

VD_GERICHTE ZD22.002748 vom 13. April 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.002748

FR: VD_GERICHTE ZD22.002748 du 13 avril 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.002748 del 13 aprile 2023

Erwägungen

E. 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

- 14 - 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).

E. 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,

E. 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.

- 15 - 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

- 16 - 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 - 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

- 18 - 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 rapports, 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

- 19 - « 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 de dimensions normales pour l'âge. ventriculaire : Espaces extra- d'aspect normal pour l'âge. axiaux : Parenchyme discrète progression de

l'atrophie cérébrale cérébral : 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

- 20 - périventriculaire supratentoriel 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 sous réserve d'un examen donc non dédié, crâne : 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.

- 21 - 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

- 22 - 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

- 23 - 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, 2e 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

E. 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

- 24 - 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. 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 LPG).

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