

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 8 vom 13. April 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__8

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 8 du 13 avril 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 8 del 13 aprile 2023

Regeste

AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 al. 1 LAI, 17 LPGA, 88a RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.04.2023 Arrêt / 2023 / 8

AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 al. 1 LAI, 17 LPGA, 88a RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 18/22 - N/2023 ZD22.002748 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 13 avril 2023

_____ Composition : Mme Pasche , présidente Mme Röthenbacher, juge, et Mme Gabellon, assesseure Greffier : M. Favez ***** Cause pendante entre : Y. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 28 LAI ; art. 17 LPGA E n f a i t : A. Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], mariée et mère d'un enfant né en 20[...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a travaillé pour le B. _____ depuis 1997, y réalisant son apprentissage. L'assurée a déposé le 18 mars 2008 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève, en faisant état d'une sclérose en plaques existant depuis les mois de mars-avril 2006 ayant entraîné une incapacité de travail depuis le 20 mars 2006 (cf. rapport employeur du B. _____ du 17 avril 2008, p. 3, ch. 2.14). Le 31 mars 2008, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie aux H. _____, a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de sclérose en plaques à l'origine d'une incapacité de travail à 100 % depuis le mois de mars 2006. L'assurée a repris son activité de secrétaire assistante auprès du B. _____ le 21 avril 2008 à un taux d'activité de 50 % (cf. lettre de l'employeur du 4 novembre 2008). Le 4 février 2009, le Dr N. _____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de secrétaire assistante avec une stabilisation au mois d'avril 2008. Selon le neurologue traitant, une augmentation de ce taux n'était pas envisageable en raison de la fatigabilité qui persistait chez sa patiente. Par décision du 5 mai 2009, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, à compter du 1 er octobre 2008, en retenant ce qui suit : « Depuis le 7 octobre 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. Il ressort des renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de votre demande que votre atteinte à la santé a entraîné une incapacité de travail totale dès le 7 octobre 2007, puis votre état de santé s'est amélioré, vous permettant reprendre votre activité professionnelle à un taux de 50 % et ce, dès le 21 avril 2008. Du moment qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'entre en ligne de compte, l'incapacité de travail attestée médicalement se confond avec votre incapacité de gain. Ainsi, à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 7 octobre 2008, votre degré

d'invalidité est fixé à 50 %. » B. Le 19 août 2020, C. _____ SA, agissant en qualité d'assureur perte de gain maladie selon la LCA, a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qu'il avait enregistré une incapacité de travail totale pour Y. _____ depuis le 13 mars 2020. Était jointe à son envoi une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, faisant état, quant au genre de l'atteinte, de fatigue chronique, de troubles de la concentration, d'atteintes opératives (sic) et de troubles de l'équilibre, progressivement depuis 2015. Invitée à rendre plausible une modification de son état de santé, l'assurée a adressé un rapport du Dr N. _____ du 15 octobre 2020 à l'OAI, selon lequel il y avait eu une aggravation nette de son état de santé à la fin de l'année 2019, respectivement au début de l'année 2020. A cette période, le neurologue traitant a relaté des troubles du langage, une paraphasie et un manque de mots dont sa patiente avait déjà souffert en 2006 lors de son hospitalisation. Il a signalé une prothèse totale de hanche à droite due à une nécrose aseptique de la tête fémorale en 2011. Il a fait savoir à l'OAI que les symptômes de la sclérose en plaques étaient réapparus en 2019, s'accroissant par la suite très progressivement et limitant fortement sa qualité de vie. Il a estimé que la capacité de travail était de 0 % dans toutes activités et a émis un pronostic réservé. Le Dr N. _____ a joint à son envoi un rapport d'examen neuropsychologique du 30 juin 2020 du Prof. D. _____, spécialiste en neurologie aux H. _____, selon lequel l'assurée souffrait au premier plan d'un dysfonctionnement attentionnel et exécutif d'intensité modérée à sévère. Ce spécialiste concluait à la présence d'un trouble neuropsychologique moyen avec au moins deux sous-fonctions cognitives nettement réduites (plus de 2 ET en-dessous de la valeur moyenne) et les autres au moins légèrement diminuées (1 à 2 ET en dessous de la valeur moyenne). Dans ce contexte, la capacité fonctionnelle de l'assurée était significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles. Il était d'avis que seuls les travaux encore simples pouvaient être réalisés, la capacité fonctionnelle étant fortement limitée dans le travail, ou lors des tâches requérant un niveau d'exigences élevé. Dans un formulaire de détermination du statut de la personne assurée complété le 17 novembre 2020, l'intéressée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100 % comme assistante administrative par intérêt personnel. Dans un rapport du 17 décembre 2020, le Dr N. _____ a maintenu son diagnostic et le taux d'incapacité de travail. Il a estimé que la situation de sa patiente n'était pas compatible avec une activité professionnelle, puisqu'elles nécessitaient toutes une capacité fonctionnelle physique et mentale minimale que l'assurée avait perdue au cours des années et qu'elle ne récupérerait sans doute pas. Sollicité pour avis, le Dr S. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé qu'une expertise neurologique comprenant un volet neuropsychologique était nécessaire afin d'évaluer l'aggravation de l'état de santé de l'assurée rapportée par le neurologue traitant (cf. avis du 28 janvier 2021). Le 12 février 2021, l'OAI a confié une expertise neurologique avec un volet neuropsychologique au centre E. _____, en particulier au Dr E.N. _____, spécialiste en neurologie, lequel a examiné l'assurée le 29 mars 2021. A cette occasion, le Dr E.N. _____ a estimé qu'il était nécessaire d'évaluer le diagnostic d'hypersomnie, non évoqué dans le dossier transmis par l'OAI. En conséquence, il a préconisé une polysomnographie et un test itératif des latences d'endormissement afin de confirmer le diagnostic et de déterminer s'il y avait une cause traitable ou si un traitement spécifique de la somnolence était à envisager (courrier du E. _____ à l'OAI du 31 mars 2021). Après avoir obtenu l'accord de l'OAI (courrier du 7 avril 2021), le E. _____ a demandé au

A. _____ de réaliser les examens demandés par le Dr E.N. _____ par un courrier du 13 avril 2021. Le 10 juin 2021, le Dr A.N. _____, spécialiste en neurologie, et la Dre A.P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux du A. _____, ont rendu leur rapport. Il résultait des tests d'actimétrie, de polysomnographie et du test itératif de latence d'endormissement que le diagnostic d'hypersomnie pouvait être écarté. Le Dr A.N. _____ et la Dre A.P. _____ ont en particulier indiqué ce qui suit : « Les données objectives de l'actimètre et subjectives de l'agenda du sommeil concordent avec des endormissements réguliers aux alentours de 21h, des levers réguliers entre 6h30 et 8h30 en fonction des jours de la semaine ou du week-end. Le temps total de sommeil par 24 heures est en moyenne de 10 heures. A noter que certaines nuits sont émaillées de réveils nocturnes fréquents en deuxième partie de nuit. Nous pouvons en tous les cas exclure une privation comportementale de sommeil, préalablement à la polysomnographie et au test itératif de latence d'endormissement. (...) Conclusion [polysomnographie] - Absence de trouble intrinsèque déstructurant le sommeil. - Hypnogramme dans les limites de la norme avec un long éveil persomnique. Latence au sommeil paradoxal légèrement raccourci à 62 minutes, possiblement évocatrice d'antécédent dépressif ou de symptômes dépressifs actuels. Pour autant, en défaveur d'un syndrome dépressif actuel, nous n'observons pas de surreprésentation du sommeil paradoxal ni de diminution du sommeil lent profond. (...) Conclusion [test itératif de latence d'endormissement] : latence de sommeil moyenne de toutes les siestes 20 minutes correspondant à l'absence d'endormissement. Discussion Ces examens permettent d'exclure une hypersomnolence diurne et un trouble intrinsèque déstructurant le sommeil. Nous sommes probablement dans une situation de fatigue chez une patiente ayant de besoin de sommeil important d'environ 10/24 heures, dans un contexte de sclérose en plaques et possible composante thymique (latence au sommeil paradoxal raccourcie). » Dans un rapport du 18 juin 2021 adressé au Dr E.N. _____, la neuropsychologue E.P. _____ a comparé ses données avec celles résultant de l'examen précédent effectué au mois de juin 2020. Elle a fait savoir qu'il persistait des performances diminuées par rapport aux normes pour l'attention divisée (faire plus d'une tâche à la fois), avec une sensibilité aux interférences qui avait un impact sur certaines tâches exécutives, et une difficulté pour le calcul oral. Les tests de validation qui permettaient d'évaluer la cohérence du tableau neuropsychologique n'étaient « pas bons », rendant douteuse la participation optimale de l'assurée. En conclusion, la neuropsychologue ne retenait pas d'aggravation significative du tableau cognitif depuis la décision de l'AI en 2008. L'expert a également recueilli les rapports du Dr N. _____ des 19 janvier, 13 mai, 1^{er} juin, 26 juillet, 16 septembre et 29 septembre 2016, 3 mars, 25 avril, 30 octobre et 20 décembre 2017, 11 janvier et 19 juillet 2018, 5 février, 11 juillet et 10 décembre 2019, 24 février, 12 mai, 17 juin, 17 juillet, 4 septembre, 15 octobre, 19 novembre et 8 décembre 2020, 11 février et 11 mars 2021. Dans le rapport du 17 juin 2020 en particulier, le Dr N. _____ a fait part de ce qui suit à la généraliste traitante de l'assurée : « On se rend compte qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de justification à une incapacité de travail telle qu'elle lui a été reconnue dès le 19.02.2020 qui serait basée sur un déficit sensitif ou moteur ou sur un problème neuropsychologique spécifique. Il y a des troubles de l'attention et il y a une grande fatigabilité ce qui, pour la patiente, rend impossible la réalisation des tâches qui lui sont habituellement confiées. On discute bien évidemment de l'allègement de ces tâches mais la patiente ne voit pas, d'une part, comment alléger son activité alors qu'elle est déjà à 50 % et comment lui confier des tâches qui seraient peut-être moins astreignantes du point de vue neuropsychologique mais également moins

intéressantes. On a hâte d'avoir le résultat de l'examen neuropsychologique qui se baserait surtout sur l'analyse de la fatigabilité et des fonctions exécutives telles que la planification dans son activité professionnelle. » Il a également recueilli l'IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale du 15 août 2019 réalisée par la Dre R. _____, spécialiste en radiologie, laquelle concluait en ces termes : « Stabilité des lésions d'aspect démyélinisant cérébrales et médullaires cervicales sans lésion active ce jour. Progression minimale de l'atrophie cérébrale diffuse. Mise en évidence d'un rehaussement hétérogène en défaveur du côté gauche de la glande hypophysaire ; à confronter si besoin à une IRM hypophysaire dédiée. » Dans son rapport du 13 août 2021, le Dr E.N. _____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de sclérose en plaques de forme poussée-rémission, actuellement en rémission, sans poussée depuis 2014 (p. 17, I/6). Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic de status après prothèse de hanche droite sur nécrose aseptique en 2011 (ibid.). Il a énoncé le profil d'effort suivant (p. 21, I.7.d.1) : « Etant donné les résultats de l'examen neuropsychologique, une activité nécessitant une attention soutenue ou sollicitant fortement les capacités de décision sont à éviter. Un travail de nuit ou posté est à éviter [sic]. Les capacités de concentration limitent la durée du travail, il est adéquat de limiter celle-ci à une demie journée. Les signes cortico-spinaux se manifestant sous forme d'une hyperreflexie gauche chez une gauchère peuvent être la cause d'une fatigabilité en cas d'effort physique répétés ou de port de charge au-delà de 10 kg. » Le Dr E.N. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % depuis la décision du 1^{er} octobre 2008 [recte : 5 mai 2009]. Dans un avis du 31 août 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise. Par projet de décision du 2 septembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser d'augmenter sa rente au motif que la capacité de travail exigible était inchangée et qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier son droit à la rente. Par courrier du 30 septembre 2021, l'assurée, désormais représentée par la J. _____, a contesté ce projet de décision en décrivant une fatigue et une somnolence à l'origine d'erreurs multiples et d'une moindre productivité dans ses tâches administratives ayant justifié un déplacement dans une fonction moins contraignante que précédemment au B. _____, puis une incapacité de travail totale. Elle a annoncé un rapport du Dr N. _____ et du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil du B. _____. L'assurée a complété ses observations le 2 novembre 2021. Elle a produit des rapports des 12 octobre et 17 décembre 2021 du Dr N. _____, selon lequel il n'y avait pas de changement par rapport aux précédentes consultations. Le neurologue traitant ne constatait pas de déficit sensitif et moteur, mais retrouvait les mêmes difficultés neuropsychologiques (mémoire, attention, lenteur, dyscalculie) auxquelles s'ajoutaient actuellement des plaintes urinaires. Quant au Dr K. _____, il a relevé que l'assurée présentait depuis plusieurs années des difficultés importantes de concentration, des difficultés majeures à apprendre et à utiliser de nouveaux logiciels, des lenteurs dans l'accomplissement des tâches, des oublis réguliers et était sujette à un stress important ce qui entraînait des difficultés sur sa santé mentale (anxiété, fatigue). Faute de pouvoir proposer à l'assurée un poste adapté, il a indiqué qu'un licenciement était possible début 2022. Dans un avis du 9 décembre 2021, le Dr S. _____ du SMR s'est prononcé comme suit sur les documents médicaux produits par l'assurée : « Un RM du Dr N. _____, du 12.10.21, indique une absence de modification significative et objective concernant les plaintes et l'examen clinique. Un RM du Dr K. _____, du 02.11.21, indique qu'il n'a jamais examiné l'assurée, ni évalué directement la CTAH. Il évoque des

motifs budgétaire et organisationnel. Les observations concernant les difficultés de l'assurée en emploi sont subjectives, et aucun élément médical objectif n'est apporté pour montrer une aggravation de l'état de santé, chez une assurée dont le niveau de performance est connu de longue date. Discussion : Nous n'avons pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux permettant de retenir une modification de l'état de santé depuis le dernier examen, ni de remettre en cause le caractère probant de l'expertise réalisée. Les précédentes conclusions restent valables. » Par décision du 10 décembre 2021, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente déposée par l'assurée, faute d'aggravation de son état de santé par rapport à la décision du 5 mai 2009. Sa capacité de travail demeurait de 50 % dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles. Une prise de position du même jour, faisant partie intégrante de la décision, était jointe. L'OAI y expliquait que le rapport d'expertise du Dr E.N. _____ répondait aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante et qu'après examen par le SMR, les rapports des Drs N. _____ et K. _____, fournis durant la procédure d'audition, n'apportaient pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux permettant de retenir une modification de l'état de santé depuis le dernier examen ni de remettre en cause le caractère probant de l'expertise réalisée par le Dr E.N. _____. C. Par acte du 24 janvier 2022, Y. _____, désormais représentée par Me Karim Hichri d'Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, et subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2020. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique avec un examen neuropsychologique. En substance, elle fait valoir que son état s'est péjoré depuis la décision du 5 mai 2009. Sur le plan neurocognitif, elle fait grief à la neuropsychologue mandatée par l'expert E.N. _____ de s'être prononcée sur la base d'une IRM de 2019 qui n'est plus d'actualité. Elle a retenu à ses yeux de manière non probante que les troubles de l'attention et les difficultés en calcul qu'elle présente résulteraient d'un manque de collaboration, sans examiner l'impact de sa fatigue, lequel n'a pas été dûment pris en compte. L'intéressée reproche en outre à l'intimé l'absence de rigueur des examens réalisés durant l'expertise. Elle soutient qu'il existerait des indices en faveur d'une atteinte psychiatrique surajoutée, laquelle pourrait être une cause ou une conséquence de la fatigue et des troubles neurocognitifs. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et neurologique, avec un volet neuropsychologique. Dans sa réponse du 24 mars 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. L'intimé a produit un avis du 18 mars 2022 du Dr S. _____ du SMR, lequel a observé que ni les intervenants soutenant la recourante ni l'expert n'avaient préconisé la nécessité d'une nouvelle IRM, précisant que les IRM réalisées entre 2019 et 2020 et les plus anciennes montraient une stabilité globale, alors même que les plaintes d'aggravation de l'état de santé étaient déjà présentes. Toujours est-il qu'une aggravation à l'imagerie ne signifierait pas encore une péjoration fonctionnelle, ce que l'expert avait exclu. Quant à une éventuelle atteinte psychiatrique, le Dr S. _____ du SMR l'a exclue, faute de présence de signes en ce sens, de répercussions spécifiques dans la vie quotidienne, ni même de plaintes qui permettraient d'évoquer un diagnostic de type anxieux ou dépressif spécifique et d'une intensité incapacitante. Il a également noté à ce propos qu'une prise en charge spécialisée n'était pas nécessaire. 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 de fin d'année, auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur l'étendue du droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 19 août 2020 par C._____ SA pour le compte de l'intéressée. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, il s'agit en particulier de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure justifiant la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 décembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. 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).

5. a) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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).

b) 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).

c) Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

6. a) Le 19 août 2020, C._____ SA a annoncé la recourante auprès de l'office AI compétent après avoir enregistré une incapacité de travail totale depuis le 13 mars 2020. Dans le cadre de sa demande de révision, la recourante fait valoir que son état de santé s'est péjoré, les

symptômes de la sclérose en plaques étant réapparus en 2019 et s'étant accentués très progressivement, limitant fortement sa qualité de vie et entraînant une incapacité totale de travail. Se fondant sur le rapport d'expertise du 13 août 2021 du Dr E.N. _____, sur les examens spécialisés menés par le A. _____ et par la neuropsychologue E.P. _____, ainsi que sur les avis des 31 août 2021, 9 décembre 2021 et 18 mars 2022 du SMR, l'office intimé a considéré pour sa part que la situation médicale était superposable à celle prévalant lorsque la décision du 5 mai 2009 a été rendue, si bien qu'il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante lui ouvrant le droit à une rente plus élevée. En l'occurrence, il convient de comparer la situation actuelle avec celle qui prévalait le 5 mai 2009, lorsque l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève a rendu la première décision (ayant fait l'objet d'une instruction complète), et de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est notablement péjoré depuis lors, entraînant une incapacité de travail et de gain plus importante qu'auparavant, au point de justifier une augmentation du droit à la rente. b) Dans le cadre de la demande de prestations ayant conduit à la décision d'octroi d'une demi-rente le 5 mai 2009, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève s'était fondé sur l'appréciation du médecin traitant de la recourante, le Dr N. _____, lequel avait attesté une incapacité de travail totale, puis de 50 % (rapports des 31 mars 2008 et 4 février 2009), et sur la reprise de son travail de secrétaire assistante (activité habituelle) auprès du B. _____ le 21 avril 2008 à un taux d'activité de 50 %. Il en avait déduit un degré d'invalidité de 50 % et octroyé à la recourante une demi-rente de l'assurance-invalidité. A la suite de la demande de révision déposée par la recourante au mois d'août 2020, l'intimé a mis en œuvre une expertise neurologique, confiée au Dr E.N. _____ du E. _____. Ce dernier s'est adjoint les services de la neuropsychologue E.P. _____ et des médecins du A. _____ (Dr A.N. _____ et Dre A.P. _____). Il a recueilli les rapports du Dr N. _____, le rapport d'IRM du 15 août 2019 (Dre R. _____) et les bilans neuropsychologiques réalisés aux H. _____. Il a ensuite posé une anamnèse détaillée, décrit son examen clinique et les résultats des examens spécialisés, confirmant, après avoir exclu un trouble du sommeil, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de sclérose en plaques à forme poussée-rémission, actuellement en rémission (plus de poussée depuis 2014) et celui, sans incidence sur la capacité de travail, de status après prothèse de hanche droite sur nécrose aseptique en 2011 (p. 17, I/6). Il a estimé que la capacité de travail de la recourante demeurerait de 50 % dans son activité habituelle de secrétaire assistante, les limitations fonctionnelles étant les suivantes (p. 21, I.7.d.1) : pas d'activité nécessitant une attention soutenue ou sollicitant fortement les capacités de décision, pas de travail de nuit ou posté, pas d'effort physique répété et pas de port de charge au-delà de 10 kg. Sur le plan formel, le rapport d'expertise neurologique du Dr E.N. _____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. En effet, l'expert a établi le contexte médical de la recourante de manière très détaillée, puisqu'il a reconstitué son dossier médical depuis le début de la prise en charge par le Dr N. _____, recueillant de nombreux rapports médicaux et une imagerie qui ne figuraient pas au dossier de l'intimé (Annexe 1 et 6). Il a procédé à l'examen clinique de la recourante personnellement et a demandé des examens complémentaires auprès d'une neuropsychologue et d'un centre spécialisé dans les maladies du sommeil, avant de discuter l'ensemble des éléments recueillis (pp. 11 à 16). L'expert a établi l'anamnèse personnelle, familiale, médicale et professionnelle de la recourante, ainsi que sa journée-type (pp. 7 à 10). Il a listé ses plaintes (pp. 4-5, 7 et spéc. p. 17). Le Dr E.N. _____ a posé les diagnostics avec et sans

répercussion sur la capacité de travail de lege artis (pp. 17-19), répondu aux questions de l'intimé et communiqué des conclusions motivées (pp. 19 à 24) et cohérentes avec ses observations. Le Dr E.N._____ a repris les données médicales objectives pour conclure à la stabilité de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et nier l'aggravation de son état de santé. Il a rappelé les poussées de la sclérose en plaques en 2006 et 2008, leur conséquence et leur gravité fonctionnelle, et a détaillé la médication prescrite (initialement du Tysabri ®, puis du Gilenya ® dès 2014 à la suite d'une positivité au virus JC). L'expert a relevé que depuis l'adaptation du traitement, il n'existait pas d'argument clinique ou radiologique pour une forme progressive de sclérose en plaques ni pour de nouvelles poussées (p. 17). Cette conclusion peut être suivie. On retrouve notamment dans le dossier médical de la recourante un rapport du Dr N._____ du 17 juin 2020, lequel concorde avec l'analyse du Dr E.N._____. Le neurologue traitant a en effet exclu que l'aggravation de l'incapacité de travail de la recourante résulte d'un déficit sensitif ou moteur ou d'un problème neuropsychologique spécifique. Selon le Dr N._____, les plaintes de l'intéressée consistaient en des difficultés de concentration et une fatigue très marquée qui l'empêchaient de reprendre un emploi. Toujours sur le plan subjectif, le Dr N._____ rapporte que sa patiente avait le sentiment d'être « tout de suite dépassée » lorsqu'il y avait une activité à réaliser, le moindre travail lui apparaissant comme « une véritable montagne ». A cette époque, le neurologue traitant réservait l'examen neuropsychologique aux H._____ qui n'avait pas encore eu lieu. Pourtant, dans ses derniers rapports postérieurs à l'examen neuropsychologique du 30 juin 2020 aux H._____, le neurologue traitant a maintenu ses conclusions quant à l'absence de déficit sensitif ou moteur subséquent ou d'un problème neuropsychologique spécifique surajouté (rapports des 17 juillet, 4 septembre, 15 octobre, 19 novembre et 8 décembre 2020, 11 février, 11 mars, 12 octobre et 17 décembre 2021). S'agissant en particulier du dernier rapport du 17 décembre 2021, le Dr N._____ admet – sans les décrire – que les répercussions cliniques des évolutions lésionnelles visibles à l'IRM du 15 août 2019 sont « minimales » ; il se déclare en outre « sans nouvel argument » sur le plan neurologique ou neuropsychologique. Le status observé par le Dr E.N._____ en examen (pp. 11-15) concorde aussi avec celui dressé par le Dr N._____ (cf. notamment les rapports du neurologue traitant des 17 juin et 17 juillet 2020, ainsi que du 11 mars 2021 en dernier lieu), si bien qu'il n'est pas possible de discerner d'argument en faveur d'une aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan strictement neurologique. Il convient de distinguer, dans les rapports du Dr N._____, les plaintes et éléments subjectifs, de l'absence de nouveau déficit sensitif ou moteur ou de nouvelle atteinte neuropsychologique spécifique. S'agissant des premiers, il n'y a pas lieu de les intégrer à l'appréciation de la capacité de travail. Faute de nouveau substrat organique, il y a ainsi lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier et qui peut pour partie expliquer, dans le cas d'espèce, une appréciation différente de l'évolution des ressources résiduelles de la recourante sur le plan professionnel (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc ; TF 8C_65/2021 du 17 juin 2021 consid. 5.3.3). Reste les plaintes liées au besoin de sommeil accru associé à une baisse des capacités de concentration de la recourante. A cet égard, il ne ressort pas du dossier que le Dr N._____ aurait poussé plus en avant les investigations sur le plan du sommeil, malgré les plaintes de sa patiente. Le Dr E.N._____ pour sa part a commandé trois examens spécifiques auprès de la neuropsychologue E.P._____ et du A._____ . Après avoir pris connaissance de ces

rappports, l'expert a motivé comme il suit l'exclusion du diagnostic d'hypersomnie : « La plainte principale justifiant d'après la personne assurée son incapacité de travail actuelle est une somnolence diurne qui pourrait faire envisager un diagnostic d'hypersomnie. Une hypersomnie est définie comme un besoin chronique de 11 heures ou plus de sommeil par 24 heures ou d'endormissements incoercibles durant la journée. Il a été pratiqué 3 examens dans le domaine du sommeil : 1. Un examen comportant l'enregistrement à domicile pendant 2 semaines de son activité qui démontre l'absence d'anomalie significative, le sommeil total par 24 heures étant de 10 heures. Il n'y a pas non plus d'élément évoquant un trouble important de l'hygiène du sommeil. 2. L'examen du sommeil nocturne ne montre aucune pathologie, qu'elle soit de nature neurologique (par exemple démontrant les critères communs aux hypersomnies) ou qu'une autre pathologie perturbe le sommeil (par exemple syndrome d'apnées du sommeil, mouvements anormaux etc.), la seule anomalie étant un éveil persomnique relativement long, diminuant ainsi l'efficacité du sommeil nocturne. 3. Il n'y a strictement aucune somnolence diurne lors de 4 siestes ce qui est inhabituel, en général il y a au moins quelques épisodes de somnolence. On doit donc retenir une dissociation complète entre la symptomatologie et les examens objectifs qui ne démontrent aucun argument pour justifier une limitation totale de la capacité de travail. En dehors, lors des examens du sommeil nocturne et diurne, la personne assurée a rempli le formulaire de la fatigue chronique utilisé dans le cadre de la sclérose en plaques. Par rapport aux moyennes de personnes comparables, il faut noter l'importance du score « physique » alors qu'il n'y a que peu d'anomalies au niveau du status qui justifient ce résultat, alors qu'en contraste le score « cognitif » est en dessous de la moyenne des personnes comparables. Comme il y a plainte de type neurocognitif avec un examen neuro-psychologique effectué en juin 2020 qui démontrait des anomalies, l'examen a été refait, celui-ci démontre des troubles de l'attention qui peuvent avoir des répercussions au niveau exécutif, des difficultés en calcul oral mais en gros la préservation du fonctionnement neuropsychologique. Les tests de validation de l'examen neuropsychologique sont incohérents et sont indicatifs d'une collaboration qui n'est pas optimale. » Ces conclusions démontrent de manière convaincante qu'il n'y a pas de péjoration notable et durable de l'état de santé de la recourante depuis 2009, qui entraînerait une diminution notable de sa capacité de travail par rapport à ce qui avait été admis à l'époque, étant observé que les rapports du Dr N. _____ ne divergent pas dans leurs observations strictement médicales de celui de l'expert E.N. _____. c) La recourante conteste la valeur probante de l'expertise. Elle remet notamment en cause les constats de la neuropsychologue E.P. _____, au motif qu'elle se prononce, dans son rapport d'examen du 18 juin 2021, en lien avec une IRM datant de l'année 2019, laquelle ne serait dès lors plus d'actualité. Or, comme le relève le Dr S. _____ du SMR (cf. avis du 18 mars 2022), les intervenants médicaux en charge de la recourante n'ont pas préconisé la nécessité d'une nouvelle IRM. Au demeurant, l'IRM du 15 août 2019 réalisée par la Dre R. _____ est la dernière imagerie au dossier. Cette radiologue décrit ce qui suit : « Système ventriculaire : de dimensions normales pour l'âge. Espaces extra-axiaux : d'aspect normal pour l'âge. Parenchyme cérébral : discrète progression de l'atrophie cérébrale diffuse et de l'atrophie du corps calleux prédominant au niveau de la partie antérieure de son tronc notamment par rapport aux comparatifs les plus anciens de 2008 et 2010. Stabilité des lésions d'aspect démyélinisant et confluentes prédominant en périventriculaire supratentorial bilatéral ainsi que des lésions pontiques et du pédoncule cérébelleux moyen gauche avec un aspect moins tuméfié ce jour et par endroit discrètement moins intense, sans prise de contraste. DVA

pariétale gauche. Sinus – orbites : pas d'argument pour une névrite optique. Voûte et base du crâne : sous réserve d'un examen donc non dédié, rehaussement hétérogène de la glande hypophyse avec notamment une zone moins rehaussée du côté gauche posant la question d'une atteinte intra-glandulaire : à confronter à la clinique et si besoin à une IRM hypophysaire dédiée. Autres constatations : au niveau médullaire : On retrouve les lésions hyperintenses intra-médullaires étendues au niveau de C2 et au niveau de C5-C6 avec une meilleure visualisation ce jour sous réserve d'une technique différente. L'étendue en hauteur des lésions est identiques. Pas de prise de contraste ce jour ni d'atrophie. » La Dre R. _____ conclut son rapport en mettant en évidence la stabilité des lésions d'aspect démyélinisant cérébrales et médullaires cervicales et l'absence de lésion active au jour de son examen. Elle relève une progression minimale de l'atrophie cérébrale diffuse. La radiologue observe un rehaussement hétérogène en défaveur du côté gauche de la glande hypophysaire, à confronter si besoin à une IRM hypophysaire dédiée. Le complément d'imagerie proposé n'a cependant pas été demandé par le Dr N. _____ (cf. le rapport du 10 décembre 2019), ce dernier ne relevant d'ailleurs rien de particulier au sujet de l'IRM du 15 août 2019 lors de cette consultation qui suit directement l'imagerie ni lors des suivantes. Il convient ainsi de constater que cette ultime IRM, comparée aux plus anciennes, a montré une stabilité globale, ceci à une époque où les plaintes d'aggravation de l'état de santé étaient déjà présentes. Pour le surplus, la recourante n'élève pas d'autres griefs à l'encontre du rapport de la neuropsychologue E.P. _____. Cette dernière a pris connaissance des précédents examens neuropsychologiques, qu'elle a résumés. Elle a en outre bien listé les plaintes de la recourante, et procédé à un examen complet en relevant notamment le fait que l'intéressée s'est montrée collaborante et adéquate. Sur la base de cet examen, elle a relevé des signes de dysfonctionnement exécutif touchant la mémoire de travail (composante de sensibilité aux interférences notamment), la programmation, respectivement la planification, et le contrôle inhibiteur, un fléchissement attentionnel en attention divisée et en vitesse de traitement (cliniquement et à un test d'exploration visuo-spatiale), des difficultés en mémoire épisodique non verbale supérieure à celle en mémoire verbale, des difficultés en calcul oral et de possibles signes de la lignée anxio-dépressive. La recourante a toutefois fait preuve d'incohérences sur le plan extrinsèque à un questionnaire de répertoire de symptômes et à deux tests mnésiques spécifiques présentant des difficultés à des parties de tests jugées comme plus faciles, non compatibles avec un profil de pathologie démentielle (p. 3). La neuropsychologue E.P. _____ a constaté que le reste des fonctions cognitives investiguées se situait dans la norme (langage, habiletés praxiques gestuelles – fines et globale – et constructives, gnosies visuelles et spatiales ; mémoire immédiate et autobiographique ; transfert interhémisphérique), sans signe de main étrangère ou de dyspraxie diagnostique (p. 4). Dans la mesure où la comparaison avec le bilan du 30 juin 2020 réalisé aux H. _____ était possible, elle a relevé la préservation des habiletés practo-gnosiques et des difficultés en calcul oral, une légère amélioration de la vitesse de traitement de l'information et de l'attention divisée, une dégradation de la mémoire épisodique non verbale surtout et la persistance d'une fatigue appréciée cliniquement comme modérée (p. 4). S'agissant des incohérences aux tests de validation des symptômes et des performances (lesquels n'avaient pas été pratiqués antérieurement), celles-ci rendaient douteuse une participation optimale de la patiente selon l'expert E.N. _____ (p. 18). A l'instar du Dr S. _____ du SMR (avis du 18 mars 2022), il y a lieu de constater que le tableau neurocognitif est globalement stable, avec une composante de majoration des sous-performances. On observe encore que les spécialistes des

H. _____ n'ont pas envisagé une incapacité totale de travailler sous l'angle neuropsychologique, mais admettent qu'il demeure une capacité de travail pour les « travaux encore simples » sans plus de détail sur les limitations fonctionnelles, par la suite bien détaillées par l'expert E.N. _____ (cf. p. 21, I.7.d.1). Pour le surplus, la recourante ne produit aucun avis spécialisé subséquent mettant en doute les conclusions de l'expertise sur le plan neuropsychologique. Dans ces circonstances, tant les conclusions de la neuropsychologue E.P. _____ que celles du Dr E.N. _____, étant bien étayées, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Quant à la question de la fatigue, laquelle n'aurait pas été suffisamment prise en compte, il convient de souligner que l'expert E.N. _____ s'est adjoint les services du A. _____ (Dr A.N. _____ et Dre A.P. _____), qui a procédé à plusieurs examens (actimétrie, polysomnographie, test itératif de latence d'endormissement), à l'issue desquels le neurologue A.N. _____ et la psychiatre A.P. _____ ont exclu un trouble intrinsèque déstructurant le sommeil avec un hypnogramme dans les limites de la norme avec un long éveil persomniac. Ils ont constaté une latence au sommeil paradoxal, légèrement raccourci à 62 minutes, ce qui pouvait possiblement évoquer un antécédent dépressif ou des symptômes dépressifs actuels. Pour autant, les spécialistes du sommeil n'observaient pas de surreprésentation du sommeil paradoxal ni de diminution du sommeil lent profond, ce qui argumentait en défaveur d'un syndrome dépressif actuel. Au test itératif de latence d'endormissement, ils ont conclu à une latence de sommeil moyenne de toutes les siestes de 20 minutes, correspondant à l'absence d'endormissement. Le Dr A.N. _____ et la Dre A.P. _____ ont exclu une hypersomnolence diurne et un trouble intrinsèque déstructurant le sommeil, estimant que la recourante présentait une situation de fatigue avec un besoin de sommeil important d'environ 10 heures par jour, dans un contexte de sclérose en plaques et d'une possible composante thymique. Or, compte tenu de la description de la journée type faite à l'expert E.N. _____ (pp 9-10, I.3.b.8 et I.3.b.10), il n'apparaît pas inconcevable pour la recourante d'exercer une activité professionnelle à un taux de 50 %, déplacement en sus, tout en intégrant le besoin de sommeil de l'ordre de 10 heures défini par le Dr A.N. _____ et la Dre A.P. _____. Bien étayées sur la base d'examens cliniques complets, les conclusions du A. _____ méritent d'être confirmées. Enfin, la recourante explique qu'il ressortirait des rapports qui précèdent de la neuropsychologue E.P. _____ et du A. _____ de possibles signes de la lignée anxio-dépressive. Cela ne fonde pas encore une atteinte incapacitante au plan psychiatrique. Il n'y a aucun signe franc en faveur d'une atteinte thymique dès lors que d'autres explications pourraient entrer en ligne de compte selon le rapport du 10 juin 2021 du A. _____ (cf. p. 3, 2 e tiret : « Pour autant, en défaveur d'un syndrome dépressif actuel, nous n'observons pas de surreprésentation du sommeil paradoxal ni de diminution du sommeil lent profond. »). Le neurologue de la recourante ne décrit pas un status clinique inquiétant, la médication de Xanax ® restant en réserve selon les déclarations de l'intéressée à l'expert (p. 10, I.3.b.11). On ne voit au demeurant pas dans le rapport du 11 mars 2021 du Dr N. _____ mentionné dans le recours un élément relatif à une atteinte psychiatrique. De telles difficultés n'apparaissent pas dans l'anamnèse et dans la description de la vie quotidienne faite par la recourante à l'expert (pp. 7-10). Pour le surplus, comme le mentionne le Dr S. _____ du SMR (cf. avis du 18 mars 2022), les scores à des questionnaires, qui s'apparentent davantage à des auto-évaluations visant une appréciation relative, n'ont pas de valeur diagnostique ni de valeur absolue dans l'appréciation de l'intensité des symptômes, les scores reflétant ici d'une autre manière les symptômes aspécifiques attribués à l'atteinte neurologique. Il est

enfin observé que le dossier a été soumis, dans le cadre des examens menés au A. _____ à la Dre A.P. _____, laquelle est spécialisée en en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci n'a pas fait part d'élément particulièrement inquiétant ni suggéré de complément d'instruction dans sa sphère de compétence. Pour le surplus, le Dr E.N. _____ confirme la gravité fonctionnelle « moyenne » du diagnostic retenu (p. 19) et les limitations fonctionnelles qui en découlent (p. 21), justifiant une incapacité de travail de 50 % dans toutes activités (pp. 22-23) cohérente avec les constatations objectives des intervenants. d) Les documents médicaux du dossier démontrent de manière convaincante qu'il n'y a pas de péjoration notable et durable de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 5 mai 2009. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé la révision du droit à la rente. 7. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire de psychiatrie et de neurologie avec un examen neuropsychologique. Les éléments médicaux du dossier sont cependant suffisants pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause, si bien que l'on peut y renoncer par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. 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). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'Y. _____. 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 Karim Hichri, Inclusion Handicap (pour la recourante), ■■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, ■■ Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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