

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Parrone, juge, et Mme Feusi, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, divorcée et mère de trois enfants, nés en 1986, 1994 et 2004, est entrée en Suisse en 1988, respectivement 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 R._____ 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 des 21 mars 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. Une hernie inguinale avait par ailleurs été diagnostiquée en 2016 (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 R._____ 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. 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.

Les mesures d'intervention précoce se sont soldées par un échec en raison des difficultés de l'assurée à utiliser ses mains et d'investigations médicales complémentaires (hypertension artérielle, syndrome des apnées du sommeil ; cf. bilan de la Fondation F._____ du 17 février 2017).

Sur questions du Service médical régional (SMR), la Dre U._____, médecin traitant de l'assurée, a exposé, le 30 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 (chirurgie du canal carpien). Était annexé un rapport des Drs Q._____ 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^{ème} rayon à droite et du 3^{ème} 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, de la faible 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 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 et des paresthésies. Elles 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 adaptée aux restrictions fonctionnelles étant fixée au 1^{er} juin 2018.

c) L'OAI a diligenté une observation professionnelle de l'assurée du 3 au 28 septembre 2018 auprès du Centre I._____ [...] (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^{er} 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.

f) 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 limitée du 1^{er} mars 2017 au 31 août 2018. La prestation était ensuite supprimée sur la base d'un degré d'invalidité de 7,84 %.

B. C. _____, assistée de Me Séverin Tissot-Daguette, avocat auprès de PROCAP, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 24 juin 2019 (AI 243/19). Elle a, principalement, conclu à la reconnaissance d'une capacité de travail maximale de 50 %, voire au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité, se fondant sur les avis de ses médecins traitants et les résultats de l'observation professionnelle. A titre subsidiaire, elle a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, à savoir la mise en œuvre d'une expertise, avant nouvelle décision.

Par arrêt du 17 décembre 2019 (AI 243/2019 - 399/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de

l'assurée, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a relevé qu'il était incontesté que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de cuisinière, mais que demeurait litigieuse sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le taux d'activité exigible de l'assurée ne pouvait être précisément déterminé, compte tenu des divergences entre les résultats de l'observation professionnelle et les conclusions médicales, singulièrement celles du SMR. Il appartenait à l'OAI de diligenter un complément sous forme d'examen ou d'expertise (rhumatologique ou orthopédique), après actualisation des pièces médicales, afin de clarifier le taux de capacité de travail que l'assurée pouvait mettre à profit dès le 1^{er} juin 2018.

C. a) Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, le 2 juin 2020. A l'issue d'une investigation clinique et d'examens complémentaires (ultrasonographies des épaules et des mains, radiographies cervicale, lombaire et des deux mains), l'expert a rédigé son rapport le 24 septembre 2020. Il a retenu les diagnostics incapacitants suivants :

- syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire - discopathie C4-C5, C5-C6 ;
- lombopyalgies récurrentes, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire - discopathie L5-S1 ;
- faiblesse des mains et poignets persistante - status post arthroplastie trapézo-métacarpienne gauche - status post cure de tunnel carpien droit le 21 mars 2016 et gauche le 13 avril 2016 - status post cure de doigt à ressaut D2, D3, D4 le 25 mai 2017 - status post reconstruction du pouce gauche le 2 février 2018.

Était notamment mentionné, au titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, celui de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique avec diminution du seuil de déclenchement de la douleur.

L'expert a fait part de ses constats objectifs en ces termes :

« [...] **Au status**, l'examen met en évidence une mobilité radiocarpienne, métacarpo-phalangienne et interphalangienne conservée, la force de préhension est cependant diminuée de manière significative à 6 kg ddc [réd. : des deux côtés] (norme : 30,28kg), il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite, le signe de Gänslén est négatif, la mobilité des épaules est conservée, il n'y a pas de signe de tendinopathie ou de signe de conflit. L'examen cervical met en évidence une hypomobilité de la région cervicale basse et lombaire, une hypomobilité de la charnière lombosacrée. L'examen frappe par la présence de 16/18 points d'insertion douloureux.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique est rassurant ; on note un status post-arthroplastie du 1^{er} rayon métacarpo-phalangien et carpo-métacarpien du 1^{er} rayon en place et sans signe de décèlement ; il n'y a pas de signe d'érosion ou de trouble dégénératif significatif hormis une minime rhizarthrose à G [réd. : gauche]. Au niveau cervical on note une discopathie C4-C5 et de moindre mesure en C5-C6, une rectitude cervicale, les trous de conjugaison sont cependant bien visualisés et au niveau lombaire une discopathie L5-S1 et une spondylose antérieure multi-étagée de L2 à L5. »

Il a estimé que les limitations fonctionnelles avaient trait aux mouvements de préhension répétitifs avec les deux mains de plus de 5 kg et aux ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 à 15 kg. A son avis, la reprise d'une activité professionnelle adaptée aurait été raisonnablement exigible à l'échéance d'un délai de six mois suivant la reconstruction du pouce gauche, à savoir dès août 2018. Dans l'activité habituelle de cuisinière, la capacité de travail ne dépassait pas 20 %, alors qu'elle se montait à 90 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles. Dite capacité pouvait être améliorée par des mesures médicales, notamment une prise en charge physiothérapeutique associée à une approche balnéothérapeutique, ainsi qu'une amplification de la médication antalgique ou décontracturante. Les troubles fonctionnels étaient qualifiés de plausibles du point de vue médical. Le socle somatique ne permettait cependant pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie alléguée et de l'impotence fonctionnelle.

Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert dans un avis du 29 octobre 2020.

b) Par projet de décision du 13 novembre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré de 100 %, du 1^{er} mars 2017 au 31 octobre 2018. Dès août 2018, la comparaison des revenus avec et sans invalidité mettait en évidence un degré d'invalidité de 12,98 %, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 90 %, ce qui justifiait de mettre fin au versement de la rente entière d'invalidité avec effet au 31 octobre 2018.

L'assurée, toujours assistée de Me Tissot-Daguette, avocat auprès de PROCAP, a contesté le projet précité par écriture du 4 janvier 2021, complétée les 5 février, 1^{er} mars et 12 avril 2021, arguant de la dégradation récente de son état de santé. Elle a produit les nouveaux documents médicaux suivants :

- un certificat de la Dre U._____, du 1^{er} décembre 2020, exposant que sa patiente présentait une baisse de force motrice des deux mains à la suite des opérations subies en 2014, 2016 et 2018, avec des douleurs de type névralgies cervicobrachiales, l'invalidant au quotidien, notamment dans les tâches ménagères ;
- un rapport du Dr V._____, médecin associé du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier B._____, du 1^{er} février 2021, lequel mettait en évidence des signes échographiques en faveur d'une compression résiduelle du nerf médian du poignet droit ;
- un rapport de la Dre T._____, spécialiste en neurologie, du 8 février 2021, concluant à une probable récurrence du tunnel carpien sensitivo-moteur, bilatéral et symétrique ; elle notait la réapparition de symptômes sensitifs dans les mains, prédominant à droite, une motilité cervicale douloureuse, une discrète hypoalleshésie des chevilles et une manœuvre de Phalen positive des deux côtés, ainsi que des anomalies sensitives et motrices marquées au niveau des nerfs médians ;

- un rapport des Drs V._____ et W._____, cheffe de clinique adjointe du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier B._____, du 23 février 2021, lesquels signalaient organiser une opération pour une réouverture du tunnel carpien droit, sans pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée en l'état ;
- le protocole opératoire du 12 mars 2021, rédigé le 24 mars 2021, par les Drs V._____ et W._____ du Centre hospitalier B._____ ;
- un rapport des Drs V._____ et W._____ du Centre hospitalier B._____ du 29 mars 2021, relevant que l'assurée se trouvait seulement à quelques jours postopératoires d'une libération du tunnel carpien à droite avec une évolution initiale mitigée, alors que la convalescence habituelle requérait environ six semaines ; l'assurée présentait par ailleurs une rhizarthrose gauche qui allait nécessiter une prise en charge par infiltration ou pose de prothèse trapézo-métacarpienne ; il n'était pas possible de se prononcer sur sa capacité de travail future.

Sur questions de l'OAI, la Dre W._____ du Centre hospitalier B._____ a indiqué, le 3 mai 2021, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, potentiellement passagèrement, mais que dite capacité pouvait éventuellement être de 100 % dans une activité adaptée sans utilisation des deux mains. Les limitations fonctionnelles étaient dues aux douleurs du pouce gauche qui limitaient la force de la main gauche, ainsi qu'à des paresthésies de la main droite et des douleurs de l'épaule qui restreignaient la force et la précision. L'assurée bénéficiait de physiothérapie, ainsi qu'ultérieurement d'un traitement chiropratique.

Sollicité pour avis, le SMR a considéré, le 21 mai 2021, que la symptomatologie décrite était déjà connue, alors que la péjoration des douleurs ne reposait sur aucune aggravation de la rhizarthrose gauche précédemment objectivée par l'expert. Ses conclusions pouvaient être

confirmées, hormis une incapacité totale de travail transitoire du 12 mars au 4 mai 2021 en raison de l'intervention chirurgicale subie au tunnel carpien droit.

c) Par correspondance du 25 mai 2021, l'OAI a informé l'assurée de la position du SMR et annoncé l'émission d'une décision formelle.

Dite décision a été établie le 16 juin 2021 et a repris les termes du projet de décision du 13 novembre 2020.

D. C._____, représentée par Me Tissot-Daguette, avocat au sein de PROCAP, a déféré la décision du 16 juin 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 19 août 2021. Elle a conclu, principalement, à la réforme de ladite décision dans le sens de l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sans limitation temporelle, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. Elle s'est prévalu de l'aggravation de son état de santé (atteinte aux deux membres supérieurs), lequel n'était pas stabilisé. En sus de la récurrence du tunnel carpien droit, la rhizarthrose gauche devrait faire l'objet d'une prochaine intervention chirurgicale. Par ailleurs, l'assurée devrait consulter un neurochirurgien, dans la mesure où ses médecins envisageaient une origine cervicale à ses problèmes de tunnels carpiens.

Par décision du 9 septembre 2021, la magistrate instructrice a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant de frais et d'avances de frais.

L'OAI a répondu au recours le 11 octobre 2021 et conclu à son rejet, en renvoyant notamment aux avis rendus par le SMR.

Par pli du 5 janvier 2022, l'assurée a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport de la Dre W._____ du Centre hospitalier B._____ du 15 juin 2021, rédigé à la suite de fourmillements dans le membre supérieur droit ; cette spécialiste observait qu'un ultrason avait pu exclure une lésion du nerf médian ou une compression résiduelle ; les douleurs et fourmillements, localisés dans le dos et la ceinture de l'omoplate, étaient possiblement liés à l'arthrose cervicale objectivée en 2014 ; il convenait de poursuivre le traitement chiropratique ; lorsque les douleurs du bras droit seraient amendées, il s'agirait d'adresser la rhizarthrose gauche ;
- des rapports de la Dre X._____, spécialiste en neurologie, des 2 et 7 septembre 2021, consultée en raison de céphalées ; cette praticienne a relevé que l'assurée avait présenté une paralysie faciale périphérique typique, avec évolution spontanément favorable, et une céphalée évoquant une névralgie d'Arnold ; subséquemment, la Dre X._____ a exclu une compression médullaire et observé une ancienne lésion ischémique au niveau cérébelleux droit ; elle a prescrit de l'aspirine en raison des facteurs de risque cardiovasculaires ;
- une attestation de la Dre U._____ du 3 décembre 2021, indiquant que l'assurée avait rendez-vous le 7 décembre 2021 pour une imagerie par résonance magnétique (IRM) rachidienne.

Par réplique du 28 février 2022, l'assurée a maintenu ses conclusions, estimant tout particulièrement que l'instruction médicale de son cas n'était pas complète. Elle a relevé que le Dr H._____ avait mentionné dans son rapport du 24 septembre 2020, au titre des diagnostics non incapacitants, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique. A son avis, ce diagnostic imposait l'examen des ressources et des facteurs de surcharge par un spécialiste en psychiatrie en vertu de la jurisprudence fédérale. Par ailleurs, les constats

rapportés par la Dre X._____ justifiaient, selon l'assurée, une expertise neurologique. Elle a également produit les rapports médicaux ci-après :

- le rapport d'IRM du 7 décembre 2021, établi au sein du Centre hospitalier B._____, mettant en évidence des discopathies dégénératives étagées et une arthrose articulaire postérieure prédominant en L5-S1, entraînant un rétrécissement disco-ostéophytique du foramen de conjugaison droit ;
- un rapport de la Dre Y._____, médecin assistante au sein du Service des urgences du Centre hospitalier B._____, du 12 janvier 2022, faisant suite à une consultation de l'assurée pour paralysie, parésie, paresthésie, aphasie, dysarthrie et amnésie, en présence de douleurs aiguës de l'épaule droite, irradiant dans le cou et l'avant-bras ; une amélioration des douleurs avait été obtenue sous traitement antalgique.

L'OAI a dupliqué le 29 mars 2022 et confirmé ses conclusions. Il s'est référé à un avis du SMR du 23 mars 2022, lequel considérait que ses précédentes prises de position demeuraient valables. Le SMR indiquait que les atteintes et plaintes retenues auprès de l'assurée pouvaient être couramment retrouvées dans la population active. Le syndrome cervicobrachial récurrent, les lombopygalgies, les discopathies et les atteintes des tunnels carpiens ne constituaient pas des éléments nouveaux.

Le 25 mai 2022, l'assurée a fait parvenir à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un tirage du rapport d'IRM du rachis cervical, effectuée au Centre hospitalier B._____ le 23 février 2022. Ce document mettait en évidence une unco-discarthrose pluri-étagée et concluait à des discopathies poly-étagées à l'étage cervical avec remaniements inflammatoires MODIC II en C4-C5, ainsi qu'une sténose foraminale C5-C6 et C6-C7 à droite.

Par écriture du 22 juin 2022, l'assurée a proposé la suspension de la procédure en attendant les résultats d'une nouvelle intervention chirurgicale, justifiée au regard des conclusions de l'IRM précitée. La copie d'une convocation du Centre hospitalier B. _____ du 27 mai 2022 pour le 22 août 2022 était jointe en annexe.

Le 20 octobre 2022, l'assurée a adressé un exemplaire d'un rapport du Service de neurologie du Centre hospitalier B. _____, daté du 20 septembre 2022. Les Drs A. _____ et Z. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistante, ont conclu leur examen en ces termes :

« [...] A la consultation du jour, nous retrouvons une parésie du membre supérieur droit (sous réserve de multiples lâchages sur la douleur), associée à des troubles sensitifs principalement dans le territoire C5-C6. Les neurographies montrent des séquelles de tunnel carpien des deux côtés déjà opéré, ainsi qu'une neuropathie ulnaire compressive au coude droit, pour laquelle nous déconseillons à la patiente de s'appuyer sur les coudes. Malgré l'atteinte sensitivo-motrice, principalement dans le territoire C5-C6, nous ne retrouvons que de discrets signes en faveur d'une atteinte neurogène chronique. La possibilité d'une atteinte irritative de ces racines nous apparaît donc comme la plus probable. Par rapport au traitement, nous proposons l'introduction d'un traitement adapté pour les douleurs neurogènes [...]. »

L'assurée a dès lors réitéré que son état de santé était insuffisamment instruit à la date de la décision querellée et conclu à son annulation, sous suite de renvoi à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

L'OAI s'est déterminé le 21 novembre 2022 et a confirmé ses conclusions, en se basant sur un avis du SMR établi le 2 novembre 2022. Ce service estimait que les examens médicaux réalisés postérieurement à la décision litigieuse ne faisaient état d'aucun constat objectif nouveau, ni d'une « modification significative et durable du tableau clinique déjà connu ».

Par correspondance du 8 mars 2023, l'assurée a souligné que les investigations conduites dans son cas permettaient d'écarter les conclusions, à son avis non probantes, du Dr H. _____. Les constats rapportés par l'expert étaient contredits par l'IRM réalisée en 2014, ainsi

que celle datée du 23 février 2022. Une instruction complémentaire de sa situation lui apparaissait donc justifiée.

L'OAI a maintenu ses conclusions le 13 avril 2023, de même que l'assurée le 30 mai 2023.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, au-delà du 31 octobre 2018.

3. **a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021

705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, 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). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 16 juin 2021. Elle porte sur une demande de prestations formulée initialement par la recourante dans le courant de l'année 2016 et fait suite à l'arrêt de la Cour de céans du 17 décembre 2019. Elle repose par ailleurs sur un rapport d'expertise du 24 septembre 2020 et des pièces médicales produites au cours de la procédure d'audition dès le 5 février 2021. Dans la mesure où tous les éléments déterminants de l'état de fait, ainsi que la décision litigieuse, sont antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

4. 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.

5. a) 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.

b) 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).

6. a) 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 (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) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est

superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

7. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise rhumatologique auprès du Dr H._____, conformément aux considérants de l'arrêt de la Cour de céans du 17 décembre 2019 (AI 243/2019 - 399/2019). Le rapport correspondant, daté du 24 septembre 2020, procède d'une analyse exhaustive de l'ensemble des diagnostics évoqués dans le cas de la recourante. Le Dr H._____ a fondé son appréciation sur l'intégralité des pièces médicales versées à son dossier, tout en mettant à jour les données radiologiques disponibles par le biais d'examens complémentaires réalisés le 9 septembre 2020. Ses conclusions reposent en conséquence sur un dossier complet et actualisé de l'état de santé de la recourante. Dans ce contexte, on constate que le Dr H._____ a investigué minutieusement les pathologies dont souffre la recourante (mains, pouce, doigts, colonne cervicale et lombaire), en fonction également des plaintes exposées par cette dernière. Ce faisant, il a communiqué une évaluation de la capacité résiduelle de travail et des limitations fonctionnelles exempte de contradiction et en totale congruence avec les précédents constats médicaux relatés par les différents spécialistes traitants.

8. a) Au stade de la procédure d'audition, la recourante s'est prévalu de diverses pièces médicales, destinées à attester de l'aggravation de son état de santé. En particulier, la Dre U._____ a souligné, le 1^{er} décembre 2020, que sa patiente présentait une baisse de force motrice des deux mains en sus de « douleurs de type névralgies cervicobrachiales ». Cela étant, ainsi que l'a observé l'intimé, respectivement le SMR dans son avis du 21 mai 2021, on peut manifestement exclure que ce document contienne des éléments nouveaux, puisque les pathologies des mains et des vertèbres cervicales ont été dûment prises en compte par le Dr H._____ aux termes de son rapport d'expertise du 24 septembre 2020.

b) S'agissant des rapports émanant du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier B._____ des 1^{er}, 23 février et 29 mars 2021, ainsi que des constats rapportés par la Dre T._____ le 8 février 2021, il n'est pas contesté par l'intimé qu'une récurrence du tunnel carpien droit a justifié une incapacité de travail temporaire en raison de la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale. Ainsi que l'a retenu le SMR le 21 mai 2021, on peut considérer que cette problématique a entraîné une incapacité totale de travail du 12 mars au 4 mai 2021. Cela étant, on ne voit pas que les suites de cette intervention viendraient légitimer une incapacité de travail de longue durée ou des limitations fonctionnelles supplémentaires. Cette conclusion est au demeurant corroborée par la Dre W._____ du Centre hospitalier B._____, laquelle a indiqué, le 3 mai 2021, que la capacité de travail de la recourante était passagèrement restreinte, mais « éventuellement de 100 % dans une activité adaptée ». Les limitations fonctionnelles retenues, à savoir une baisse de la force et de la précision, en raison des douleurs des mains, ont par ailleurs été dûment prises en compte par le Dr H._____. A l'instar de l'intimé, on ne saurait donc retenir une modification significative et durable de l'état de santé de la recourante en raison de la récurrence du tunnel carpien droit.

c) On ajoutera que le Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier B._____ a également fait mention, le 29 mars 2021, de la rhizarthrose gauche, connue et investiguée par l'expert, laquelle requerrait une prise en charge par infiltration ou une intervention. En l'état, toutefois, aucun document versé au dossier de la recourante ne fait mention d'une aggravation de cette problématique ou de sa prise en charge opératoire. Il n'y a donc pas lieu de se prononcer plus avant sur cette problématique, analysée par l'expert H._____ à satisfaction.

d) Compte tenu de ce qui précède, on peut donc considérer, avec l'intimé, qu'à la date de la décision litigieuse, les documents médicaux produits par la recourante ne permettaient pas de remettre en question les conclusions du rapport d'expertise du Dr H._____. L'intimé était en conséquence légitimé à considérer que la recourante était dotée

d'une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles énumérées par l'expert, à compter du 1^{er} août 2018.

9. a) Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a derechef fait valoir que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise réalisée par le Dr H. _____ et que l'intimé avait insuffisamment instruit le volet médical de son dossier.

b) En premier lieu, on peut observer que le rapport de la Dre W. _____ du Centre hospitalier B. _____ du 15 juin 2021 n'objective pas de modification significative des pathologies connues auprès de la recourante. La spécialiste précitée a en effet rappelé que la recourante était connue pour une arthrose cervicale, possiblement responsable de douleurs et de fourmillements dans le dos, ainsi que pour une rhizarthrose qu'il conviendrait de traiter ultérieurement. Le rapport d'IRM du 7 décembre 2021 a par ailleurs mis en évidence des discopathies dégénératives étagées et une arthrose articulaire prédominant en L5-S1, ce qui était connu du Dr H. _____ et largement investigué par ses soins au moment de son expertise de septembre 2020. On peut donc exclure que les documents en question viennent confirmer les allégations d'une aggravation durable de l'état de santé formulées par la recourante. On relève du reste que les atteintes dégénératives sont par essence de nature évolutive et donc non susceptibles de s'amender avec le temps, sans toutefois que de nouvelles limitations fonctionnelles soient induites par ces pathologies.

c) En second lieu, il s'agit également d'exclure qu'une altération substantielle de l'état de santé de la recourante ressorte des rapports de la Dre X. _____ des 2 et 7 septembre 2021. En dépit des symptômes rapportés par cette spécialiste, des diagnostics avancés et de l'ancienne lésion cérébelleuse mise en exergue, il n'apparaît pas que la recourante nécessite une prise en charge intensive à cet égard. La Dre X. _____ a en effet souligné l'évolution « spontanément favorable » de la

situation et s'est limitée à prescrire de l'aspirine pour calmer les céphalées en raison des risques cardiovasculaires. On relèvera que des symptômes similaires, traités en urgence par la Dre Y._____, au sein du Centre hospitalier B._____, se sont également amendés sous traitement (cf. rapport du 12 janvier 2022).

d) Enfin, la recourante a fait parvenir un rapport d'IRM du rachis cervical du 23 février 2022 et le rapport du Service de neurologie du Centre hospitalier B._____ du 20 septembre 2022. Il en ressort que la recourante souffre d'une discarthrose et de discopathies avec remaniement inflammatoire en C4-C5, ainsi que d'une sténose foraminale C5-C6 et C6-C7 à droite. Les spécialistes du Service de neurologie du Centre hospitalier B._____ ont conclu à une atteinte irritative, pour laquelle ils ont introduit un traitement adapté aux douleurs neurogènes. Ces éléments, certes illustratifs d'une dégradation de la situation décrite en son temps par le Dr H._____, n'apparaissent toutefois pas responsables de limitations fonctionnelles supplémentaires spécifiques. Ils sont au demeurant largement postérieurs à la décision querellée du 16 juin 2021. Au surplus, on peut considérer, à l'instar du SMR dans son avis 2 novembre 2022, que les constats rapportés par le Centre hospitalier B._____ font partie du tableau clinique connu auprès de la recourante. Ils ne permettent par conséquent pas de conclure, en l'état, à une altération significative et durable de son état de santé.

10. a) En définitive, quoi qu'en dise la recourante, force est de constater que les rapports médicaux produits à l'appui de ses conclusions ne font pas état d'une péjoration manifeste de sa situation médicale depuis l'expertise réalisée en septembre 2020, en dépit des diverses investigations conduites et des prises en charge envisagées. Dans un tel contexte, on ne voit pas qu'un complément d'instruction médicale, notamment sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, soit susceptible de fournir un éclairage nouveau ou différent de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de la recourante à la date de la décision entreprise du 16 juin 2021.

b) Il convient également d'exclure la nécessité d'un complément d'investigation sur le plan psychique en dépit du diagnostic de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, avancé par le Dr H. _____ dans son rapport du 24 septembre 2020. On relève en effet que ce diagnostic a été évoqué en l'absence de substrat organique de nature à expliquer complètement la symptomatologie alléguée par la recourante et qu'il a été qualifié de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail. En outre, on rappellera que la preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée suppose que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). En l'occurrence, on observe que le diagnostic énoncé par le Dr H. _____ n'a pas été posé par un spécialiste en psychiatrie, alors que la recourante ne souffre d'aucune problématique de ce registre. Elle n'a fait l'objet d'aucun suivi spécialisé à cet égard et ne se prévaut pas d'une atteinte de cet ordre, ce qui n'a pas davantage été envisagé par ses différents médecins traitants.

c) Vu les éléments précités, il s'agit d'écarter la conclusion de la recourante tendant à un complément d'instruction médicale, par appréciation anticipée des preuves.

11. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ou de la survenance d'un motif de révision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - c'est-à-dire lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

d) Dans la mesure où il y a lieu, in casu, de prendre en considération l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles à 90 % dès le 1^{er} août 2018, l'intimé s'est, à bon droit, référé aux salaires ressortant de l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidité, puisque la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle. Le montant de 46'752 fr., fixé comme revenu d'invalidité déterminant

compte tenu d'un abattement de 5 %, n'apparaît donc pas critiquable. Le revenu sans invalidité de 53'727 fr., fondé sur les données communiquées en son temps par l'ancien employeur de la recourante, peut également être confirmé. La comparaison des revenus ci-avant, contre laquelle la recourante ne fait d'ailleurs valoir aucun grief, met en évidence un degré d'invalidité de 12,98 %. Un tel taux d'invalidité exclut le droit à une rente d'invalidité à l'issue d'un délai de trois mois dès le 1^{er} août 2018 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Il s'agit par conséquent de confirmer le bien-fondé de la suppression, avec effet au 31 octobre 2018, de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante.

12. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 16 juin 2021 confirmée.

b) 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 (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 9 septembre 2021.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle demeure tenue de rembourser les frais judiciaires, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272). Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement.

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

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, Service juridique, 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 :