

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juin 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 44 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), ressortissante portugaise née en [...], réside sans interruption en Suisse depuis 1991 et est au bénéfice d'un permis C. Elle travaille comme fleuriste non qualifiée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001 auprès de la société M.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur) et a subi une incapacité de travail depuis le 21 mai 2015 en raison de problèmes aux mains (cf. déclaration d'incapacité de travail maladie du 26 mai 2015).

Le 7 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de rhizarthrose due à un mouvement répétitif dans la cadre de son activité professionnelle, précisant avoir subi une « *opération trapèzectomie* ».

Dans un rapport médical établi le 17 juin 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de rhizarthrose bilatérale plus symptomatique à gauche. Il a précisé que compte tenu de la profession de l'assurée et de l'importance de la rhizarthrose, le seul traitement envisageable était d'ordre chirurgical, qui impliquerait une incapacité de travail totale de trois mois. L'opération de la main gauche a eu lieu le 21 mai 2015 et a consisté principalement en une résection de l'os trapèze.

Selon un rapport médical du 17 novembre 2015 du Dr N.\_\_\_\_\_, l'assurée a subi une nouvelle intervention le 2 juillet 2015, consistant notamment en la résection de l'os trapèze à la main droite. Ce praticien mentionnait qu'avec la reprise des activités de l'assurée, des douleurs étaient réapparues à la base des deux pouces, surtout à gauche, avec de ce côté la persistance d'une contracture en adduction malgré la rééducation en ergothérapie. Au status, il a constaté des cicatrices opératoires calmes des deux côtés, une bonne mobilité des pouces,

hormis la persistance d'une contracture en adduction du 1<sup>er</sup> métacarpien à gauche. Il a prescrit une orthèse d'abduction du 1<sup>er</sup> métacarpien, la poursuite des exercices et prévoyait un contrôle dans un mois, l'assurée ne pouvant pas encore reprendre son travail entre-temps.

Dans un rapport du 17 novembre 2015, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin praticien, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de rhizarthrose bilatérale à tout le moins depuis 2011. Elle a également posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de troubles statiques, d'hypercyphose dorsale, de syndrome des ovaires polykystiques et d'hypoacousie gauche légère à modérée et renvoyé pour le surplus aux conclusions du Dr N.\_\_\_\_\_.

Dans le formulaire « Détermination du statut (part active / part ménagère) » signé le 18 novembre 2015, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 en qualité de fleuriste si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Par courrier du 19 mai 2016, l'assureur perte de gains de l'employeur a indiqué à l'OAI que l'assurée avait été en incapacité de travail à 100% du 21 mai au 31 décembre 2015, puis à 50% à partir du 21 janvier 2016.

Le rapport des consultations établi par le Dr N.\_\_\_\_\_ le 24 mai 2016 et adressé au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) le même jour, contient notamment ce qui suit :

« **26.04.2016**

**Anamnèse actuelle :**

N'arrive pas à reprendre son travail à plus de 50% en raison de la persistance de douleurs la base des deux pouces, à l'effort surtout à droite et au repos également à gauche. Après 1/2 journée de travail, elle doit se reposer le reste de la journée et ne peut même pas assurer toutes ses tâches domestiques, pour lesquelles elle était aidée par son mari et son fils actuellement au chômage.

Depuis le début de l'année, elle a cependant l'impression d'une meilleure force dans les mains.

Son cas est annoncé à l'AI depuis février 2016.

**Status :**

Persistance d'une légère contracture en adduction du 1er métacarpien ddc, surtout à gauche, avec une hyperextension de la MP à gauche. Ddc, présence de quelques crépitements lors de la circumduction du pouce et surtout de douleurs trapézo-métacarpiennes en fin de mouvement dans tous les plans. Force de préhension : pince digito-palmaire 10 kg à gauche et 15 kg à droite, force de la pince pollicio-digitale 4.5 kg à gauche et 4 kg à droite.

**Interprétation RX :**

Deux pouces face + profil + oblique : espace scapho-métacarpien ouvert ddc, bien visible sur le cliché de profil. A gauche, persistance de quelques calcifications des tissus mous dans la région de l'excision du trapèze. Pas de déminéralisation suspecte du squelette radiographié.

**Attitude :**

Le traitement conservateur peut être considéré comme terminé. L'intervention chirurgicale n'a pas malheureusement pas suffit pour lui permettre de reprendre un travail nécessitant des efforts ou des mouvements répétitifs du pouce à plus de 50%. Dès lors, elle sera convoquée prochainement par l'AI pour évaluer une reconversion professionnelle vers une activité qui ne nécessite pas d'efforts ni de mouvements répétitifs des pouces. Des emplois non qualifiés adaptés devraient être disponibles dans l'industrie légère, ce qui pourrait faire l'objet de stages d'observation AI.

Pour ma part, je la reverrai en contrôle dans deux mois. D'ici-là, elle poursuivra son travail de fleuriste à 50% ».

Dans un rapport du 4 juillet 2016, le Dr J.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 50% depuis le 21 janvier 2016 et de probablement 100% dans une activité adaptée depuis le 27 avril 2016 à traduire en termes de métiers par les spécialistes en réadaptation, énumérant au nombre des limitations fonctionnelles les mouvements répétitifs et les efforts de pince avec les pouces.

On extrait en outre ce qui suit du rapport précité du SMR :

« Demande du 15.10.2015.

Assurée mère de deux enfants jeunes adultes, fleuriste sans CFC, qui aime son métier et l'exerce toujours, malgré une rhizarthrose aux deux mains depuis des années, traitée chirurgicalement en mai et juillet 2015, avec évolution relativement favorable, mais sans disparition de toutes les douleurs.

L'assurée a pu reprendre son activité à 50%, quand bien même cette activité n'est certainement pas adaptée, ce qui reste à confirmer par les spécialistes en réadaptation.

Vu que l'assurée a pu reprendre cette activité sollicitante pour les mains, on peut admettre qu'à partir du lendemain du 26.04.2016, date de la dernière consultation chez le Dr N.\_\_\_\_\_, une capacité de travail supérieure, voire entière existe dans une activité idéalement adaptée.

Une telle capacité entière n'est pas attestée par le Dr N.\_\_\_\_\_, qui mentionne la fin de son rapport du 26.05.2016 sur la base des constatations faites le 26.04.2016 que la capacité de travail dans une activité mieux adaptée serait possible à plus de 50%.

Si manifestement l'assurée peut travailler à 100% dans une activité adaptée, on peut aller de l'avant et examiner les mesures professionnelles envisageables, ou alors procéder à une approche théorique.

En cas de contestation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il faudrait poser les questions suivantes au Dr N.\_\_\_\_\_ :

1. Quelle est la capacité de travail (médico-théorique) dans une activité idéalement adaptée ?
2. Depuis quand ?
3. Si elle n'est pas entière : Pour quelles raisons ? »

Par projet de décision du 11 juillet 2016, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Sans formation professionnelle, vous avez exercé en dernier lieu l'activité de fleuriste chez M.\_\_\_\_\_ SA à 100% et à 50% depuis le 21 janvier 2016.

En raison de votre atteinte à la santé, vous avez présenté une incapacité de travail et de gain depuis le 21 mai 2016 (début du délai d'attente d'un an).

Après une analyse médicale de votre situation médicale par le Service Médical Régional, il ressort que l'exercice de votre activité habituelle reste exigible à 50%. Par contre, une capacité de travail de 100% peut être attendue de votre part dans une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles (mouvements répétitifs avec les pouces, efforts de pince avec les pouces) ceci dès janvier 2016.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de procéder à une approche théorique de gain comme suit :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour examiner le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 4'300.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'482.75 (CHF 4300 x 41,70 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 53'793.00.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016 (+0.4%/+0.4%) ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'008.17 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne assurée, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de vos années de service, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 48'801.78.

Sans invalidité, vous auriez pu prétendre en 2016 à un salaire annuel de CHF 57'061.13 (source : rapport employeur du 8.3.2016).

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	57'061.10
avec invalidité	CHF	48'801.80

La perte de gain s'élève à CHF 8'259.30 = un degré d'invalidité de 14.47%

Exemples d'activités adaptées : activités industrielles légères (contrôle qualité, montage/assemblage de pièces légères) ».

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions du droit à l'aide au placement.

Dans un courrier du 5 septembre 2016 à l'adresse de l'OAI, la Dresse W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a écrit ce qui suit :

« La patiente susnommée est régulièrement suivie à ma consultation depuis le 7 octobre 2013.

Elle a reçu une décision de la part de l'AI à un droit à l'aide au placement, le 11 juillet 2016.

L'AI lui propose de l'aider à trouver un travail à 100% adapté à sa condition physique et lui demande de signer une charte de collaboration au placement, un document à retourner d'ici au 6 septembre 2016.

Après discussion avec ma patiente pour la première fois concernant ce sujet, depuis juillet 2016, étant forcée de m'absenter pour des raisons familiales, la patiente regrette de ne pas pouvoir s'exprimer avant, pour contester cette décision : en fait elle n'est pas capable ni physiquement, ni psychiquement, de commencer ce processus de recherche d'emploi à 100%.

Actuellement, après avoir pesé le pour et le contre de cette décision, elle restera en arrêt maladie à 50%, et continuera à travailler à 50% dans son poste actuel, ma patiente appréhende le changement de lieu et de la qualité des relations avec les collègues et le patron, lors d'un nouveau poste, avec un questionnement sur sa capacité de trouver un autre travail adapté à ses douleurs ».

Par décision du 20 septembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 11 juillet 2016 et rejeté la demande de rente de l'assurée.

**B.** Par acte du 18 octobre 2016 (date du timbre postal), T. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en contestant le refus de rente. Elle soutient être dans l'incapacité physique et psychique de commencer à rechercher un emploi à 100%. Elle fait valoir que ses séquelles sont beaucoup plus sérieuses et importantes que ce qui a été retenu par le SMR et qu'elle est

effectivement incapable d'effectuer son travail de fleuriste à plus de 50%. Elle produit à l'appui de son recours :

- un rapport de la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, rhumatologie et médecine psychosomatique et psychosociale, du 14 octobre 2016, selon lequel la recourante a consulté pour faire le point en raison de douleurs de plus en plus gênantes dans les chevilles et les pieds, prédominant du côté droit, ainsi que de douleurs dans les mains et précisant que l'intéressée était toujours gênée, depuis des années, par des cervico-dorso-lombalgies récidivantes, des scapulalgies droites et des douleurs dans les poignets et les hanches. Cette praticienne a en outre fait état de ce qui suit :

« L'activité professionnelle qu'elle exerce actuellement, impliquant d'être debout toute la journée, dans une position très statique, penchée en avant, en préparant continuellement des bouquets qu'elle doit tenir dans ses mains, n'est certainement pas des mieux adaptées à ses problèmes de santé. Dans une autre activité où elle pourrait alterner les positions, où elle ne serait pas penchée en avant et où elle ne devrait pas empoigner sans arrêt des objets, il est possible qu'elle ait moins de douleurs ».

- le rapport du 5 septembre 2016 de la Dresse W.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 22 décembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il souligne qu'il n'est pas contesté que l'exercice de l'activité habituelle est exigible à 50% seulement et précise qu'il ressort toutefois du dossier médical qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible à 100% dès janvier 2016, raison pour laquelle une aide au placement a été octroyée à la recourante. Il fait valoir que les conclusions de la Dresse W.\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2016 eu égard à la capacité de travail de l'intéressée ne sont pas justifiées du point de vue médical. L'intimé fait en outre valoir que la recourante violerait son obligation de diminuer le dommage et d'améliorer sa capacité de gain, dès lors qu'elle souhaite garder son emploi actuel à 50% qui ne respecte pas ses limitations fonctionnelles alors qu'un emploi adapté est exigible à 100%.

Par réplique du 14 janvier 2017, la recourante maintient ses conclusions. Elle précise que sa rhizarthrose bilatérale ne touche pas uniquement les pouces, mais toute l'utilisation des mains et que par conséquent toute activité physique et manuelle simple telle que préconisée par l'intimé serait problématique. Elle indique souffrir également des poignets en raison de ses atteintes. Par conséquent, son habileté manuelle sur le plan fonctionnel est entravée de manière importante, ce qui contre-indique une pleine capacité de travail dans une activité physique et manuelle simple.

Dans sa duplique du 6 février 2017, l'intimé persiste dans ses conclusions, estimant que la recourante n'apporte aucun élément nouveau.

### **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'AI (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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que la recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou de 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4.** Le juge des assurances sociales 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. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admis avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que les conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 dûment 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1).

**5.** En l'espèce, dans son rapport du 26 mai 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_ constate que l'intervention chirurgicale n'a malheureusement pas suffi à permettre à la recourante de prendre un travail nécessitant des efforts ou des mouvements répétitifs du pouce à plus de 50%. Il estime que des emplois non qualifiés adaptés devraient être disponibles dans l'industrie légère, ce qui pourrait faire l'objet de stages d'observation AI. Il ne se prononce pas sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée.

Le Dr J. \_\_\_\_\_, après avoir relevé que le Dr N. \_\_\_\_\_ n'attestait pas une capacité de travail entière dans une activité adaptée, a estimé que dès lors que la recourante avait pu reprendre une activité sollicitante pour les mains, on pouvait admettre une capacité de travail supérieure, voire entière dans une activité idéalement adaptée à partir du lendemain de la dernière consultation chez le Dr N. \_\_\_\_\_, sans autre explication. L'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ est insuffisamment motivée. Elle n'est pas documentée et manque de précision. Il ajoute d'ailleurs qu'en cas de contestation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il faudrait réinterpeller le Dr N. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail dans une activité « idéalement » adaptée.

Or par l'intermédiaire de la Dresse W.\_\_\_\_\_, la recourante a manifesté son désaccord mais le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a pas été interpellé à nouveau.

En conséquence, il apparaît que ni le Dr N.\_\_\_\_\_, ni aucun praticien ne s'est prononcé de façon claire et motivée sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, concernant ses problèmes aux pouces.

A cela s'ajoute que selon les rapports de ses médecins traitants, la recourante souffre d'autres troubles, notamment sur le plan rhumatologique, dont on ne peut exclure qu'ils entraînent des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles retenues. Il en va de même d'éventuels troubles psychiques compte tenu du rapport de la Dresse W.\_\_\_\_\_.

Il n'est ainsi pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état.

**6. a)** 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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 ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient en premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier les points précités, notamment par la mise en œuvre d'une expertise (*cf.* art. 44 LPGA).

**7. 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 francs (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,

qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**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 20 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- 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. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- T. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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).

La greffière :