

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 janvier 2024

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en [...], titulaire d'un diplôme d'éducatrice maternelle et d'un brevet de jardinière d'enfants délivrés par [...] à [...], a déposé, le 19 janvier 1998, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), faisant valoir des problèmes nerveux.

Par rapport d'expertise du 8 juin 2000, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble panique avec agoraphobie d'intensité moyenne à sévère, d'une phobie sociale généralisée et d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive légère. Elle présentait en outre une personnalité à traits immatures et dépendants. La diminution de sa capacité de travail se montait à 40 % dans son activité habituelle d'éducatrice de la petite enfance.

Par décision du 27 avril 2001, confirmant un projet de décision du 7 novembre 2000, l'Office AI, retenant un degré d'invalidité de 40 %, a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 1997.

B. Au mois de novembre 2001, l'Office AI a initié une procédure de révision de la rente. Dans le cadre de l'instruction, il a requis divers documents médicaux, dont un rapport d'expertise établi le 22 avril 2004 par le Dr P._____, lequel estimait que la diminution de la capacité de travail s'élevait tout au plus à 40 %, que la symptomatologie anxieuse et dépressive s'était améliorée grâce à la prise en charge psychiatrique et que les épisodes d'abus d'alcool et de cocaïne relevés par le psychiatre traitant de l'assurée constituaient des problématiques déjà rencontrées par le passé.

Par décision du 15 juin 2004, l'Office AI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée, au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé.

Le 5 juillet 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision.

Par rapport du 21 mars 2006, le Dr V._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a exposé que l'état de santé de sa patiente n'avait pas connu de grande évolution, son trouble anxieux étant toujours présent. En tant que plaintes objectives, il a mis en évidence un ralentissement psychomoteur, une aboulie, une asthénie, des angoisses, des vertiges, un trouble du sommeil et de la concentration de même qu'un sentiment de dévalorisation.

Entre les mois d'août 2006 et d'octobre 2007, une mesure d'aide au placement a été accordée à l'assurée. A son terme, l'Office AI a constaté que cette dernière n'avait pas été capable d'assumer, par sa simple présence, les stages qui avaient été organisés en sa faveur.

Par rapport médical du 28 janvier 2008, le Dr V._____ a posé le diagnostic - incapacitant - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F32.1), tout en précisant que le trouble anxieux était toujours présent. Il a expliqué que la situation médicale était stationnaire et que l'incapacité de travail s'établissait à 40 % depuis quelques années. L'assurée était ralentie sur le plan psychomoteur et souffrait d'hypothymie, d'aboulie, d'asthénie, de vertiges, de trouble du sommeil et des douleurs chroniques diffuses dans le corps. Son incapacité à s'engager sur le moyen ou le long terme rendait une éventuelle réinsertion professionnelle illusoire.

Par avis médicaux des 25 février 2008 et 7 avril 2009, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a nié toute aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Par décision sur opposition du 28 avril 2009, l'Office AI a rejeté l'opposition de l'assurée.

C. Au mois de mai 2014, l'Office AI a initié une nouvelle procédure de révision de la rente.

Par rapport du 7 août 2014, le Dr V._____ a mis en évidence les diagnostics d'agoraphobie (CIM-10 F40.01) et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (CIM-10 F41.2). Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était désormais nulle tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. L'évolution était en dents de scie, globalement stationnaire et ponctuée d'éphémères moments d'espoir. Le pronostic demeurait réservé en raison du manque d'énergie présenté.

Dans un avis du 30 juillet 2015, le SMR a considéré que le psychiatre traitant n'avait pas produit d'éléments objectifs rendant plausible une aggravation objective de l'état psychique de l'assurée. Au contraire, au regard de ses précédents rapports, la situation semblait assez identique, avec des angoisses et de l'anergie au premier plan. Il n'y avait donc aucune raison médicale justifiant de revenir sur la décision initiale d'octroi de la rente.

Par communication du 4 mai 2016, confirmée le 9 juin 2016, l'Office AI a fait savoir à l'assurée que son droit à un quart de rente d'invalidité restait inchangé.

D. Le 21 janvier 2019, H._____ a requis la révision de sa rente d'invalidité. Elle a allégué une nouvelle aggravation de son état de santé, motivée par de très fortes angoisses, son incapacité de sortir de chez elle et de très fortes douleurs au dos.

Par rapport du 5 février 2019, la Dre [...], médecin praticien, a attesté une incapacité totale de travail en raison, d'une part, d'agoraphobie et, d'autre part, de douleurs cervicales et lombaires sur de

l'arthrose, renvoyant sur ce dernier point à un rapport de radiographie du rachis cervico-dorso-lombaire du 10 septembre 2018.

Par rapport du 7 février 2019, le Dr V._____ a noté les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen-sévère (CIM-10 F32.1), d'anxiété généralisée (CIM-10 F41.1), d'agoraphobie (CIM-10 F40.01) et de déconditionnement général. Evoquant une aggravation de l'état de santé de l'assurée, il a certifié une incapacité de travail dès le 1^{er} avril 2014.

Dans un avis médical du 21 mai 2019, le SMR a une nouvelle fois considéré qu'il n'y avait aucun élément objectif justifiant une modification de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, laquelle était fixée à 60 %.

Par décision du 8 juillet 2019, confirmant un projet de décision du 29 mai 2019, l'Office AI a refusé à l'assurée d'augmenter son droit à la rente.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 13 août 2020 (CASSO AI 269/19 - 278/2020) et, partant, confirmé la décision précitée. Elle a en substance jugé que les pièces produites par l'intéressée ne permettaient pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé, susceptible d'influencer ses droits. A cet égard, le Dr V._____, dans son rapport du 7 février 2019, décrivait, sur le plan objectif, une situation superposable à celle qu'il avait constatée dans ses rapports des 21 mars 2006 et 28 janvier 2008. Le rapport de radiographie du 10 septembre 2018 ne laissait de surcroît apparaître que de discrètes atteintes, lesquelles ne pouvaient justifier, en soi, une incapacité de travail conséquente.

E. Le 28 septembre 2022, H._____ a déposé une nouvelle demande de révision de son droit à la rente, faisant valoir une dégradation de son état de santé.

Par rapport du 25 octobre 2022, le Dr V._____ a diagnostiqué un trouble anxieux généralisé (CIM-10 F41.1), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (CIM-10 F32), une agoraphobie (CIM-10 F40.01), un trouble panique, un trouble de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et un déconditionnement général. Il a fait part d'une lente péjoration de l'état psychique et physique de l'assurée depuis 2019 et relevé, à titre de plaintes objectives, un ralentissement psychomoteur, une aboulie, une anhédonie, une asthénie, des angoisses, une phobie sociale, un trouble du sommeil et de la concentration ainsi que des douleurs chroniques diffuses dans le corps.

Par avis du 7 novembre 2022, le Dr N._____, médecin auprès du SMR, a considéré que les diagnostics d'épisode dépressif sévère et de trouble de stress post-traumatique constituaient des éléments nouveaux au dossier, de sorte qu'il convenait d'entrer en matière sur la demande de l'assurée.

Par rapport du 1^{er} décembre 2022, la Dre K._____, médecin traitant de l'assurée, a fait état d'une péjoration des troubles psychiatriques et des douleurs de l'assurée, tout en attestant une capacité de travail nulle.

Par rapport du 17 janvier 2023, le Dr V._____ a posé les diagnostics - incapacitants - de trouble anxieux généralisé (CIM-10 F41.1), de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F32.1) et d'agoraphobie (CIM-10 F40.01) ainsi que le diagnostic - non incapacitant - de syndrome de stress post-traumatique. Il a observé une asthénie, une aboulie, des angoisses, de la nervosité, un sentiment de soucis et des étourdissements. Selon lui, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} mai 2015.

Dans un avis médical du 22 février 2023, le Dr N._____, du SMR, a estimé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée et, par conséquent, une baisse de sa capacité de travail depuis 2019 n'avaient pas été rendues vraisemblables.

Par projet de décision du 23 février 2023, l'Office AI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser d'augmenter son droit à la rente d'invalidité.

Le 13 mars 2023, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision.

Par rapport du 21 mars 2023, la Dre K._____ a dans l'essentiel indiqué qu'une consultation spécialisée auprès d'un médecin rhumatologue était souhaitable au regard des problèmes récurrents de lombo-sciatalgies dont souffrait l'assurée.

Par rapport du 18 avril 2023, le Dr V._____ a exposé que la recourante, du fait de son agoraphobie, était suivie à domicile dans le cadre de son traitement, tout en spécifiant que l'adhérence à ce dernier était bonne.

Par décision du 3 mai 2023, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 23 février 2023.

F. **a)** Par acte du 1^{er} juin 2023, H._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que sa demande de révision soit admise et que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu.

b) Par réponse du 17 août 2023, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 3 mai 2023, laquelle devait être comprise comme une décision de non-entrée en matière.

c) Par réplique du 10 septembre 2023, H._____ a produit un rapport du 18 avril 2023 des Drs I._____, spécialiste en médecine interne générale, et X._____, spécialiste en rhumatologie, un rapport du 4 septembre 2023 de la Dre K._____ et un rapport du 5 septembre 2023 du Dr V._____.

d) Par duplique du 26 septembre 2023, l'Office AI a renvoyé au contenu de sa réponse du 17 août 2023.

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. a) Le litige porte sur la question de savoir si le taux d'invalidité de la recourante s'est modifié de manière à influencer son droit à la rente. En effet, contrairement à ce que soutient l'intimé dans sa réponse du 17 août 2023, celui-ci est bel et bien entré en matière sur la demande de révision du 28 septembre 2022. Observant l'avis du 7 novembre 2022 du Dr N._____, lequel avait expressément soutenu qu'une telle démarche procédurale était indiquée au vu des nouveaux diagnostics d'épisode dépressif sévère et de trouble de stress post-traumatique posés par le Dr V._____ dans son rapport du 25 octobre 2022, il a repris l'instruction en interpellant – par l'envoi des formulaires *ad hoc* – la médecin et le psychiatre traitants de la recourante. Ces derniers se sont déterminés par rapports respectivement des 1^{er} décembre 2022 et 17 janvier 2023. Dans ces conditions, il convient donc d'examiner si, entre la décision du 28 avril 2009 confirmant le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité –

dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71) – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit.

b) 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).

Dans le cas présent, la décision litigieuse du 3 mai 2023 fait suite à la demande de révision déposée le 28 septembre 2022 par la recourante. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application, dans la mesure où, conformément à l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI, l'éventuelle augmentation de la rente ne peut intervenir au plus tôt qu'à partir du mois où cette demande a été présentée.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. 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).

b) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

c) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des

investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

d) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, dans le cadre de sa demande de révision de septembre 2022, la recourante a fait valoir une aggravation de son état de santé, laquelle impactait son degré d'invalidité et, partant, son droit à la rente. Elle s'est à ce titre appuyée, d'une part, sur les rapports des 25 octobre 2022 et 17 janvier 2023 du Dr V._____, lequel diagnostiquait un trouble anxieux généralisé, un trouble dépressif sévère, une agoraphobie, un trouble panique, un trouble de stress post-traumatique et un déconditionnement général, tout en reconnaissant une incapacité de travail de 100 %, et d'autre part, sur le rapport du 1^{er} décembre 2022 de la Dre K._____, laquelle attestait une capacité de travail nulle et relevait une évolution négative de sa situation. Elle a ensuite produit trois rapports médicaux lors de la procédure de recours, dont un rapport établi le 18 avril 2023 par les Drs I._____ et X._____, lesquels mettaient en

évidence un syndrome vertébral non déficitaire d'origine multifactorielle sur probable déconditionnement de la musculature dorsale profonde, arthrose facettaire pluriétagée et probable composante psychogène, et un rapport rédigé le 5 septembre 2023 par le Dr V._____, lequel relevait une « *[I]ente mais sûre péjoration* » de son état de santé psychique depuis le mois de janvier 2023 et certifiait une incapacité de travail totale.

b) Pour motiver sa décision litigieuse du 3 mai 2023, l'intimé s'est, lui, fondé sur l'avis médical du 22 février 2023 du Dr N._____. Selon ce dernier, la recourante n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé, dès lors que les atteintes à la santé dont elle se prévalait étaient déjà présentes avant la demande de révision et que les status étaient superposables à ceux fournis en 2019.

c) Confronté aux rapports susmentionnés des médecins traitants de la recourante, l'avis du médecin du SMR n'emporte toutefois pas conviction, dans la mesure où il subsiste des doutes quant à la fiabilité et la validité de ses conclusions. Certes, dits rapports font - dans l'essentiel - état des mêmes diagnostics et symptômes que ceux connus en 2009. Il ressort en revanche des différents avis que les Drs V._____, et K._____ ont établis en 2022 et 2023 que l'état de santé de la recourante s'est progressivement détérioré sur le long terme du fait de ses pathologies, plus particulièrement sur le plan psychique. Les Drs I._____ et X._____, quant à eux, ont relevé l'existence d'atteintes d'ordre physique, sous la forme d'un syndrome vertébral non déficitaire d'origine multifactorielle. Dès lors, au regard des avis discordants des médecins traitants, dont les deux premiers ont d'ailleurs certifié une incapacité totale de travail, ainsi que du fait que la recourante a continuellement allégué une dégradation de son état de santé lors des procédures de révision successives de son droit à la rente, l'intimé ne pouvait se satisfaire du seul avis du Dr N._____ pour justifier sa décision de refus. A cet égard, il ne pouvait écarter les rapports du Dr V._____, de la Dre K._____ et des Drs I._____ et X._____ produits en cours de procédure de recours, étant que ces derniers concernaient la situation

médicale de la recourante prévalant avant le rendu de la décision litigieuse du 3 mai 2023 (cf. *supra* consid. 4d).

d) Dans ces conditions, il convient de constater que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer le dossier à cette autorité, afin qu'elle mette en œuvre une expertise bidisciplinaire comportant des volets en psychiatrie et en rhumatologie en vue de départager les avis divergents des différents médecins.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 3 mai 2023 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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 la partie intimée, vu l'issue du litige.

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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 3 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :