

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2024

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu et Mme Livet, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 LPGA ; 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. a) H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...], titulaire d'un permis d'établissement, a travaillé comme employée d'intendance à 80 % au sein de l'[,...], depuis le mois de mars 2007.

Dès l'année 2010, l'assurée a ressenti des douleurs diffuses généralisées.

Le 3 juillet 2014, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une fibromyalgie chronique (« symptômes et douleurs » depuis 2010 puis diagnostiquée en 2013), à l'origine d'une incapacité totale de travail à compter du 18 février 2014 (75 % à compter du 1^{er} mars 2014 et 50 % [d'un 80 %] à compter du 19 mars 2014).

J._____ SA, assureur perte de gain de l'ancien employeur de l'assurée, a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets rhumatologique et psychiatrique (cf. expertise des Drs C._____ et V._____ du 7 juillet 2014, du [...]), lors de laquelle les experts ont posé le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis 2010, sans comorbidité psychiatrique, ni repli social, ni état psychique cristallisé. Ils ne retenaient aucune limitation fonctionnelle et considéraient que la capacité de travail de l'assurée était complète dans toutes activités sans diminution de rendement, ce dès le 30 juin 2014.

Par décision du 15 avril 2015, confirmant un projet de décision du 9 février 2015, l'OAI a refusé à la recourante le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante et qu'en l'absence de limitation fonctionnelle, il n'existait pas d'empêchement dans la tenue de son ménage.

Par la suite, l'assurée - qui avait repris son activité habituelle depuis le 15 juillet 2014 à 80 % - a vu son état de santé se détériorer et s'est à nouveau trouvée en incapacité totale de travail à compter du 17 juin 2015 (50 % à compter du 1^{er} juillet 2015). Dans ce contexte, J. _____ SA a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire avec volets rhumatologique et psychiatrique (cf. expertise du 29 décembre 2015 des Drs C. _____ et G. _____, du [...]). Sur le plan rhumatologique, les experts ont posé le diagnostic de spondylolisthésis de L5 sur S1 sur spondylolyse bilatérale asymptomatique jusqu'à présent, qui avait décompensé en 2010 et qui s'était incontestablement accentué depuis lors. Sur le plan psychiatrique, ils ont confirmé le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont estimé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'impliquant pas le port de charges supérieures à 5 kg, surtout avec les bras éloignés du corps, de travaux en hauteur, des mouvements répétitifs, de positions en porte-à-faux du tronc ou des positions statiques (assise ou debout) excédant trente minutes.

Par arrêt du 30 mars 2017 (CASSO, AI 197/15 - 105/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et a confirmé la décision du 15 avril 2015 de l'OAI, estimant que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte organique.

b) Entre temps, l'assurée avait déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 7 mars 2016 invoquant les mêmes motifs que ceux mentionnés lors de la première demande.

Par décision du 20 novembre 2017 confirmant un projet de décision du 10 octobre 2017, l'OAI a toutefois nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement, compte tenu d'un degré d'invalidité de 15.19 %. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

c) Le 24 mai 2018, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI pour les mêmes motifs que les précédentes. L'assurée ayant rendu plausible une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, l'OAI est entré en matière.

Dans le cadre de l'instruction, ce dernier a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée aux Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale.

Dans leur rapport du 23 juillet 2019, les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

« **1. Cervicalgies et lombalgies chroniques (CIM-10 M54.2, M54.5).**

□ Sur le plan radiomorphologique, remaniements discodégénératifs pluri- étagés et modérés de la colonne cervicale (IRM 2010).

Discret antélisthésis L5-S1 de degré 1, discopathie avec débord discal L5-S1 et fissuration de l'anneau discal L5-S1, arthrose post-inflammatoire L4-L5 à l'IRM du 08.06.2015.

Minimes troubles statiques du rachis lombaire. Spondylo-antélisthésis de L5-S1 sur lyse bilatérale avec discopathie associée. Pas de signe d'instabilité à la radiographie fonctionnelle du 05.02.2019.

Spondylo-antélisthésis de grade I de L5-S1 sur spondylolyse bilatérale associée à une discopathie protrusive sans hernie à IRM lombo-sacrée du 05.02.2019.

□ Sur le plan clinique, diffuses contractures musculaires de la musculature paravertébrale au niveau cervical, thoracique et lombaire, sans signe ni de claudication cervicale ou lombaire, ou d'instabilité lombaire.

2. Épisode dépressif moyen (CIM10 F32.1)

3. Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM 10 F45.4) ».

Les experts ont également posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de douleurs intermittentes aux membres supérieurs et inférieurs, sans véritable corrélation organique. Ils

ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle d'employée d'intendance depuis le 8 juin 2015 alors qu'elle était de 50 %, depuis le 29 décembre 2015, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (sur le plan rhumatologique : le port de charges au-dessus de 5 kg, les travaux en hauteur, les mouvements répétitifs ou les positions en porte-à-faux du tronc ainsi que la position statique assise ou debout au-delà de trente minutes ; sur le plan psychiatrique : l'anhédonie, l'aboulie et la fatigue), sans diminution de rendement.

Selon un rapport d'enquête ménagère du 11 juin 2020, l'assurée était totalement apte à s'occuper du ménage (incapacité de 0 %).

Par décisions des 1^{er} septembre et 1^{er} octobre 2020, confirmant un projet de décision du 12 juin 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018, compte tenu d'un taux d'invalidité arrondi de 42 %. Ces décisions n'ont pas été contestées et sont entrées en force.

d) Le 5 août 2022, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de révision et a produit, à l'appui de celle-ci, les documents suivants, censés démontrer une aggravation de son état de santé :

- un rapport du 22 septembre 2021 du Dr T._____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, indiquant que l'état de santé de l'assurée semblait s'aggraver, avec l'apparition probable d'une récente claudication neurogène en rapport avec la sténose foraminale bilatérale mise en évidence par une IRM effectuée le 10 juin 2021 ;
- un rapport du 4 mars 2022 de la Dre F._____, spécialiste en radiologie, relatif à une IRM de contrôle post-opératoire pour laminectomie et spondylodèse L5-S1 ;
- un rapport du 8 avril 2022 des Drs B._____, spécialiste en neurochirurgie, et K._____, lesquels posaient le diagnostic de

spondylolisthésis de grade I selon Meyerding L5-S1 avec lyse isthmique et sténose foraminale bilatérale ; ils indiquaient que l'assurée avait subi le 2 mars 2022 une spondylodèse postérieure L5-S1 sous neuronavigation par Brainlab avec laminectomie L5 ainsi que isthmectomie et foraminotomie bilatérale L5-S1 et mise en place d'une cage intersomatique depuis la droite sous technique microchirurgicale ;

- un lot de certificats médicaux des 10 mars, 12 avril, 5 mai, 7 et 23 juin 2022 des Drs K._____ et B._____, attestant d'une incapacité totale de travail du 2 mars au 31 juillet 2022 ;
- un rapport du 1^{er} juillet 2022 du Dr B._____, indiquant que malgré l'intervention du 2 mars 2022, l'évolution était marquée par la persistance de lombalgies différentes d'avant l'intervention qui handicapaient la patiente, surtout dans ses activités physiques ; le traitement antalgique et les séances de physiothérapie n'amélioraient que modérément la situation. Il soulignait en revanche que les douleurs au niveau cervical avaient diminué alors que celles dans les membres inférieurs avaient complètement disparu ;
- un rapport du 7 juillet 2022 du Dr D._____, spécialiste en gastroentérologie, relatif à une oeso-gastro-duodéoscopie et à une coloscopie réalisées le même jour, cette dernière mettant en évidence la présence d'une petite ulcération aspécifique de l'iléon terminal, qui pouvait éventuellement correspondre à une iléite en voie de cicatrisation ;
- un rapport du 19 juillet 2022 du Dr M._____, spécialiste en pathologie, lequel faisait état notamment d'une légère gastropathie réactionnelle de l'antra gastrique, avec un microfoyer de métaplasie intestinale incomplète, ainsi que d'une gastrite chronique atrophique avec métaplasie majoritairement pseudopylorique du corps gastrique ; l'image histologique était suggestive d'une maladie de Biermer, malgré l'absence d'hyperplasie neuroendocrine à cet instant, pour autant que cela fusse en accord avec les données sérologiques ;

- un rapport du 2 août 2022 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, résumant les rapports susmentionnés.

Dans un avis du 17 octobre 2022, le Dr Z._____, médecin praticien, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a considéré que les rapports médicaux précités n'apportaient pas d'éléments démontrant une aggravation de l'état de santé. S'agissant du rapport du 22 septembre 2021 du Dr T._____, l'examen était pour l'essentiel superposable à l'expertise du 23 juillet 2019. Le diagnostic de claudication neurogène n'avait pas été rapporté jusque-là, notamment lors des trois précédentes expertises et n'était d'ailleurs pas repris par le Dr B._____, dont les rapports montraient, après l'intervention du 2 mars 2022, un état de santé comparable à celui qui prévalait au moment de l'expertise du 23 juillet 2019. Le spondylolisthesis de Grade I selon Meyerding L5-S1 avec lyse isthmique et sténose foraminale bilatérale mentionné dans le rapport du 8 avril 2022 des Drs B._____ et K._____ était connu et documenté par l'expertise du 23 juillet 2019. Pour ce qui est du rapport du 1^{er} juillet 2022 du Dr B._____, s'il faisait état d'un syndrome cervico-vertébral chronique, rien n'est dit sur sa nature, sa topographie ou d'éventuels facteurs déclenchant qui permettraient de le différencier des douleurs rapportées lors de l'expertise. S'agissant de la maladie de Biermer évoquée par le Dr S._____ dans son rapport du 2 août 2022 - qui reprenait en réalité le diagnostic posé le 19 juillet 2022 par le Dr M._____ - il n'y avait pas d'indice indiquant que ce diagnostic pouvait influencer la capacité de travail de l'assurée.

Par projet de décision du 24 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait ne pas entrer en matière sur sa demande de révision déposée le 5 août 2022, faute d'avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé.

Par décision du 5 décembre 2022, l'OAI a en tous points confirmé son projet de décision précité.

B. Par acte du 23 décembre 2022, H._____ a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Elle a exposé qu'elle était en incapacité de travail depuis l'intervention qu'elle avait subie le 2 mars 2022, en raison de l'apparition de douleurs post-opératoires de type sciatique dans les jambes. Elle a indiqué qu'un nouveau bilan radiologique avait montré un sérome ou un pseudoméningocèle comprimant le sac dural, ce qui pouvait expliquer sa symptomatologie. Le rétrécissement de son canal lombaire et les complications post-opératoires étaient constitutifs d'une aggravation, ce dont l'OAI aurait dû tenir compte.

A l'appui de son recours, elle a produit les documents suivants :

- un rapport du 4 octobre 2022 des Dres W._____ et E._____, relatif à une IRM lombo-sacrée effectuée le 3 octobre 2022 ;
- un rapport du 6 octobre 2022 du Dr N._____, relatif à un scanner de la colonne lombaire effectué le 3 octobre 2022 ;
- un rapport du 24 novembre 2022 du Dr B._____ ;
- un lot de certificats médicaux, datés des 10 mars, 12 avril, 5 mai, 7 juin, 23 juin et 23 décembre 2022, attestant d'une incapacité totale de travail du 2 mars au 16 décembre 2022.

Dans sa réponse du 9 février 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 5 mai 2023, l'intimé a transmis à la Cour de céans, notamment les pièces suivantes de la recourante, comme objet de sa compétence :

- un courrier de la recourante daté du 23 décembre 2022 adressé à la Cour de céans ;
- un rapport du 26 décembre 2022 du Dr B._____ ;

- un protocole opératoire du 6 mars 2023 du Dr B. _____, indiquant que la recourante avait subi, en date du 20 février 2023, une reprise chirurgicale (élargissement de la laminectomie L5-S1 avec résection de la fibrose récessale L5-S1 bilatérale sous technique microchirurgicale) ;
- deux certificats médicaux des 28 février et 30 mars 2023 attestant d'une incapacité de travail du 20 février au 16 mars 2023, respectivement du 31 mars au 30 avril 2023 ;
- un rapport du 23 avril 2023 du Dr S. _____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision déposée le 5 août 2022 par la recourante au motif que la situation de celle-ci ne s'était pas notablement modifiée depuis les décisions rendues les 1^{er} septembre et 1^{er} octobre 2020 par l'intimé, dates des dernières décisions entrées en force qui reposaient sur un examen matériel de ce droit.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande de révision le 5 août 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Conformément à l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid.

5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative.

5. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de révision déposée par la recourante le 5 août 2022. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les rapports du 22 septembre 2021, des 4 mars, 8 avril, 1^{er}, 7, 19 juillet et 2 août 2022, ainsi que les certificats médicaux des 10 mars, 12 avril, 5 mai, 7 et 23 juin 2022, établissent de manière plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante au regard des décisions rendues les 1^{er} septembre et

1^{er} octobre 2020 par l'intimé lui allouant un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2018.

b) En revanche, conformément aux principes rappelés ci-dessus (cf. *supra* consid. 4c), il est d'emblée précisé qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des pièces que la recourante a produites à l'appui de son recours (rapports du 4 octobre 2022 des Drs W._____ et E._____, du 6 octobre 2022 du Dr N._____, du 24 novembre 2022 du Dr B._____ et certificats médicaux établis le 23 décembre 2022 par le Dr S._____), ni de celles reçues par la Cour de céans le 5 mai 2023 (courrier de la recourante du 23 décembre 2022, rapport du 26 décembre 2022 et protocole opératoire du 6 mars 2023 du Dr B._____, certificats médicaux des 28 février et 30 mars 2023 et rapport du 23 avril 2023 du Dr S._____). Ces pièces ont en effet été produites postérieurement à la décision attaquée. Or, si la recourante indique, dans le cadre de son recours, qu'elle est dorénavant atteinte d'un « sérome ou [d']un pseudoméningocèle comprimant le sac dural » - ce qui démontre selon elle une péjoration de son état de santé - un tel diagnostic ressort cependant exclusivement de ces rapports, lesquels ne peuvent être pris en considération par la Cour de céans.

c) Sur le fond, l'intimé s'est uniquement fondé sur l'avis du 17 octobre 2022 du Dr Z._____, du SMR, lequel affirmait, en substance, qu'en présence de mêmes atteintes et de mêmes diagnostics, une péjoration de l'état de santé n'aurait pas été « démontrée » par les médecins consultés par la recourante, dont les rapports ont été produits à l'appui de sa demande de révision.

Or, il n'est tout d'abord pas inutile de rappeler qu'il s'agit, au stade de l'entrée en matière, de disposer de pièces médicales qui rendent plausible une aggravation de l'état de santé ; il n'est en revanche pas nécessaire que celles-ci établissent ou démontrent, au sens d'une preuve formelle, une telle aggravation.

Pour le reste, il est vrai que les rapports médicaux font globalement état des mêmes atteintes à la santé invalidantes, objets des décisions des 1^{er} septembre et 1^{er} octobre 2020 de l'intimé. Cela étant, dans son rapport du 22 septembre 2021, le Dr T. _____ a clairement dressé un état d'aggravation, ce malgré l'augmentation du traitement antalgique et de la physiothérapie, notamment l'existence d'une « très probable » claudication neurogène, laquelle serait en rapport avec une sténose foraminale bilatérale mise en évidence par une IRM du 10 juin 2021. Certes, il ne s'agissait là que d'une hypothèse. Cependant, c'était la première fois qu'une problématique purement neurologique était évoquée. C'était aussi la première fois qu'il était fait état d'une sténose foraminale. Cette affection, qui comprimait les racines L5, a d'ailleurs nécessité une intervention chirurgicale le 2 mars 2022, sous la forme notamment d'une foraminotomie L5-S1. Malgré cette intervention, le Dr B. _____ a indiqué que la recourante souffrait toujours de lombalgies différentes d'avant l'intervention. Aussi, c'est de manière prématurée que le Dr Z. _____ a déduit du rapport du 1^{er} juillet 2022 du Dr B. _____ que la recourante avait retrouvé, à la suite de l'intervention chirurgicale du 2 mars 2022, un état de santé qui serait comparable à celui qui prévalait lors de la dernière expertise, le Dr B. _____ étant encore au stade des investigations, à la recherche d'une éventuelle compression neuronale.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que les éléments médicaux apportés par la recourante à l'appui de sa demande de révision rendaient plausible une aggravation de son état de santé, respectivement de son invalidité. Ainsi, l'intimé se devait-il à tout le moins d'entrer en matière et d'interpeller les médecins que la recourante a consultés, en particulier le spécialiste en neurochirurgie, le Dr B. _____, afin qu'il précise et étaye son avis. En tant qu'il ne s'est satisfait que de l'avis du médecin du SMR, l'intimé a violé le droit fédéral en n'entrant pas en matière sur la demande de révision de la recourante.

6. a) En définitive, le recours doit être admis. La décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 l'office intimé, compte tenu de l'issue du recours.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue 5 décembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- H. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :