

VD_GERICHTE ZD22.018454 vom 15. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.018454

FR: VD_GERICHTE ZD22.018454 du 15 mai 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.018454 del 15 maggio 2024

Erwägungen

E. 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.

- 22 -

E. 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.

E. 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).

- 23 - 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

- 24 - placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

E. 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 1er 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 1er 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,

- 25 - 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 hémisyndrome 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

- 26 - 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 1er 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

- 27 - 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

- 28 - 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

E. 11

novembre 2022, dont le bilan est relaté dans le rapport établi le 1er 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%.

- 29 - 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

- 30 - 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).

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