

## VD\_FINDINFO AI 255/13 - 124/2014 vom 30. Mai 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-05-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_255\\_13\\_-\\_124\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_255_13_-_124_2014)

FR: VD\_FINDINFO AI 255/13 - 124/2014 du 30 mai 2014

IT: VD\_FINDINFO AI 255/13 - 124/2014 del 30 maggio 2014

### Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 28a al. 3 LAI, 4 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 30.05.2014 AI 255/13 - 124/2014

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 28a al. 3 LAI, 4 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 255/13 - 124/2014 ZD13.042988 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 30 mai 2014 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Di Ferro Demierre  
Juges : MM. Neu et Merz Greffière : Mme Barman Ionta \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : H. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard  
Séchaud, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à  
Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4 et 28 LAI E n f a i t : A. H. \_\_\_\_\_ (ci-après :  
l'assurée), née en 1952, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de  
commerce, a travaillé comme secrétaire de direction au G. \_\_\_\_\_ (ci-après :  
G. \_\_\_\_\_) dès octobre 1991 ; elle a réduit, par choix, son taux d'activité à 70% dès  
janvier 1999. A l'initiative de l'employeur, un formulaire d'annonce de détection précoce a  
été adressé le 8 novembre 2010 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud  
(ci-après : l'OAI). L'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis juillet 2010,  
en raison d'une ténosynovite des tendons fléchisseurs touchant les deux mains. Lors de  
l'entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI en date du 21 décembre  
2010, l'assurée a expliqué que son état de santé se détériorait, qu'elle n'arrivait plus à ouvrir  
une bouteille d'eau ou à tenir un stylo sur une longue durée, et indiqué avoir repris son  
activité professionnelle à 14% (du 70%) le 18 novembre 2010, avec un cahier des charges  
allégés. Le 12 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité, indiquant souffrir de tendinopathie post-traumatique des fléchisseurs  
des doigts, secondairement de tendinopathie généralisée des membres supérieurs, de la  
nuque, des épaules, et de ténosynovite depuis le 25 mai 2010. Elle avait repris son activité  
habituelle, adaptée à ses handicaps – sans travail de frappe à l'ordinateur –, au taux de 28%  
(du 70%) depuis le 3 janvier 2011. Interpellée par l'OAI, la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste  
en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a adressé son rapport le 20  
janvier 2011. Elle posait les diagnostics de tendinopathie généralisée de la nuque, des  
épaules, des membres supérieurs des deux côtés, en particulier des fléchisseurs des doigts,  
existant depuis mai 2010 et affectant la capacité de travail, et d'anxiété et dépression

réactionnelle à la maladie, existant depuis l'été 2010 et sans effet sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient en relation avec les douleurs au niveau des mains, lors de toute activité nécessitant un certain rendement manuel, et la capacité de travail dans l'activité de secrétaire de direction était exigible à 20% pour autant qu'il n'y ait pas de travail « au clavier ». A la demande de l'OAI, la Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, médecin cheffe au Service de médecine du personnel du G. \_\_\_\_\_, a adressé son rapport en date du 25 février 2011. Elle posait les diagnostics de ténosynovite des tendons fléchisseurs des mains depuis mai 2010, de lombalgie chronique non spécifique et de status post-amydalectomie. L'assurée présentait également des douleurs au niveau des épaules, péjorées lors des mouvements d'élévation des bras au-dessus de 90°. Compte tenu de la symptomatologie, les activités de frappe à l'ordinateur devaient être limitées au minimum afin d'éviter une récurrence précoce ou une dégradation ; dans ce contexte, l'activité de secrétaire de direction, avec des tâches de frappe soutenues, n'était pas adaptée à l'état de santé de l'assurée. Le 18 juillet 2011, l'assurée a été reçue en consultation rhumatologique par la Dresse K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans le rapport du 20 juillet suivant adressé au médecin traitant, la Dresse K. \_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de probable arthrose débutante des doigts et concluait à des douleurs semblant survenir dans le cadre de troubles dégénératifs débutants, sans mise en évidence d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Elle considérait que les douleurs présentées ne rendaient plus possible la poursuite de l'activité de secrétaire de direction, qui comprenait essentiellement de la frappe sur un clavier. Le 22 août 2011, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stable « pour autant qu'elle ne force pas ». Tout travail sollicitant les mains ne pouvait être effectué que très lentement, avec un rendement et une durée limités ; en effet, l'arthrose aux doigts, la tendinopathie aux mains et la périarthrite de l'épaule droite limitaient la capacité de travail, laquelle était estimée à 30% (d'un 100%), avec un rendement de 15%. L'évolution confirmait qu'une récupération complète n'était pas envisageable. Invité à se prononcer sur les éléments médicaux au dossier, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé l'incapacité de l'assurée à faire davantage que ce qu'elle faisait actuellement, après avoir repris une activité mieux adaptée à un taux faible, avec un minimum de dactylographie, en raison d'une tendinopathie des mains et d'arthrose. De ce fait, il préconisait un examen rhumatologique au SMR, aux fins de clarifier les raisons justifiant les limitations fonctionnelles et l'éventuelle diminution de la capacité de travail. L'examen a été réalisé le 6 septembre 2011 par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Au terme de son rapport du 7 novembre 2011, il se prononçait comme suit : « DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail · omalgies bilatérales prédominant actuellement à D. o omarthroses bilatérales. M75.0 o vraisemblable syndrome de la coiffe des rotateurs à D avec capsulite rétractile d'accompagnement. M75.4 · douleurs et impotence fonctionnelle au niveau des 2 mains, en relation avec une arthrose interphalangienne proximale bilatérale débutante. M15.1 · lombalgies communes avec discopathie L4-L5 avancée. M54.5 · cervicarthrose étagée prédominant en C5-C6 avec diminution du trou de conjugaison D. M54.2 - sans répercussion sur la capacité de travail · élément de non organicité selon Smythe et Waddell. · troubles dépressifs réactionnels. APPRÉCIATION DU CAS Il s'agit d'une assurée âgée de bientôt 59 ans, secrétaire médicale, travaillant habituellement à un taux de 70% au G. \_\_\_\_\_. Une demande de prestations AI est déposée le 12.01.2011 par le biais de la détection précoce en relation avec une incapacité de travail évoluant depuis le 02.06.2010.

Les atteintes à la santé mises en avant pour justifier cette demande de prestations AI, sont des douleurs au niveau des 2 mains et des épaules, dans un contexte de troubles dégénératifs avec tendinopathie. Sur le plan professionnel, le poste de travail a été partiellement adapté, l'assurée a été capable de reprendre son activité antérieure partiellement adaptée à un taux de 30% d'un 100% à partir de janvier 2011. Cette assurée présente des douleurs et une impotence fonctionnelle touchant les 2 mains survenant à la suite d'une activité manuelle (l'assurée a voulu planter un tuteur pour une plante dans un sol dur, au mois de mai 2010, puis quelques jours par la suite, l'assurée effectue une marche avec l'utilisation de canne de marche). Depuis lors, elle déclare des douleurs à caractère mécanique touchant les 2 mains, associées à des douleurs de l'épaule D et une impotence fonctionnelle de cette épaule. Les différents examens complémentaires effectués mettent en évidence une omarthrose bilatérale, prédominant à D pour laquelle le Professeur [...], évoquait déjà la possibilité d'une arthroplastie prophétiq ue en fonction de l'évolution en 2007. Les autres documents radiologiques mis à disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs débutants des articulations interphalangiennes proximales du 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rayons de la main D et du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> rayons de la main G. L'examen clinique au SMR met en évidence une déformation articulaire au niveau des articulations interphalangiennes proximales des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> rayons des 2 mains et dans une moindre mesure, du 4<sup>ème</sup> rayon de la main D. Diminution des amplitudes articulaires franches au niveau de l'articulation scapulo-humérale D dans un contexte algique, avec limitation vraisemblablement en relation avec une capsulite rétractile d'accompagnement. Le reste de l'examen ostéoarticulaire est sp. Pas de mise en évidence de troubles neurologiques. Mise en évidence de 9 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, raison pour laquelle un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut être retenu. Présence de 2/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus à caractère non organique (signes comportementaux avec absence de mise en évidence de signes selon Kummel). En conclusion, cette assurée âgée de 59 ans, présente une omarthrose bilatérale avancée, prédominant à D avec actuellement une capsulite rétractile au décours, à l'origine d'une nette diminution des amplitudes articulaires. Elle présente aussi des déformations des articulations interphalangiennes proximales, au niveau des 2 mains, dans un contexte de troubles dégénératifs. Au vu des atteintes structurelles présentées sur le plan ostéoarticulaire, l'activité antérieure (secrétaire médicale, secrétaire de direction avec une activité essentiellement de frappe) ne peut plus être exercée. Une activité adaptée, à faible charge manuelle, évitant les mouvements répétitifs ou des activités nécessitant un certain rendement en ce qui concerne les mains est possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement évaluée à 50%. L'empêchement ménager est évalué à 30% au vu des limitations fonctionnelles retenues. L'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée ne tient compte que des atteintes structurelles objectives mises en évidence par les examens complémentaires et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère de non organicité mise en évidence par les signes de Waddell et Smythe, associée aux troubles dépressifs réactionnels objectivés par plusieurs épisodes de pleurs et la mise en avant d'un sentiment de dévalorisation et d'inutilité n'a pas été pris en considération. Limitations fonctionnelles Activité à faible charges physiques, sans port de poids supérieur à 2.5 kg de façon répétitive au niveau des MS. Absence d'activité à caractère répétitif au niveau des 2 mains ou nécessitant un rendement imposé. Pas d'activité en antépulsion ou au-delà de 60° de façon répétitive et au-delà de 90° de façon formelle à D. Pas de position statique assise prolongée au-delà de 1 heure, sans possibilité de varier les positions minimum 1 fois, de préférence à

la guise de l'assurée. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Sur la base des documents mis à disposition et de l'anamnèse fournie, cette assurée est en incapacité de travail depuis le 02.06.2010. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assurée a repris son activité habituelle partiellement adaptée à partir du 01.01.2011 à un taux de 30% d'un 100%. Sur la base des constatations cliniques effectuées ce jour et de l'étude des différents documents radiologiques mis à disposition, une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle de secrétaire de direction, secrétaire médicale (essentiellement de la frappe) est retenue. Une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles retenues est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de 50%. Cette diminution de 50% est en relation avec l'impossibilité de réaliser toute forme d'activité à caractère manuel avec un rendement imposé ou une activité à caractère répétitif. Une telle activité est raisonnablement exigible depuis janvier 2011, date à laquelle l'assurée a repris son activité antérieure partiellement adaptée à un taux de 30%. Au vu de l'ensemble des lésions structurelles objectivées mises en évidence, il n'y a pas d'activité possible à un taux global supérieur de 50% (100% de capacité de travail théorique avec diminution de rendement de 50%). L'évaluation de la capacité de travail résiduelle ne tient compte que des lésions structurelles objectives mises en évidence par les différents examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle : 0% Dans une activité adaptée : 50% Depuis janvier 2011 » Sur la base des observations du Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ a considéré les atteintes multiples des membres supérieurs et de la colonne cervicale et lombaire comme incompatibles avec une activité de secrétaire médicale ; le cumul des atteintes justifiait une diminution de rendement de 50% dans une activité adaptée, et ce depuis janvier 2011 (rapport du 21 novembre 2011). Le 29 février 2012, l'assurée a rempli une demande d'allocation pour impotent, décrivant un certain nombre d'activités nécessitant une aide régulière en raison de l'atteinte aux mains et aux épaules. Dans un rapport établi le 14 mars 2012 à la demande de l'OAI, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a exposé que depuis plusieurs années, l'assurée présentait des épisodes douloureux au niveau de l'épaule droite, des lombalgies entraînant des limitations de la mobilité et, depuis mai 2010, des douleurs des mains au niveau des doigts, avec impotence fonctionnelle. Durant l'année écoulée, la situation médicale était restée inchangée, avec la persistance des douleurs à l'épaule droite et aux doigts, sans amélioration sous anti-inflammatoires et traitement de physiothérapie et d'ergothérapie. L'assurée avait repris le travail à 28% (du 70%) en novembre 2010, après une période d'incapacité de travail complète, avec des aménagements tenant compte des limitations fonctionnelles. La répartition du temps de travail n'avait engendré aucun changement, l'assurée décrivant les mêmes douleurs et limitations dans son activité ; elle présentait des difficultés pour réaliser les tâches comme le tri et le classement de documents, le rangement de dossiers, la saisie occasionnelle de données, et était limitée pour la rapidité et la répétitivité d'exécution de ces tâches. Cependant, la Dresse X.\_\_\_\_\_ considérait que l'atteinte clinique et radiologique objectivée au niveau des doigts était modérée alors que l'incapacité fonctionnelle et le vécu douloureux étaient très importants, cela même dans des tâches comportant des sollicitations moindres pour les mains et l'épaule droite. Dans un rapport du 11 avril 2012, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a considéré que contrairement aux conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, l'assurée présentait une incapacité de travail de 85%, craignant que le 15% effectué ne puisse être maintenu si le stress que représentait l'incertitude sur le plan social et professionnel ne pouvait être résolu. La Dresse F.\_\_\_\_\_ relevait que le Dr L.\_\_\_\_\_ n'avait pas vu les

mains de l'assurée dans les jours suivant un effort inapproprié, que son évaluation de la capacité de travail ne tenait compte que des lésions structurelles objectivées, non d'une composante fonctionnelle ou des signes de la lignée dépressive, et que l'empêchement ménager et des activités de la vie quotidienne semblaient nettement sous-évalués. Par avis du 7 juin 2012, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé qu'il avait été admis, dans le rapport d'examen clinique du 7 novembre 2011 et le rapport SMR du 21 novembre suivant, que l'exigibilité de l'assurée était de 50% (100% avec une diminution de rendement de 50%) dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites.

L'appréciation de la Dresse F. \_\_\_\_\_, fondée sur les problèmes présentés par l'assurée au niveau de ses mains, n'apportait aucun élément médical nouveau et apparaissait comme une appréciation différente d'un même état de fait ; l'estimation de la capacité de travail à seulement 15% était certainement le fait de l'empathie de ce médecin à l'égard sa patiente. Par communication du 20 juin 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, son employeur ayant aménagé au mieux son poste de travail. Une enquête pour l'évaluation de l'impotence a été réalisée le 21 septembre 2012 au domicile de l'assurée. Sous la rubrique « remarques » du rapport du 2 octobre 2012, l'enquêtrice mentionnait que l'assurée avait déposé une demande sur les conseils de son médecin traitant ; cependant, l'aide dont elle avait besoin pour les actes de la vie quotidienne, décrite dans le formulaire de demande, n'était pas une aide régulière et importante, mais une aide pour le ménage. L'enquêtrice a dès lors procédé à une enquête économique sur le ménage. Le rapport d'enquête daté du 8 octobre 2012 a confirmé le statut de 70% active et 30% ménagère et constaté une invalidité de 18,6% dans la part ménagère, considérant pour l'essentiel que le compagnon de l'assurée avait repris les activités qu'elle ne pouvait plus exercer, cette dernière ayant réduit elle-même son dommage par différents aménagements. Dans un projet de décision du 31 janvier 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser la rente d'invalidité, exposant les motifs suivants : « Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis le 2 juin 2010 (début du délai d'attente d'une année), votre capacité de travail et de gain est notablement restreinte. Selon nos observations, vous continuez à exercer votre activité de secrétaire médicale au G. \_\_\_\_\_ à 70% sans problèmes de santé. Les 30% restants correspondent à vos travaux habituels. Sur la base du rapport d'enquête économique pour les ménagères, l'importance de vos empêchements ménagers atteint 18.6%. A la suite de différents contacts et entretiens avec votre employeur, notre spécialiste en réinsertion professionnelle constate que votre poste de travail ainsi que les activités qui vous sont confiées ont été aménagées au mieux des possibilités qu'une activité de type administrative le permette. Or vous n'arrivez cependant pas à augmenter votre capacité de travail et vous occuper votre poste, actuellement adapté à 30%, et vous présentez un rendement de 15% d'un 100%. Cette situation étant difficilement explicable, le Service médical régional AI (SMR) a décidé de vous convoquer pour un examen clinique rhumatologique qui a eu lieu le 6 septembre 2011. Il ressort de cette expertise que votre activité habituelle de secrétaire médicale n'est plus exigible depuis le 2 juin 2010 en raison de votre état de santé. En revanche, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui respecte vos limitations fonctionnelles (activité à faibles charges physiques sans port de charges de plus de 2,5 kg, pas de position statique assise prolongée) votre capacité de travail est exigible à 50% et ceci depuis le 1 er janvier 2011. Nous tenons à préciser que l'expertise du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et

dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 2 juin 2011, votre invalidité globale atteint 26%, selon le calcul suivant : Incapacité de travail dans la part active :  $70\% - 50\% (=20\%) \times 100 = 28,57\%$

70%	28,57%	20%	Comme ménagère	30%	18,6%	5,58%	Degré d'invalidité	25,58%
-----	--------	-----	----------------	-----	-------	-------	--------------------	--------

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. » Le 12 février 2013, l'assurée a contesté ce projet de décision, particulièrement le degré d'invalidité retenu pour la part active, alléguant une péjoration de son état de santé depuis l'examen du 6 septembre 2011. Elle indiquait que de nouveaux examens rhumatologiques avaient récemment été réalisés par la Dresse K.\_\_\_\_\_. Dans un courrier du 12 mars 2013, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a fait valoir à l'OAI que les constatations figurant dans le projet de décision ne correspondait pas à ses observations ; la capacité de travail de la patiente ne dépassait pas 15% de rendement avec une présence de 30%, en raison des atteintes aux mains et aux épaules. En outre, il n'avait pas été envisagé d'évaluation dans les ateliers de l'assurance-invalidité ni la possibilité de refaire une formation tenant compte des limitations fonctionnelles de l'assurée eu égard à son âge, ce qui, selon la Dresse F.\_\_\_\_\_, devait être pris en considération lors de la décision de l'OAI dans la mesure où cela portait préjudice à l'intéressée. Elle ajoutait que la péjoration de l'état de santé de l'assurée l'avait menée à suivre une cure intensive de physiothérapie à [...]. Le rapport y relatif, établi le 14 mars 2013 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisait état d'un séjour de l'assurée à la clinique [...] du 25 février au 15 mars 2013. Le Dr P.\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics précédemment posés (soit arthrose des doigts invalidante, omarthroses bilatérales, syndrome cervico-vertébrales, lombalgies, trouble dépressif réactionnel) ainsi que ceux d'hallux valgus bilatéral et de coxarthrose débutante plus marquée à droite qu'à gauche. Dans un avis du 22 août 2013, les Drs W.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ du SMR ont considéré que les médecins traitants n'avaient pas versé au dossier d'élément nouveau ou convaincant d'une aggravation telle que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR ou la capacité de travail dans une activité soient modifiées. Ils se bornaient en outre à apprécier la capacité de travail dans l'activité habituelle, ce qui n'était plus de mise depuis juin 2010. Par décision du 5 septembre 2013, l'OAI a confirmé son préavis du 31 janvier précédent. Dans une lettre datée du même jour, il a exposé que les nouveaux rapports médicaux, adressés au SMR pour appréciation, ne modifiaient pas les conclusions émises précédemment. B. Par acte du 7 octobre 2013, H.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> juin 2013. Elle requiert l'audition de ses médecins traitants ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale aux fins de déterminer son taux d'incapacité de travail et d'empêchement ménager. Dans des observations complémentaires déposées le 18 novembre 2013, la recourante fait valoir une contradiction entre l'évaluation du SMR et celle du médecin traitant, ainsi que celle du médecin du Service de médecine du personnel du G.\_\_\_\_\_, justifiant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, au besoin pluridisciplinaire dans la mesure où les affections ne sont pas limitées aux mains mais consistent également en des limitations fonctionnelles notamment de la nuque, de l'épaule, des lombalgies et une dépression réactionnelle. Elle soutient par ailleurs que les limitations dans son activité ménagère sont sous-estimées, contestant de ce fait l'empêchement fixé à 18,6%. Finalement, elle considère que la jurisprudence en matière d'exigibilité de recherche

d'une activité adaptée, qui doit être appréciée de manière restrictive s'agissant d'une personne s'approchant de l'âge de la retraite, lui est applicable. La recourante a produit un lot de pièces, en particulier les rapports médicaux suivants : - un rapport relatif à un ultrason des mains réalisé le 3 janvier 2013, concluant à la présence de synovites et de troubles dégénératifs aux mains évoquant en premier lieu une arthrose digitale avec une atteinte ostéophytique des MCP II et III pouvant nécessiter la recherche d'une cause secondaire ; - un rapport relatif à une radiographie des mains réalisée le 14 janvier 2013, concluant à un statu quo par rapport à 2011, à l'absence de lésion érosive décelable mais à la présence de troubles arthrosiques épars ; - un rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique de la cheville et du pied gauche effectuée le 31 juillet 2013, mettant en évidence une arthropathie dégénérative nettement active de la cheville, un status après ancienne déchirure ligamentaire de la face externe et une légère ténosynovite notamment des tendons péroniers et des tendons de la face interne ; - un rapport du 26 août 2013 du Prof. V. \_\_\_\_\_, médecin chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du G. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante : « J'ai vu Mme H. \_\_\_\_\_ le 21.08.2013. Comme vous le savez, je la connaissais pour un hallux valgus bilatéral avec bunionette bilatérale qui ne devait pas faire l'objet de sanction chirurgicale pour l'instant. J'avais aussi fait modifier les supports plantaires réalisés par [...] orthopédie. Depuis cet été, malheureusement, la patiente développe des douleurs très importantes de la cheville gauche qu'elle met clairement en relation avec l'utilisation des supports plantaires. Les douleurs diminuent déjà alors qu'elle ne porte pas les supports et qu'elle adapte des modifications réalisées cette fois-ci par M. [...] à l'hôpital orthopédique. Elle a aussi fait réaliser une IRM de sa cheville qui montre une lésion ostéo-chondrale supéro-latérale mais surtout des ténosynovites des péroniers et du tibial postérieur. Localement, je trouve surtout des signes de tendinite à l'endroit du tibial postérieur en rétro-malléolaire, la cheville n'est pas tuméfiée, sa mobilité n'est pas entravée. Dans ces conditions, on se trouve clairement en présence d'une arthrose débutante de la cheville mais aussi de la sous-thalienne accompagnée d'une ténosynovite importante du tibial postérieur et des péroniers. Pour l'instant, étant donné l'amélioration spontanée par les mesures appliquées par la patiente elle-même, je ne propose pas de mesures orthopédiques autre que l'adaptation parfaite du support par M. [...]. ». Dans sa réponse du 21 janvier 2014, l'OAI s'est référé à l'avis émis le 13 janvier précédent par le Dr W. \_\_\_\_\_, lequel s'est prononcé sur les pièces médicales produites par la recourante, et préconisait d'interroger les médecins traitants. L'avis du Dr W. \_\_\_\_\_, produit céans, a la teneur suivante : « La position du SMR repose sur l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR le 6 septembre 2011 ainsi que sur les avis SMR des 7 juin 2012 et 22 août 2013. Les problèmes pris en compte sont des atteintes ostéo-tendineuses multifocales dans un contexte d'arthrose dégénérative liée à l'âge. Le rapport de cure au Rehasentrum de [...] du 14 mars 2013 retient comme nouveaux problèmes un hallux valgus bilatéral et une coxarthrose radiologique plus marquée à droite qu'à gauche. Ce rapport constate comme plaintes de l'assurées des douleurs dans les doigts et les 2 mains, les épaules ainsi que des rachialgies lombaires et cervicales. Le radiologue interprétant l'examen radiologique des mains du 14 janvier 2013 avait conclu : « Statu quo par rapport à 2011. Pas de lésion érosive décelable, mais présence de troubles arthrosiques épars ». Le Dr V. \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 21 août 2013. Il confirme l'existence d'hallux valgus des 2 côtés et l'apparition de douleurs de la cheville gauche depuis l'été 2013. Aucun des médecins spécialistes de l'assurée interpellés dans ce dossier ne se prononce sur une aggravation des limitations fonctionnelles et sur l'évolution [de] la capacité de travail dans une activité adaptée depuis l'examen SMR.

De même, on ignore si l'état de santé est stabilisé et si un traitement exigible au sens de la LAI serait à même de réduire les empêchements actuels. Afin de répondre à ces questions, plaise au Tribunal de mettre en place une expertise rhumatologique. » La réponse de l'OAI ainsi que l'avis du SMR ont été envoyés à la recourante pour information. 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 (art. 1 al. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier à la recourante le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme 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 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 (art. 7 LPGA). 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 (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cf. art. 28 al. 2 LAI). b) Lors de l'examen du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses

qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b ; TF I 707/2001 du 20 février 2003 consid. 2.1). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en compte également des intentions hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent en règle générale être déduites d'indices externes (TF I 693/2006 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; voir par ailleurs ATF 137 V 334, 131 V 51 consid. 5.1.2). c) L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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 revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, n° 3081 ss). La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que la personne assurée ne peut plus accomplir, ou alors uniquement de manière très limitée, et depuis quand cette limitation est intervenue. En outre, elle donnera des renseignements sur l'ampleur des limitations liées à l'invalidité et examinera si la personne doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activités). Elle doit également fournir des informations concernant l'aide apportée à la personne assurée par des tiers (par exemple par des parents, voisins ou aides extérieures) dans l'accomplissement de ses activités (ATF 130 V 97). 4. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 (art. 43 al. 1 LPGA). 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\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 261 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales 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, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

5. a) La décision de refus de rente du 5 septembre 2013 repose sur l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR. En automne 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_ diagnostiquait une omarthrose bilatérale avancée, prédominant à droite, avec capsulite rétractile au décours, une arthrose interphalangienne proximale bilatérale dans un contexte de trouble dégénératif en relation avec des douleurs et une impotence fonctionnelle au niveau des deux mains, des lombalgies avec discopathie L4-L5 avancée et une cervicarthrose étagée prédominant en C5-C6. Au vu des atteintes structurelles présentées sur le plan ostéoarticulaire, toute forme d'activité à caractère manuel avec un rendement imposé ou une activité à caractère répétitif n'était pas envisageable, telle que l'activité professionnelle de secrétaire de direction avec une activité essentiellement de frappe ; une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues était théoriquement possible à un taux de 100% mais avec une diminution de rendement évaluée à 50%. Le SMR a dès lors considéré que le cumul des atteintes, soit des membres supérieurs et de la colonne cervicale et lombaire, justifiait une diminution de rendement de 50% dans une activité adaptée, et ce depuis janvier 2011 ; la capacité de travail était reconnue comme nulle dans l'activité habituelle de secrétaire médicale (rapport du 21 novembre 2011). La Dresse F.\_\_\_\_\_ ne partageait pas cette appréciation. Elle estimait que la capacité de travail de la recourante ne dépassait pas 15% de rendement avec une présence de 30%, eu égard à l'arthrose des doigts, la tendinopathie des mains et la périarthrite de l'épaule droite. En août 2011, elle énonçait une stabilisation de l'état de santé

et une limitation dans les activités nécessitant un certain rendement manuel. Elle se référait ainsi à l'appréciation de la Dresse K. \_\_\_\_\_, laquelle diagnostiquait en juillet 2011 une probable arthrose débutante des doigts et considérait que les douleurs, semblant survenir dans le cadre de troubles dégénératifs débutants, ne rendaient plus possible la poursuite de l'activité de secrétaire de direction. A l'aune de ces rapports médicaux, il appert, comme le relève le SMR dans l'avis du 7 juin 2012, que la Dresse F. \_\_\_\_\_ fait une appréciation différente d'un même état de fait, ne se prononçant au demeurant que sur la capacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle. Les constatations de la Dresse X. \_\_\_\_\_ s'inscrivent dans la continuité de celles des Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. Elle posait les diagnostics de ténosynovite des tendons fléchisseurs des mains depuis mai 2010, de lombalgies chroniques non spécifiques, et mentionnait des épisodes douleurs au niveau de l'épaule droite depuis plusieurs années. Durant l'année écoulée, la situation médicale était restée inchangée, avec la persistance des douleurs à l'épaule et aux doigts. Elle considérait que les activités de frappe à l'ordinateur devaient être limitées au minimum, de sorte que l'activité de secrétaire de direction n'était plus adaptée à l'état de santé de l'assurée. Si la Dresse X. \_\_\_\_\_ décrivait les nombreuses limitations rencontrées dans l'activité habituelle, elle ne se prononçait pas – à l'instar de la Dresse F. \_\_\_\_\_ – sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, soulignant simplement que l'incapacité fonctionnelle et le vécu douloureux étaient également importants dans des tâches comportant des sollicitations moindres des mains et de l'épaule droite. Cela étant, le rapport de cure au [...] de [...] du 14 mars 2013 mentionne que l'assurée se plaint de douleurs dans les doigts, les mains, les épaules, ainsi que de rachialgies lombaires et cervicales. Il est également fait état de nouveaux diagnostics, savoir une coxarthrose débutante plus marquée à droite qu'à gauche et un hallux valgus bilatéral. Le Dr V. \_\_\_\_\_ confirme, dans un rapport du 26 août 2013, le diagnostic d'hallux valgus bilatéral et mentionne l'apparition, depuis l'été 2013, de douleurs très importantes de la cheville gauche. Sur la base d'une imagerie par résonance magnétique et d'un examen de l'assurée, ce spécialiste en chirurgie orthopédique conclut à la présence d'une arthrose débutante de la cheville et de la sous-thalienne accompagnée d'une ténosynovite importante du tibial postérieur et des péroniers. b) Au vu des considérations médicales précitées, l'état de santé de la recourante semble s'être péjoré depuis l'examen au SMR en automne 2011, à une date antérieure à la décision litigieuse, eu égard aux nouveaux diagnostics posés. Dans un avis du 13 janvier 2014, le SMR paraît concevoir une péjoration de l'état de santé de la recourante, sans qu'il soit possible de déterminer l'impact des séquelles et symptômes actuels sur la capacité de travail. Le SMR considère dès lors qu'une expertise rhumatologique permettrait de préciser la possible aggravation des limitations fonctionnelles et l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que de déterminer si l'état de santé est stabilisé et si un traitement exigible au sens de la LAI est susceptible de réduire les empêchements actuels. Dans ses déterminations du 21 janvier 2014, l'OAI se rallie à l'avis médical du 13 janvier 2014 et convient de la nécessité de procéder à un complément d'instruction. 6. A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux incidences des atteintes – notamment l'atteinte à la cheville gauche et la coxarthrose – dont souffre la recourante, sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé s'avère insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. 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 constatées, il s'avère que l'état de santé de la recourante dans sa globalité n'a pas été constaté de manière complète, les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établi de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au 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). Au regard du résultat de l'expertise, l'intimé devra également prendre en considération l'âge de l'assurée, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 138 V 457 ; TF 8C\_880/2011 du 21 mars 2012 consid. 5 ; TFA I 462/02 du 26 mai 2003 in : SVR 2003 IV n° 35 p. 107).

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par la recourante.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 5 septembre 2013 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations de la recourante.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD). Leur montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 5 septembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Corinne Monnard Séchaud (pour H. \_\_\_\_\_) ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.