

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 décembre 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente

Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Brillard, juges

Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Me Séverin Tissot-Daguette, à Bienne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA et art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1968, divorcée et mère de trois enfants, est entrée en Suisse en 2012. Sans formation professionnelle certifiée, elle a exercé des activités de serveuse, gouvernante et, en dernier lieu, de cuisinière à plein temps auprès du B. \_\_\_\_\_ à [...].

En incapacité totale de travail depuis le 29 février 2016, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 15 août 2016, sur incitation de l'assurance perte de gain en cas de maladie de son employeur, D. \_\_\_\_\_ SA.

Les rapports médicaux recueillis par l'OAI ont révélé que l'assurée souffrait d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis 2014, opéré à droite le 21 mars 2016 et à gauche le 13 avril 2016 au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier B. \_\_\_\_\_ (cf. protocoles opératoires de ce centre des 21 mars 2016 et 13 avril 2016). Elle présentait une baisse de force motrice des mains et des paresthésies douloureuses, en particulier à la main droite, la situation devant être évaluée à distance de la chirurgie (cf. rapport médical de la Dre U. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, du 15 août 2016).

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par le B. \_\_\_\_\_ avec effet au 31 août 2016.

**B.** L'OAI a mis en œuvre des mesures d'intervention précoce, confiées à la Fondation F. \_\_\_\_\_ par communication du 29 septembre 2016.

Le 20 octobre 2016, le Dr J. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier B. \_\_\_\_\_, a relaté que l'assurée était atteinte d'une arthrose

métacarpienne et qu'elle avait subi une arthroplastie trapézo-métacarpienne droite le 15 août 2016, mais qu'elle était apte à reprendre une activité lucrative sans port de charges supérieures à 10 kg dès le 29 octobre 2016.

Compte tenu de la persistance d'une incapacité totale de travail, l'assurée s'est soumise à une expertise orthopédique, sur mandat de D.\_\_\_\_\_. SA. Cette expertise a été réalisée le 15 décembre 2016 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique de la main, auprès de la Clinique G.\_\_\_\_\_. Aux termes de son rapport du 23 décembre 2016, cet expert a retenu une rhizarthrose bilatérale et estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toutes activités en l'absence de limitations fonctionnelles.

Sur questions de l'OAI, la Dre U.\_\_\_\_\_ a exposé le 20 janvier 2018 que sa patiente présentait toujours une impotence fonctionnelle des deux mains. L'activité habituelle de cuisinière n'était plus exigible depuis mars 2016. Était annexé un rapport des Drs H.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin assistante du Service de rhumatologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, du 23 mai 2017. Ce document faisait état d'une polyarthrose des mains avec rhizarthrose gauche invalidante, status post prothèse de pouce pour rhizarthrose droite en août 2016, discrète ténosynovite du 5<sup>ème</sup> rayon à droite et du 3<sup>ème</sup> rayon à gauche, en l'absence de syndrome inflammatoire. Dans les antécédents, figuraient notamment une hernie cervicale C4-C5 et un doigt à ressaut D3-D4 des deux côtés. La polyarthrose des mains impactait la vie socio-professionnelle de l'assurée.

Le 3 avril 2018, la Dre M.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, a signalé que l'assurée avait subi une cure du doigt à ressaut le 29 mai 2017 et une reconstruction de la poulie du pouce gauche le 2 février 2018. Depuis lors, l'incapacité de travail était totale.

Cette praticienne a fait part, le 18 juin 2018, du peu d'évolution de l'état de santé de l'assurée, avec persistance d'une force diminuée à la main gauche, de la reprise possible d'une activité sans port de charges de plus de 5 kg et d'un prochain rendez-vous de contrôle à fin juin 2018.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a admis le 6 juillet 2018 le caractère durablement incapacitant de la polyarthrose bilatérale. Les limitations fonctionnelles concernaient la mobilité des doigts et des pouces, la préhension de la main gauche, la force des deux mains, le port de charges supérieures à 5 kg, des paresthésies et s'accompagnaient de douleurs aux articulations interphalangiennes des deux mains. La capacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinière était nulle, mais complète dans une activité adaptée. Cette conclusion a été confirmée par certificat médical de la Dre U. \_\_\_\_\_ du 16 juillet 2018, l'exigibilité de la reprise d'une activité respectant les restrictions fonctionnelles étant fixée au 1<sup>er</sup> juin 2018.

**C.** L'OAI a diligenté une observation professionnelle de l'assurée du 3 au 28 septembre 2018, confiée au Centre I. \_\_\_\_\_ de [...] (COPAI ; cf. communication du 24 août 2018).

A l'issue de son rapport du 15 octobre 2018, ce centre a conclu que l'assurée était susceptible de tenir l'horaire de l'économie à 100 %, avec un rendement de 50 %, améliorable par la pratique, dans les domaines du contrôle de la qualité ou de la préparation de commandes de matériel léger, singulièrement dans des travaux ne nécessitant pas de force de préhension. Était joint à ce rapport le résumé du pré-examen médical et du stage, rédigé le 28 septembre 2018 par le médecin-conseil du COPAI, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne. Ce dernier corroborait pour l'essentiel les conclusions du stage par ses observations médicales.

Par avis du 31 octobre 2018, le SMR a maintenu que l'assurée était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée,

faute de nouveaux éléments médicaux et de limitations fonctionnelles supplémentaires.

**D.** L'OAI a mis en œuvre une orientation professionnelle du 31 octobre 2018 au 11 janvier 2019 auprès de la Fondation O.\_\_\_\_\_ par communication du 14 novembre 2018. Cette mesure, concrétisée par un stage d'ouvrière de production à 50 % au sein de la société P.\_\_\_\_\_SA, a été interrompue le 19 novembre 2018, compte tenu des douleurs présentées par l'assurée au bras (cf. rapport final de la Fondation O.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2018).

Le 7 décembre 2018, la Dre M.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport médical, aux termes duquel elle a souligné les « douleurs diffuses, persistantes au niveau des mains, apparaissant avec une activité légère » dont souffrait sa patiente. Elle a relaté des douleurs remontant au niveau du bras droit jusqu'à l'épaule, rendant les activités du quotidien difficiles. La Dre M.\_\_\_\_\_ a conclu à de nombreuses symptomatologies de surcharge, sans solution chirurgicale susceptible d'améliorer la situation. Elle a suggéré une évaluation rhumatologique pour envisager de nouveaux traitements. Elle a enfin communiqué ses doutes quant à la possibilité de trouver une activité adaptée à la situation de l'assurée.

Sur avis du 25 janvier 2019, le SMR a considéré que l'avis de la Dre M.\_\_\_\_\_ constituait une appréciation différente d'un même état de fait, en l'absence d'éléments médicaux nouveaux, et s'en est tenu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 %, sans baisse de rendement.

Fondé sur ces conclusions, l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée le 29 janvier 2019 et mis à jour un degré d'invalidité de 7,84 % par comparaison des revenus.

**E.** Par projet de décision du 13 février 2019, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de lui octroyer une rente entière d'invalidité, pour la période limitée du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 août 2018, cette prestation

étant supprimée au-delà de cette date étant donné le degré d'invalidité de 7,84 %.

L'assurée a contesté ce projet par écriture du 14 mars 2019, se prévalant des divergences entre les différentes appréciations médicales et l'observation professionnelle. Elle a produit un certificat de la Dre U. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2019, laquelle soulignait les douleurs chroniques et les fourmillements des doigts et des mains, tout en proposant une évaluation de la situation de sa patiente par un expert.

L'OAI a rendu sa décision le 24 mai 2019 et mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, pour la période s'étendant du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 août 2018. La prestation était ensuite supprimée sur la base d'un degré d'invalidité de 7,84 %.

**F.** L'assurée, assistée de Me Séverin Tissot-Daguette, avocat auprès de PROCAP, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 24 juin 2019. Elle a principalement conclu à la reconnaissance d'une exigibilité maximale de 50 %, voire au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité, se fondant sur les avis de ses médecins traitants et des résultats de l'observation professionnelle. A titre subsidiaire, elle a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, soit l'organisation d'une expertise, avant nouvelle décision.

Par réponse du 26 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant aux avis du SMR et au rapport final de son service de réadaptation du 29 janvier 2019.

### **E n d r o i t :**

**1.**        **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2018, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail à compter du 1<sup>er</sup> juin 2018.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

**b)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**c)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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.

Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**c)** Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, in : RCC 1990 p. 59 ss ; Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction (TF 9C\_739/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2011 consid. 2.3 ; 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; TFA I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in : Plädoyer 2004/3 p. 64).

**5. a)** En l'espèce, l'appréciation de l'intimé pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> juin 2018 n'est pas remise en question. Il n'est pas davantage contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de cuisinière au vu des limitations fonctionnelles entraînées par la polyarthrose des mains.

En revanche, demeure litigieuse l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018.

A cet égard, les pièces médicales réunies par l'intimé antérieurement à l'intervention du 2 février 2018 (reconstruction de la poulie du pouce gauche) ne sauraient fournir d'informations utiles. Singulièrement, le rapport d'expertise établi par la Clinique G. \_\_\_\_\_ le 23 décembre 2016 - indépendamment des critiques formulées par la recourante à l'encontre de cet établissement - peut être écarté faute d'être d'actualité dans la résolution du présent litige.

**b)** La Dre M. \_\_\_\_\_ s'est exprimée en sa qualité de spécialiste en charge du suivi de la recourante le 3 avril 2018. Elle a souligné que cette dernière conservait une « mobilité limitée du pouce gauche et une faiblesse » alors qu'une évaluation précise de sa capacité de travail semblait prématurée. Elle demeurait à son avis nulle depuis le 2 février 2018. Le 18 juin 2018, elle a mentionné une faible évolution « avec persistance d'une force diminuée à la main gauche », une « amélioration discrète » demeurant possible. Elle ajoutait que sa patiente « pourrait reprendre une activité si pas de charge supérieure à 5 kg ».

La médecin traitante de la recourante, la Dre U. \_\_\_\_\_ a pour sa part concédé qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions des deux mains était recouvrée dès le 1<sup>er</sup> juin 2018, aux termes d'un certificat du 16 juillet 2018. Elle est ultérieurement revenue sur ces propos en suggérant une évaluation de la recourante par un expert (cf. certificat médical du 11 mars 2019).

A l'occasion du stage d'observation entrepris au sein du Centre I. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ a examiné la recourante à réitérées reprises et s'est exprimé comme suit à l'issue du rapport rédigé 28 septembre 2018 :

« [...] **Examen physique**

Mme C. \_\_\_\_\_ est en bon état général, droitère, présente un excès de poids. Elle est de contact agréable, mais assez plaintive et fixée sur ses symptômes des mains et égrène toutes ses maladies. Elle parle aisément le français. Il n'y a pas d'hypotrophie musculaire des bras, avant-bras ni des mains. Les ongles sont sales, mais il n'y a pas de callosités palmaires ni d'écorchures. Les cicatrices opératoires sont fines et calmes. Il n'y a pas de signe inflammatoire. Modelé arthrosique de tous les doigts. A droite, la main peut se fermer complètement et les pinces pouce-longes doigts sont

normales, mais avec peu de force. A gauche, le pouce est dans une position de flexion et adduction avec très peu d'amplitude, la main ne ferme pas et les pinces pouce-longes doigts, y compris pouce-index ne se font pas. Les réflexes des MS [réd. : membres supérieurs] sont faibles, mais symétriques, la force des mains est diminuée ddc [réd. : des deux côtés], mais plus à gauche, la sensibilité au toucher et à la vibration est conservée aux mains, sauf dans une petite zone latérale du pouce droit et gauche (toucher) et la pulpe du médius gauche (vibrations).

Nous avons revu l'assurée le 04.09.2018 à son entrée en stage. Elle se plaint de douleurs de ses mains, particulièrement à droite, où la douleur irradie jusqu'à l'épaule, qu'elle relie à un travail de contrôle de relais, où il s'agit de manipuler une molette pratiquement sans résistance, entre le pouce et l'index. Elle estime que sa main est enflée, ce que nous n'objectivons pas.

Nous avons réexaminé Mme C. \_\_\_\_\_ le 25.09.2018 dans sa quatrième semaine de stage. Elle se plaint de ses douleurs aux mains, des deux côtés, douleurs irradiant jusqu'à la nuque. Les travaux fins ne conviennent pas, ceux qui demandent de la force non plus, le clavier d'ordinateur fait mal aux poignets, elle manque de force aux mains. Elle a manqué un jour à cause de céphalées et d'hypertension artérielle (?). A l'examen, il n'y a pas d'enflure ni autre signe inflammatoire des mains. La MCP [réd. : articulation métacarpo-phalangienne] du pouce gauche est en flexion d'environ 70°, redressable uniquement passivement. Les pinces pouce-longes doigts ne ferment pas, manque de force. Petit crissement de la prothèse du pouce droit. La sensibilité au toucher est normale, sauf une petite zone dorsale du pouce droit autour de la cicatrice opératoire.

[...]

A l'atelier, Mme C. \_\_\_\_\_ se plaint de ses mains, douleurs et manque de force. Aucun travail ne va, ni le fin, ni le clavier, ni le travail demandant un peu de force, ce qui contraste tout de même avec notre examen clinique, où quelques signes suggèrent une utilisation spontanée des mains dans la vie quotidienne plus fréquente qu'elle le dit et qu'elle le montre : absence d'hypotrophie musculaire ab inusu, ongles sales au pré-examen, absence de signes inflammatoires et de traitement antalgique. Nous pensons que l'assurée met des freins et des auto-limitations et qu'elle n'a de ce fait pas montré son maximum. Un indice est aussi de meilleures performances, à effort égal pour les mains, sur des travaux artistiques, qui lui plaisent que sur du travail répétitif de production, plus rébarbatif. On a aussi observé des gestes spontanés plus fluides qu'à l'atelier, à l'habillage par exemple ou pour décortiquer une noisette. Relevons tout de même une difficulté objective à tenir un objet : la visseuse de 1 kg, où elle préfère le tournevis utilisé de la main gauche, le crayon tenu entre la base du pouce et la base de l'index, le pyrograveur tenu entre index et médius. Les rendements sont médiocres de 0 à 25 % sur la plupart des tâches, une fois 50 % dans une tâche de contrôle et nettement meilleurs sur des travaux créatifs, où elle se montre assidue et concentrée. Le rythme est faible, les pauses-cigarettes le coupant encore. La compréhension des consignes et la capacité d'apprentissage sont bonnes.

Au terme de ces quatre semaines de stage, notre groupe d'observation constate que Mme C. \_\_\_\_\_ tient notre horaire sans fatigue particulière en fin de journée et tiendrait même probablement un horaire industriel normal, moyennant quelques

pauses supplémentaires. Chez nous ses rendements sont faibles, mais de la moitié de la norme dans un travail de contrôle. Il n'est pas douteux qu'elle est gênée par sa polyarthrose des mains, mais dans des travaux qui les sollicitent peu et demandent peu de force, ni de manipulation fine, elle pourrait avoir une capacité de travail de 50 % améliorable par la pratique. Nous pensons à du contrôle de qualité, à de la préparation de commandes de matériel léger. »

**c)** Vu ces éléments, on peut remarquer que l'ensemble des praticiens consultés convergent pour confirmer les limitations fonctionnelles relatées à l'issue du stage d'observation professionnelle. Celles-ci ont d'ailleurs dûment été retenues par le SMR et énumérées dans ses différents avis, à savoir des restrictions de la mobilité des mains et des doigts, des difficultés de préhension, une diminution de la force, des paresthésies et l'impossibilité de porter des charges supérieures à 5 kg (cf. notamment avis du SMR du 6 juillet 2018).

En revanche, des doutes subsistent quant au taux d'activité effectif que la recourante est susceptible de déployer et quant à une éventuelle baisse de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée. Les pièces médicales versées en l'état du dossier ne permettent en effet pas de corroborer l'observation professionnelle, laquelle fait état d'un temps de travail normal avec une baisse de rendement de 50 %. Singulièrement, la Dre U. \_\_\_\_\_ atteste d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juin 2018 par simple certificat médical, ce alors que la Dre M. \_\_\_\_\_ indique dans son rapport ultérieur du 18 juin 2018 que l'état de santé de sa patiente a peu évolué. La spécialiste mentionne encore que la reprise d'une activité est possible, sans cependant en indiquer la date, et annonce un prochain contrôle à fin juin 2018. L'appréciation de la Dre U. \_\_\_\_\_ s'avère ainsi prématurée, voire en contradiction avec celle de la Dre M. \_\_\_\_\_, auprès de laquelle l'intimé n'a pas recueilli de renseignements complémentaires s'agissant de la date de la reprise possible d'une activité et des suites de la consultation annoncée fin juin 2018. Les médecins traitants n'ont pas été appelés à se prononcer sur les conclusions de l'observation professionnelle, laquelle a pourtant démontré que la recourante était susceptible d'assumer une présence à 100 % et d'effectuer à satisfaction certaines tâches respectant strictement son état de santé. Cela étant, on ne peut pas davantage se rallier au SMR en ce

qu'il exclut d'emblée toute baisse de rendement dans une activité adaptée. Dans son avis du 31 octobre 2018, le SMR évoque certes les constats rapportés par le COPAI, à savoir les auto-limitations et le manque de cohérence de certaines plaintes formulées par la recourante, de même que les possibilités d'augmenter son rendement avec la pratique. Il n'en demeure pas moins que les difficultés consécutives à la polyarthrose des mains ont été expressément relevées par le Dr S.\_\_\_\_\_, tandis que les douleurs relatées par la recourante n'ont fait l'objet d'aucune évaluation médicale étayée.

En conséquence, force est de constater qu'il n'est pas possible en l'état de se prononcer précisément sur la capacité résiduelle de travail de la recourante et sur la justification d'une éventuelle baisse de rendement.

**7. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique

(TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, compte tenu des divergences entre les résultats de l'observation professionnelle et des conclusions du SMR, un complément d'instruction s'impose pour se prononcer sur la capacité de travail effective de la recourante (cf. jurisprudence citée sous consid. 4c supra). Cette mesure incombe à l'intimé dans le cadre de son devoir d'instruction, conformément à la jurisprudence mentionnée ci-dessus.

Il s'agit donc de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'un complément sous forme d'un examen ou d'une expertise (rhumatologique ou orthopédique), après actualisation des pièces médicales versées au dossier, afin de clarifier le taux de capacité de travail que la recourante est susceptible de mettre à profit à partir du 1<sup>er</sup> juin 2018.

**10. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la

charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant peut être arrêté à 1'500 fr. vu l'importance et la complexité de la cause. Cette indemnité de dépens sera portée à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 24 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Me Séverin Tissot-Daguette, à Bienne (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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).

La greffière :