{er} juin 2016 du Dr S._____, professeur associé au Centre de la mémoire, qui concluait ainsi :

“M. F._____ présente donc des troubles cognitifs séquellaires à un hématorne thalamique droit d'origine hypertensive avec d'origine ventriculaire, dont il garde une hémiparésie ataxique hypesthésique non douloureuse et dystonique G avec un changement de personnalité sous forme de difficulté exécutive, d'apathie, de troubles mnésiques et attentionnels. Je vais organiser un examen neuropsychologique et j'aurais, si possible, souhaité avoir les disques des IRM pour qu'on puisse les mettre sur notre système. Je reverrai le patient après le test cognitif et la visualisation des images, ce qu'il faudrait lui proposer. Dans l'intervalle compte tenu de l'importance des scores thymiques, anxieux et dépressifs, je l'ai mis sous Sertraline® 50 mg à augmenter à 100 mg qui pourrait aussi améliorer légèrement l'attention. En cas d'échec on pourrait discuter de l'Abilify ou du Wellbutrin pour le stimuler.” ;

- un rapport du 8 juillet 2016 d'E._____ et T._____, psychologues, qui concluaient ainsi :

“Le bilan neuropsychologique de ce patient de 57 ans, nosognosique et orienté, met en évidence au premier plan :

- De sévères difficultés d'apprentissage en mémoire épisodique verbale, alors que la reconnaissance et l'évocation différée se situent dans les normes inférieures.
- Un déficit attentionnel modéré à sévère sur le plan de l'attention divisée (ralentissement, fluctuations et erreurs) et de l'attention sélective (fluctuations) à des épreuves informatisées.
- Un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information modéré à sévère, relevé cliniquement et formellement plusieurs épreuves chronométrées.
- Un dysfonctionnement exécutif modéré sur les plans cognitif (défaut d'incitation verbale, de programmation et de flexibilité mentale) et, dans une moindre mesure, comportemental (léger manque d'incitation).

On relève par ailleurs une fragilité en mémoire à court terme (immédiate) verbale, de possibles difficultés en mémoire prospective, ainsi que de légères imprécisions en mémoire collective.

Les autres fonctions cognitives investiguées apparaissent en revanche préservées.

Le profil cognitif observé, mettant en évidence une souffrance cérébrale à prédominance fronto-sous corticale, avec des signes d'asymétrie en défaveur de l'hémisphère gauche, semble compatible avec le récent AVC thalamique gauche. Certains troubles cognitifs et l'aggravation que le patient relate depuis une année pourraient par ailleurs s'inscrire dans un contexte anxio-dépressif, élément assez prépondérant dans les séquelles post-AVC." ;

- un certificat du 25 janvier 2017 du Dr W. _____ à la teneur suivante :

"Suite à un accident vasculaire cérébral datant de 2012, le patient présente des séquelles sous forme de fatigabilité accrue, de trouble de la concentration et de douleur dans le pied droit, aggravées lors des longue[s] stations debout.

Ces séquelles doivent être considérées comme définitives empêchant actuellement une activité professionnelle de plus de 30 %."

b) Dans un avis du 16 juillet 2017, le Dr K. _____, spécialiste en médecine du travail, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a relevé que le status figurant dans le rapport du 1^{er} juin 2016 décrit une situation superposable à la page 5 de la précédente expertise. Il s'est déclaré surpris par le résultat de l'examen neuropsychologique qui montrerait une aggravation globale avec maintenant une atteinte moyenne à sévère pour l'apprentissage, l'attention, le ralentissement psychique et sur le dysfonctionnement

exécutif. Le Dr K. _____ a relevé aussi que les rapports du CHUV étaient très différents, l'un plutôt rassurant, l'autre indiquant une détérioration plus que prononcée. Il s'en tenait donc aux conclusions antérieures.

c) Par projet du 20 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de révision.

L'assuré a contesté ce projet par lettre du 13 septembre 2017 de son conseil. Il a fait valoir que les troubles de la mémoire à court terme et le déficit attentionnel estimé de modéré à sévère n'existaient pas au moment de la précédente décision. Ils avaient été même écartés par le Dr Z. _____ dans son expertise.

d) Dans un rapport du 13 septembre 2017, le Dr S. _____ a posé les diagnostics suivants :

“Troubles cognitifs légers multidomaine ICD 10 06.7 post hémorragie thalamique G ICD 10 F09.2 d'origine hypertensive avec troubles ménisques, attentionnels, exécutifs, associés à un hémisyndrome sensitivomoteur dystonospastique droit régressif partiellement avec fatigabilité résiduelle, bradypsychisme et maladresse de l'hémicorps droit.”

Il concluait ainsi :

“M. F. _____ s'est amélioré sur le plan de l'hémisyndrome dystonique et spastique à droite mais qui fait place à une maladresse sur la vitess[e] et l'amplitude des mouvements de l[a] main D qui pourrait éventuellement évoquer une discrète composante parkinsonienne, bien que je n'ai aucune rigidité ou tremblement de repos. A ce stade, j'aurais proposé éventuellement de faire un test avec du Madopar® 2 x 125 pendant une semaine pour voir si on peut améliorer les mouvements. En cas d'aggravation ou de réapparition de la dystonie, il faudrait simplement l'arrêter.

En revanche, il a plus de déficit sur le plan cognitif et thymique de son hématome thalamique avec une fatigabilité, des troubles de l'attention et de concentration, des troubles exécutifs, des éléments dépressifs et anxieux et un ralentissement de son psychisme.

Il va être reconvoqué pour un examen neuropsychologique. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de répéter une IRM, en revanche s'il y a une réponse à la levodopa, on pourrait faire un DAT scan pour voir s'il y a un parkinsonisme vasculaire et poursuivre la thérapie de levodopa. Je referai un courrier après le bilan neuropsychologique.”

e) Dans un avis SMR du 24 octobre 2017, le Dr K. _____ a relevé l'absence d'IRM, d'examen neuropsychologique et psychiatrique, ce qui ne permettait pas de retenir une aggravation.

Dans un nouvel avis du 27 novembre 2017, le Dr K. _____ a maintenu ses conclusions.

f) Dans un courrier du 16 janvier 2018 au conseil de l'assuré, l'OAI a relevé que le SMR avait considéré ne disposer d'aucun élément convaincant et mesurable d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré en l'absence d'IRM et d'un examen psychiatrique. En outre, l'examen neuropsychologique du 8 juillet 2016 retenait que le profil cognitif observé était compatible avec l'AVC à l'origine de la première demande de prestations et que certains troubles cognitifs pouvaient s'inscrire dans un contexte anxiodépressif, ce qui avait déjà été retenu à l'issue de l'instruction de la première demande. Enfin, le certificat du 25 janvier 2017 du Dr W. _____ ne faisait état d'aucun élément nouveau.

Par décision du 16 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de révision.

Cette décision n'a pas été contestée.

C. a) Dans un certificat du 23 septembre 2020, la Dre D. _____, nouvelle médecin traitante, a certifié que l'assuré n'avait pas de capacité de travail supérieure à 30 %, ceci de manière probablement définitive.

Dans un courrier du 9 juillet 2021 adressé à l'OAI, le conseil de l'assuré a écrit que celui-ci voyait sa situation se péjorer. Il expliquait que l'assuré travaillait désormais dans un restaurant exploité par une société qui appartenait à son épouse et qu'il ne parvenait absolument pas à travailler de façon efficace. Il ne pouvait assurer le service et s'occupait essentiellement du travail administratif.

Le 18 août 2021, la Dre D. _____ a rédigé le rapport suivant :

“1. Diagnostic : Tr cognitif modéré à sévère d’origine vasculaire
- secondaire à une hémorragie thalamique G d’origine hypertensive
- séquelles touchant les domaines suivants : visuo-spatial/exécutif, attention, langage, abstraction, mémorisation ; présence d’un bradypsychisme et fatigabilité marquée

2. Aggravation :

- subjectivement, M. F. _____ rapporte des tr de mémorisation avec oublis fréquents (rendez-vous, perte d’objets courants, difficultés d’association noms-visages, oublis de noms propres), perturbation de la mémoire de travail (perte du fil des activités en cours) ; il signale des difficultés de concentration et une fatigabilité accrue avec nécessité d’un temps plus long pour effectuer les tâches courantes. Il rapporte des difficultés de planification.

- objectivement : des oublis sont fréquemment constatés concernant les rendez-vous médicaux ; lors de l’entretien, une fatigabilité est visible et les tâches sont effectuées avec une certaine lenteur (bradypsychisme).

Le test de dépistage (MoCA) effectué le 17.08.21 montre une aggravation des performances avec un score qui passe de 22/30 en 2018 à 15/30 actuellement.

Les atteintes touchent les domaines visuo-spatial/exécutif (- 3pts), l’attention (- 4 pts), le langage (- 3 pts), l’abstraction (- 2 pts), la mémorisation (- 3 pts au rappel différé avec récupération 1 pt à l’indication catégoriel).

3. Degré d’incapacité de travail : actuellement j’évalue la capacité de travail de M. F. _____ à 30 %, compte tenu des difficultés objectivement relevées pour l’exécution des tâches complexes, la mémorisation et l’attention. Il a besoin d’un temps plus long pour effectuer toutes les tâches et une fatigabilité accrue est constatée. On note en effet un déclin des performances au cours de l’examen.

4. Pronostic :

L’évolution des tr cognitifs s’est objectivement aggravée en 3 ans, malgré le traitement des FRCV [facteurs de risque cardio-vasculaire].

A noter l’augmentation récente des taux de cholestérol qui a nécessité l’adaptation à la hausse du traitement de statines. L’évolution attendue pourrait être soit stationnaire soit aller en s’aggravant en cas d’apparition de nouvelles atteintes vasculaires. Il n’y a pas de potentiel de récupération.

Je n’ai pas répété d’imagerie cérébrale récemment en l’absence de bénéfice pour la prise en charge médicale qu’apporterait cet examen complémentaire.

A noter qu’en raison des circonstances épidémiques qui ont généré énormément d’anxiété pour la situation professionnelle de M. F. _____, celui-ci a développé des s[ignau]x anxieux et des troubles du sommeil qui ont certainement aggravé ses performances cognitives.

L’instauration de somnifères de type benzodiazépine a pu être sevré et les troubles du sommeil sont en amélioration. Même si cette problématique est sous contrôle actuellement, une attention particulière sera nécessaire au cours des prochains mois en cas de récurrence.

5. Compléments :
Traitement actuel :
- Exforge 5/160 mg 1-0-0
- Pravastatine 40 mg 0-0-1”

Par lettre du 23 août 2021, l'assuré a confirmé sa demande de révision sur la base de ce rapport.

Par correspondance du 14 décembre 2021, l'assuré a informé l'OAI qu'il n'avait pas de suivi régulier par un neurologue.

Dans un rapport du 20 décembre 2021, la Dre D._____ a indiqué que l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel dans le premier marché du travail mais qu'une augmentation n'était pas possible et exigible par le biais de mesures professionnelles progressives. Il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé depuis l'octroi de la rente. Comme symptômes, la Dre D._____ indiquait :

- Trouble de mémorisation avec oublis fréquents.
- Perturbation de la mémoire de travail.
- Fatigabilité accrue avec nécessité d'un temps plus long pour effectuer les tâches courantes.

Comme diagnostics, la Dre D._____ indiquait :

- MoCA (17.08.21) 15/30 (ancien score en 2018 22/30).
- Trouble cognitif modéré à sévère d'origine vasculaire.
- Séquelles visuo-spatiales, exécutives, attentionnelles, bradypsychisme et fatigabilité marquées.

La capacité de travail était de 30 % depuis le 1^{er} décembre 2016. Il n'y avait pas de potentiel de récupération ; la Dre D._____ précisait encore que l'assuré n'avait pas souhaité répéter le bilan neuropsychologique.

b) Dans un avis du 24 janvier 2022, le Dr P._____, médecin au SMR, a considéré que l'assuré ne faisait pas la preuve d'une

augmentation objective par un examen neuropsychologique ; il a relevé que la Dre D._____ soulignait dans son dernier rapport médical, l'absence d'aggravation de l'état de santé depuis l'octroi de la rente. Il contestait ainsi une aggravation notable et objective.

c) Par projet du 10 février 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande d'augmentation de la rente d'invalidité.

L'assuré a présenté des objections le 16 mars 2022, se référant au rapport du 18 août 2021 de la Dre D._____ et l'attestation du 15 décembre 2021 de la même médecin selon laquelle la capacité de travail de l'assuré n'était que de 30 % de façon durable.

Par décision du 22 mars 2022, l'OAI a confirmé le rejet. Dans une lettre accompagnant cette décision, l'OAI a indiqué que les rapports médicaux des 18 août et 20 décembre 2021 ne démontraient, selon le SMR, aucune aggravation notable et objective.

D. **a)** Par recours du 9 mai 2022, F._____, représenté par Me Lionel Zeiter, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2021.

Par pli du 28 juin 2022, le recourant a produit un rapport du 13 juin 2022 de la Dre D._____ selon lequel les diagnostics somatiques n'avaient pas évolué depuis l'octroi de la rente AI en 2014 ; toutefois, elle constatait une aggravation probable des troubles cognitifs tant au niveau des éléments anamnestiques que sur la base d'un test de dépistage (MoCA). Selon la médecin, il faudrait répéter un bilan neuropsychologique afin de préciser l'étendue des troubles et objectiver cette dégradation.

Par réponse du 12 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a estimé que le recourant ne faisait pas état d'éléments objectivement vérifiables se

rapportant à la situation qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse et qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction et de nature à remettre en cause les résultats.

b) Au terme d'un second échange d'écritures des 21 septembre et 11 octobre 2022, les parties ont maintenu leur position respective. Le recourant a demandé l'audition de trois témoins par le tribunal, soit sa médecin traitante, sa femme ainsi qu'un employé de celle-ci.

c) Le 31 janvier 2023, le recourant a complété ses écritures et produit les pièces suivantes :

- un rapport établi le 26 octobre 2022 par la Dre R._____, médecin agréée du Centre Leenaards de la Mémoire du CHUV (ci-après : Centre de la Mémoire), qui retient comme diagnostic principal « des troubles cognitifs en cours d'investigation », comme autres diagnostics un « trouble cognitif modéré d'origine vasculaire séquellaire à une hémorragie thalamique gauche d'origine hypertensive avec séquelles mnésique, attentionnelle, exécutive mais régression d'un hémis syndrome sensitivomoteur dystono-spastique droit, fatigabilité résiduelle ». Il en ressort également que depuis sa dernière consultation au Centre de la Mémoire, « le patient relate une aggravation progressive de sa mémoire » et que « le test de dépistage des troubles cognitifs (MoCA) était à 22/30 en 2018 et à 19/30 actuellement ». En outre, la médecin indique qu'afin d'évaluer l'évolution sur le plan cognitif, il est prévu d'organiser un nouvel examen neuropsychologique puis de revoir le patient pour un entretien de restitution des résultats ;

- un rapport établi le 1^{er} décembre 2022 par la Dre R._____ relatif à l'entretien de restitution des résultats, qui retient comme diagnostic principal « trouble cognitif modéré d'origine vasculaire séquellaire à une hémorragie thalamique gauche d'origine hypertensive avec séquelles mnésique, attentionnelle, exécutive ». En outre il en ressort notamment ce qui suit :

“Examens complémentaires

Examen neuropsychologique du 11 novembre 2022:

Conclusion : Cet examen réalisé auprès d'un patient de 64 ans, adéquat, collaborant de manière passive, nosognosique et globalement orienté, à la thymie plutôt abaissée, très ralenti et manifestant des signes de fatigue en fin d'évaluation, met en évidence :

- Des **troubles attentionnels** modérés à sévères se manifestant par un ralentissement marqué, relevé tant cliniquement que formellement, ainsi que par des erreurs attentionnelles ;
- Un **dysfonctionnement exécutif** modéré caractérisé par un déficit d'incitation verbale (observé cliniquement et confirmé au testing formel), ainsi que par un défaut de programmation graphomotrice ;
- Un déficit léger à modéré de **mémoire épisodique** verbale (encodage laborieux, défaut de récupération, fausses reconnaissances) et visuo-spatiale (apprentissage limite et défaut de stockage) ;
- Un déficit léger de **mémoire de travail verbale** (avec possible impact sur le calcul oral) et un déficit modéré de **mémoire à court terme visuo-spatiale**.
- Un **manque du mot** en expression élicitée ;
- Une possible limitation de la **mémoire prospective** relevée par un test clinique ainsi que de légères difficultés en **mémoire collective** (quelques lacunes et imprécisions, difficultés de récupération spontanée) ;
- Des **signes de la lignée anxio-dépressive** relevés cliniquement et confirmés à une échelle auto-administrée.

Le reste des fonctions cognitives investiguées apparaît en revanche préservé.

Comparativement au bilan neuropsychologique précédent d'octobre 2019, on relève l'apparition d'un déficit de mémoire épisodique visuo-spatiale (plus important que celui observé en 2016 et qui s'était amendé en 2019) et de mémoire à court terme visuo-spatiale (scores toutefois à pondérer au vu de la fatigue du patient lors de cette épreuve administrée en fin de bilan). Le reste du tableau est globalement superposable malgré l'utilisation de certaines épreuves (en mémoire épisodique verbale et en dénomination orale) qui ne sont pas strictement comparable. Une épreuve d'attention divisée, déjà très déficitaire en 2019, n'a pas été ré-administrée.

Sur la base de ce nouvel examen, nous mettons en évidence un tableau neuropsychologique de gravité moyenne (Frei et al., 2016 ; Verdon & Candal-Zürcher, 2021) dominé par la persistance de troubles attentionnels-exécutifs et mnésiques verbaux, auxquels s'associent aujourd'hui des difficultés mnésiques aussi en modalité visuo-spatiale. Si ces troubles restent compatibles avec une origine vasculaire (AVC thalamique gauche) et thymique (symptomatologie anxio-dépressive), l'aggravation mnésique rapportée anamnestiquement et observée à cet examen (apparition d'un déficit en modalité visuo-spatiale signant une atteinte qui ne semble pas aujourd'hui épargner l'hémisphère droit) ne permet pas d'écarter un processus neurodégénératif surajouté. Des fluctuations étant toutefois observées au fil des divers examens (notamment,

présence d'une limitation du stockage en mémoire épisodique visuo-spatiale au bilan de 2016, amendée par la suite), nous ne pouvons pas complètement exclure une participation des aspects thymiques (patient ne bénéficiant d'aucun traitement ni suivi psychothérapeutique) sur l'aggravation mnésique relevée ce jour et ressentie par le patient dans son quotidien.

Synthèse-discussion

Le patient nous consulte pour une aggravation de ses oublis, ne sachant par exemple plus où il a mis ses clés. Le test de dépistage des troubles cognitifs (MoCA) lors de notre entretien d'octobre 2022 avait relevé une légère aggravation au niveau du score, et l'examen neuropsychologique effectué le 11.11.2022 met en évidence l'apparition d'un déficit de mémoire épisodique visuo-spatiale et de mémoire à court terme visuo-spatiale (avec le reste du tableau cognitif qui est globalement superposable). Dans ce contexte, une nouvelle atteinte vasculaire ou un processus neurodégénératif ne peut pas être totalement exclu. Une nouvelle IRM voire un CT cérébral ont été proposés, mais pour l'instant non souhaités par le patient qui décrit avoir très peur de ces machines depuis qu'un objet métallique a failli le blesser lors d'une IRM."

L'OAI, à qui les nouvelles pièces produites par le recourant ont été transmises, les a soumises au SMR qui s'est déterminé dans un avis médical du 21 février 2023. Il en ressort notamment que le SMR admet une aggravation limitée de l'état de santé de l'assuré en raison de la réapparition (le trouble étant présent en 2016 mais plus en 2019) de déficits de la mémoire, relevant toutefois que les résultats du test sont à pondérer en raison de la fatigue et de la thymie mais acceptant dans le doute le résultat. Le SMR souligne qu'un trouble de gravité moyenne entraîne une incapacité de travail de 50 à 70% (un taux de 60% étant en général retenu), selon l'échelle retenue par l'ASNP [Association Suisse des Neuropsychologues]. Le SMR conclut qu'il admet une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] de 40% et une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] identique. Il indique encore que l'aggravation a sans doute été progressive et que, pour la fixer, il retient la date d'objectivation des troubles soit le 26 octobre 2022, date de la première consultation au Centre de la Mémoire. Se référant à l'avis du SMR, l'OAI, dans son écriture du 27 février 2023, a souligné que la décision litigieuse du 22 mars 2022 restait d'actualité, la péjoration de l'état de santé ayant une incidence sur le droit à la rente trois mois après son apparition en application de l'art. 88a al. 2 RAI.

Dans ses déterminations du 18 avril 2023, le recourant conteste la date retenue pour la péjoration de son état de santé, dans la mesure où l'aggravation de ses pertes de mémoire est un processus lent et progressif. Cette aggravation était sensible dès 2020, et a été objectivement constaté par la Dre D._____ en tout cas en août 2021. A l'appui de son écriture, le recourant produit une décision de la Police du commerce du 23 août 2022 ainsi que les résultats des examens qu'il a passés en novembre 2022.

Par courrier du 27 avril 2023, l'OAI a contesté la position du recourant et la pertinence des dernières pièces produites, concluant à la confirmation de la décision attaquée.

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 (art. 38 al. 4 let. a 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. a) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2021, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi

une modification significative entre la décision du 27 janvier 2015, confirmée par arrêt du 5 février 2016 de la Cour de céans, en force, qui lui a reconnu le droit à un quart de rente à compter du 1^{er} février 2014, et la décision litigieuse.

b) aa) 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). Les dispositions transitoires prévoient que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c).

bb) Les rentes en cours des personnes assurées ayant atteint l'âge de 55 ans au 1^{er} janvier 2022 (naissance entre 1957 et 1966 pour les hommes, et entre 1958 et 1966 pour les femmes) restent dans l'ancien système, y compris si elles sont révisées. Les dispositions légales de la LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent donc applicables (cf. ch. 9200 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

cc) En l'occurrence, le projet de décision concernant la demande de révision de rente d'invalidité de juillet 2021 a été rendu le 10 février 2022 et confirmé par décision du 22 mars 2022. Le recourant est né le [...]. L'ancien droit, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors en l'espèce.

c) Selon une 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 (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 121 V 362 consid. 1b, 117 V 287 consid. 4 et les références citées).

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références citées). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

b) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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).

c) 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) 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 asséculoologique. 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).

6. a) En l'espèce, après être entré en matière sur la demande de révision initiée en juillet 2021 avec la remise des rapports des 18 août et 20 décembre 2021 de la Dre D._____, l'office intimé a, au terme de la procédure, refusé d'augmenter le quart de rente d'invalidité versé depuis le 1^{er} février 2014 au recourant, sur la base d'un degré d'invalidité de 44 %. Il a constaté l'absence d'élément objectif de péjoration notable de la situation de l'assuré intervenue depuis la précédente décision du 27 janvier 2015, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 5 février 2016 en force. A la suite de la production, devant la Cour de céans, des rapports du Centre de la Mémoire des 26 octobre et 1^{er} décembre 2022, l'OAI, se fondant plus particulièrement sur l'avis médical du SMR du 21 février 2023, a admis que l'état de santé du recourant s'était dégradé et, qu'en conséquence, sa capacité de travail était de 40%. Il soutient toutefois que la péjoration de l'état de santé du recourant doit être fixée au 26 octobre 2022, date de son objectivation.

Le recourant affirme, pour sa part, que son état s'est aggravé en invoquant un accroissement des séquelles cognitives de l'AVC. Il se prévaut de l'avis de sa médecin traitante qui reposerait sur des « éléments objectifs indiscutables », en particulier le test de dépistage MoCA. Il en déduit présenter une incapacité de travail de 70 % au long cours. Il ajoute qu'en application de la jurisprudence applicable aux assurés proches de l'âge de la retraite et en dépit de sa capacité de travail résiduelle, les conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (plus de 5 % de l'invalidité) justifiant, à ses yeux, la révision dans le sens de son droit à une demi-rente d'invalidité au minimum. Par ailleurs, il soutient que l'aggravation de son état de santé,

soit les pertes de mémoire, est nécessairement un processus lent et progressif, sa capacité de travail ne passant pas du jour au lendemain, soit du 25 au 26 octobre 2022, de 75% à 40%. L'aggravation était sensible depuis 2020 déjà et le rapport de la Dre D. _____ - qui se fonde sur un élément objectif, soit le test MoCA - retient une augmentation des troubles de la mémoire à tout le moins dès le mois d'août 2021.

b) Il convient tout d'abord d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière significative.

aa) Sur le plan somatique, le recourant n'avance aucun élément nouveau dans le sens d'une aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision. Le diagnostic incapacitant de troubles séquellaires d'un AVC hémorragique thalamique gauche sur une crise hypertensive, par ailleurs responsable d'un discret héli-syndrome sensitivomoteur séquellaire à l'hémicorps droit, est établi. La Dre D. _____, nouvelle médecin traitante depuis septembre 2020, évoque une optimisation des facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV), un traitement de l'hypertension artérielle (HTA) ainsi que de la dyslipidémie. Elle confirme ainsi que les diagnostics somatiques n'ont pas évolué depuis 2014. Il n'est également pas contesté que l'activité habituelle de garçon de café et serveur n'est pas adaptée à l'état de santé du recourant depuis l'accident vasculaire au printemps 2012. Sur la base des éléments au dossier, l'expert Z. _____ a constaté toutefois que la reprise par l'intéressé de son activité adaptée de gestionnaire d'établissement public était exigible au taux de 75 % au plus tard à l'automne 2013, sans nécessiter des mesures de réadaptation professionnelle.

bb) Sur le plan psychiatrique, le recourant n'est pas suivi. Il n'y a par ailleurs pas de rapport de la médecin traitante posant un diagnostic psychiatrique et attestant d'une incapacité de travail consécutive à des atteintes à la santé de cet ordre. De son côté, l'expert Z. _____ s'est limité à indiquer un éventuel traitement de l'état anxiodépressif sous-jacent mais sans toutefois poser de diagnostic sur le

plan psychiatrique. Il n'est donc pas fait état au dossier d'une aggravation de l'état de santé de ce point de vue.

cc) En revanche, sur le plan neuropsychologique, il ressort du rapport de la Dre R. _____ du Centre de la Mémoire que le recourant souffre d'un trouble cognitif modéré d'origine vasculaire séquellaire à une hémorragie thalamique gauche d'origine hypertensive avec séquelles mnésique, attentionnelle et exécutive. Elle observe, par rapport au bilan neuropsychologique précédent d'octobre 2019, l'apparition d'un déficit de la mémoire épisodique visuo-spatiale et de la mémoire à court terme visuo-spatiale, le reste du tableau étant globalement superposable. Elle met ainsi en évidence un tableau neuropsychologique de gravité moyenne dominé par la persistance de troubles attentionnel-exécutifs et mnésiques verbaux, auxquels s'associent désormais des difficultés mnésiques aussi en modalité visuo-spatiale.

Le rapport susmentionné se fonde sur un examen neuropsychologique, prend en considération les plaintes de l'assuré et a été établi en pleine connaissance du dossier ; il est ainsi convaincant. Par ailleurs, en se fondant sur les rapports des 26 octobre et 1^{er} décembre 2022 du Centre de la Mémoire, le SMR constate une aggravation limitée de l'état de santé de l'assuré en raison de la réapparition de déficits de la mémoire. Il retient que le trouble de gravité moyenne entraîne une incapacité de travail de 60% et admet donc une capacité de travail de 40%. Il convient ainsi de retenir, avec une vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé du recourant.

c) Il reste à déterminer la date à partir de laquelle l'aggravation de l'état de santé du recourant a été suffisamment importante pour modifier de manière significative sa capacité de travail résiduelle.

aa) Dans son avis médical du 21 février 2023, le SMR relève que l'aggravation a sans doute été progressive mais qu'il fallait retenir la date d'objectivation des troubles soit le 26 octobre 2022, date de la

première consultation au Centre de la Mémoire. L'intimé s'est rallié à cette opinion.

Quant au recourant, il soutient que ses troubles sont apparus en 2020 déjà et qu'ils ont, à tout le moins, été objectivés par la Dre D. _____ en août 2021. Selon lui, s'agissant de troubles progressifs, il n'y a aucun motif de retenir que sa capacité de travail était de 75% le 25 octobre et de 40% le 26 octobre 2022.

bb) Dans ses rapports du 18 août et 20 décembre 2021, la Dre D. _____ fait part d'une augmentation des troubles cognitifs modérés à sévères d'origine vasculaire affectant la mémorisation (oublis fréquents et perturbation de la mémoire de travail) ainsi qu'une fatigabilité accrue caractérisée par une bradypsychie. Elle estime que cette aggravation de l'état de santé est objective. Or ce constat repose sur les propos de l'assuré lors des entretiens et sur les résultats d'un test MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) du 17 août 2021 qui est un outil de dépistage de l'atteinte neurocognitive prenant la forme d'un questionnaire à compléter par la personne évaluée ; *in casu*, le score du test est passé de 22/30 en 2018 à 15/30. Compte tenu des difficultés observées pour l'exécution des tâches complexes, la mémorisation et l'attention, et le besoin d'un temps plus long pour effectuer toutes les tâches et une fatigabilité accrue, la Dre D. _____ évalue la capacité de travail résiduelle de l'assuré à 30 %, ceci de manière probablement définitive.

L'avis de la Dre D. _____ repose toutefois uniquement sur un test MoCA qui est un élément de dépistage et qui a de plus été effectué à une seule reprise en août 2021. A ce stade, le recourant refusait de se soumettre à un nouvel examen neuropsychologique. En outre, les difficultés relatées par la Dre D. _____ sont très largement superposables à celles figurant dans le rapport du Dr S. _____ du 13 septembre 2017 ; à cette époque, ce médecin décrivait déjà une fatigabilité, des troubles de l'attention et de concentration, des troubles exécutifs, des éléments dépressifs et anxieux ainsi qu'un ralentissement du psychisme de l'assuré. A cela s'ajoute le fait que les résultats du dépistage ont pu être influencés

par l'état de santé au jour de sa réalisation ; la Dre D._____ évoque ainsi des troubles anxieux et du sommeil générés en raison des circonstances épidémiques qui ont certainement aggravé les performances cognitives du recourant. Or, selon la médecin traitante, ces troubles étaient en amélioration. En l'absence d'un examen neuropsychologique, les rapports médicaux de la Dre D._____ n'établissent pas, avec une vraisemblance prépondérante, d'aggravation objective de l'état de santé du recourant.

Le recourant a été soumis à un examen neuropsychologique le 11 novembre 2022, dont le bilan est relaté dans le rapport établi le 1^{er} décembre 2022 par la Dre R._____ du Centre de la Mémoire. Ces investigations complémentaires ont permis d'établir objectivement la péjoration de l'état de santé du recourant.

Ainsi avant la date de l'examen neuropsychologique pratiqué au Centre de la Mémoire, faute d'éléments médicaux objectifs au dossier, en particulier d'un tel examen neuropsychologique, l'aggravation de l'état de santé du recourant ne peut être établie au degré de vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales (cf. consid. 5a *supra*). Or l'examen neuropsychologique du 11 novembre 2022 est postérieur à la décision attaquée du 22 mars 2022, et ne peut dès lors pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral (cf. consid. 2c *supra*). En tant que le recours porte sur la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant jusqu'au 22 mars 2022, date de la décision rendue par l'OAI, il doit ainsi être rejeté. Vu les circonstances – et l'aggravation de l'état de santé d'ores et déjà admise –, il appartiendra à l'intimé de prendre une nouvelle décision – si ce n'est pas déjà fait – s'agissant du droit à la rente pour la période postérieure à la décision attaquée.

d) Enfin, le recourant prétend qu'en raison de son âge (63 ans au moment de la décision litigieuse) le taux d'abattement sur le revenu d'invalidé, fixé à 10% dans la décision du 27 janvier 2015, confirmée par arrêt du 5 février 2016 de la Cour de céans, doit désormais être de 25%.

Le recourant ne saurait toutefois se prévaloir de la jurisprudence selon laquelle, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1). Le seul écoulement du temps - qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'octroi d'une rente d'invalidité ou son augmentation, après un premier refus ou une allocation seulement partielle d'une rente (cf. TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 ; 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2 et 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5).

En l'absence d'une aggravation objectivée de l'état de santé du recourant au moment de la décision litigieuse, le seul fait qu'il ait atteint l'âge de 63 ans n'est donc pas suffisant pour obtenir la révision de la rente partielle allouée par décision du 27 janvier 2015.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par l'audition des témoins requis par le recourant. De telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

8. a) Entièrement mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 mars 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 F._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Lionel Zeiter (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :