

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 440 vom 27. Mai 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__440

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 440 du 27 mai 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 440 del 27 maggio 2014

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, REVENU SANS INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, RESOCIALISATION, EXPERTISE, SUREXPERTISE | 17 al. 1 LAI, 17 LAI, 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.05.2014 Arrêt / 2014 / 440

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, REVENU SANS INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, RESOCIALISATION, EXPERTISE, SUREXPERTISE | 17 al. 1 LAI, 17 LAI, 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 566/09 - 151/14 ZD09.042360 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 27 mai 2014

_____ Présidence de _____ Mme Pasche Juges : _____ Mme Thalmann et M. Neu Greffière : _____ Mme Berseth Bébox ***** Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

_____ Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A.

a) W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1964, a travaillé comme auxiliaire en reliure pour le compte de RO. _____ du 1^{er} novembre 1990 au 30 septembre 2003 à plein temps, au salaire horaire de 18 fr. 40. Son dernier jour de travail effectif remontait au 26 juin 2002. Selon l'employeur, elle s'est ensuite trouvée dans l'impossibilité de reprendre son emploi «à cause de sa main». L'assurée a déposé le 23 avril 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente, en faisant état d'arthrose à la main droite depuis mai 2002. La Dresse Y. _____, rhumatologue traitant, a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 juin 2003 que l'assurée présentait avec répercussion sur sa capacité de travail une arthrose des MCP [métacarpo-phalangiennes] II et III à droite, ainsi qu'une ostéochondromatose, un status après synovectomie des MCP II et III à droite le 29 octobre 2002, ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire. Pour la Dresse Y. _____, la capacité de travail était nulle depuis le 28 juin 2002, pour une durée indéterminée. L'activité d'ouvrière en reliure, nécessitant une manutention constante, était contre-indiquée à 100%. A la suite d'une scintigraphie osseuse trois phases du 30 juin 2003, la Dresse D. _____, spécialiste en radiologie, a estimé que l'aspect était compatible avec une polyarthrite débutante. Dans son rapport à l'OAI du 1^{er} juillet 2003, le Dr Q. _____, orthopédiste traitant, a posé le diagnostic d'arthrose métacarpo-phalangienne II et III de la main droite existante depuis environ deux ans. La

capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 juin 2002. Il relevait qu'un recyclage serait théoriquement possible dans une profession administrative sans dactylographie, observant toutefois qu'un tel recyclage serait très improbable en pratique, vu qu'une telle tâche ne se trouvait pas, et dans la mesure où le niveau d'instruction de la patiente n'était pas suffisant. Le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a indiqué dans son rapport du 22 juillet 2003 à l'OAI que sa patiente présentait des troubles statiques du rachis lombaire, une dysbalance musculaire, une hyperlordose lombaire, une légère discopathie L4-L5 et L5-S1, un possible canal lombaire étroit de L5, tout cela étant à l'origine de lombalgies chroniques. Il a en outre fait état de gonalgies prédominant à gauche sur gonarthrose débutante, d'altérations dégénératives des MCP II et III avec possible ostéochondromatose, de status après synovectomie des MCP II et III le 29 octobre 2002 et d'obésité exogène. L'incapacité de travail était totale depuis le milieu de l'année 2002. Le praticien était d'avis que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et que l'on ne pouvait exiger de l'assurée une autre activité. A la suite d'un examen d'imagerie du thorax de face et profil, la Dresse U. _____, spécialiste en radiologie, a indiqué ce qui suit à la Dresse Y. _____, le 15 décembre 2003 : «Index cardi thoracique de 13.5 x 29.5, dans les limites de la norme. Pas de pathologie cardiovasculaire. Pas de pathologie pleuro-parenchymateuse, médiastinale ou hilare. Légère cunéiformisation antérieure ancienne de la vertèbre D7 avec perte du mur antérieur de moins de 30%. Légère ostéophytose antérieure à ce niveau. Début de spondylose vertébrale aux autres niveaux. Pas d'autres pathologies ostéo-articulaire.» Par avis médical du 11 janvier 2005, le Dr H. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé que la Dresse Y. _____ et le Dr Q. _____ étaient d'avis que l'assurée ne pouvait plus exercer sa profession de relieuse, estimant que la reconversion professionnelle était possible, mais que vu son niveau d'éducation, il serait plutôt difficile de trouver une profession qui lui conviendrait. Pour le Dr H. _____, une incapacité totale dans toute activité semblait exagérée. Il a ainsi demandé que le Dr Q. _____ lui adresse un nouveau rapport. Donnant suite à cette demande le 31 janvier 2005, le Dr Q. _____ a diagnostiqué une arthrose digitale des deux côtés et des douleurs au pied gauche. Selon lui, l'état de la patiente était stationnaire, sans possibilité d'amélioration suffisante pour reprendre le travail vu les douleurs des deux mains sur arthrose grave métacarpo-phalangienne. Au niveau du pied gauche, la situation était favorable. Pour le Dr Q. _____, on pouvait exiger de l'assurée une autre activité, comme un travail de bureau, avec une charge maximale d'un kilo et pas de mouvements répétitifs, avec une baisse de rendement de 50%. A la suite d'un ultrason abdominal complet, la Dresse U. _____ a fait savoir à la Dresse Y. _____ que l'assurée ne présentait pas de pathologie abdomino-pelvienne. Par avis médical du 29 mars 2005, les Drs H. _____ et Z. _____ du SMR ont estimé qu'il convenait de convoquer l'assurée pour un examen rhumatologique au SMR. L'assurée a alors fait l'objet d'un examen par la Dresse A. _____ du SMR, le 13 mai 2005. Dans son rapport d'examen du 6 juillet 2005, la Dresse A. _____ a relevé ce qui suit : «Cette assurée de 41 ans, d'origine portugaise, présente depuis juin 2002 des douleurs avec tuméfaction des articulations métacarpo-phalangiennes II puis III à D [droite]. Si le diagnostic d'une polyarthrite débutante a d'abord été avancé, soutenu par une scintigraphie compatible, les radiographies et le bilan biologique ont dirigé les médecins plutôt vers une origine dégénérative. En effet, on ne voit aucune lésion typiquement inflammatoire radiologique, il n'y a notamment pas d'érosions ni de destruction ; les marqueurs biologiques d'inflammations sont négatifs voire dans les limites de la norme. Les traitements

médicamenteux et interventionnels (synovectomie) restent sans grand effet. En plus, l'assurée se plaint de douleurs au niveau de la colonne, des genoux, du coude D [droit] et des pieds. Ces plaintes peuvent être attribuées à des lésions dégénératives débutantes et à un trouble statique, mais les données objectives sont mineures. Elles sont partiellement liées à la sédentarité, le comportement d'évitement et l'obésité marquée de cette jeune assurée et la normalisation du poids et un reconditionnement ciblé sont donc susceptibles d'améliorer la tolérance à l'effort. L'examen clinique SMR a permis de constater une excellente santé générale, le status ostéoarticulaire est superposable à celui décrit dans les différents rapports médicaux. Concernant la capacité de travail, on peut tout à fait accepter le fait que le travail d'ouvrière en reliure est devenu trop lourd et donc plutôt contre-indiqué. Par contre, dans une activité adaptée aux différentes limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière. Une diminution du rendement de 50% comme indiquée par le médecin traitant, semble largement surévaluée, la motivation partielle de l'assurée, son niveau d'instruction et la difficulté de trouver une occupation adaptée étant des facteurs externes à l'Al. En résumé, cette jeune assurée présente un problème dégénératif surtout de la main D [droite] et également, mais d'un degré mineur, au niveau des genoux et de la colonne rachidienne, ne permettant plus le travail comme auxiliaire dans la reliure. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière. Suivant le rapport médical du Dr Q. _____, signé le 01.07.2003 et se basant sur un examen clinique le 20.05.2003, les débuts de mesures professionnelles seraient possibles dès le 23.05.2003. » b) Par décision du 4 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, en retenant, après comparaison des revenus, qu'elle ne subissait pas de préjudice économique. L'assurée s'est opposée à cette décision. Le 14 juin 2006, la Dresse Y. _____ a transmis à l'OAI un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 14 février 2006 du Dr C. _____, spécialiste en radiologie, avec la conclusion suivante : « Polyarthrite rhumatoïde avec synovite active de la plupart des métacarpo-phalangiennes, l'activité inflammatoire étant plus grande à gauche qu'à droite, alors qu'à droite les érosions sont plus prononcées qu'à gauche. Synovite active des deux poignets, plus active du côté droit. Quelques érosions des os du carpe ddc [des deux côtés]. Discrète ténosynovite de quelques axes tendineux.» La Dresse A. _____ du SMR a demandé par avis médical du 14 décembre 2007 que la Dresse Y. _____ soit réinterpellée, afin qu'elle la renseigne sur la tolérance de sa patiente au traitement par Humira, les résultats qui en découlaient et son status actuel. La Dresse Y. _____ a indiqué à l'OAI le 17 mars 2008 que sa patiente présentait une atteinte probablement mixte, avec une arthrose des MCP II et III à droite, une polyarthrite rhumatoïde séronégative, discrètement érosive, touchant les MCP II et III des deux côtés mais prédominant à droite, et un syndrome fémoro-patellaire (une obésité et des troubles statiques du rachis lombaire – dysbalance musculaire étant sans répercussion sur la CT). La Dresse Y. _____ a noté que sa patiente avait interrompu le traitement d'Humira débuté le 18 juin 2006 en novembre 2006 en raison de l'absence de réponse. Elle avait ensuite débuté un traitement de Salazopyrine, sans noter d'aggravation. Elle se plaignait toutefois toujours de ses MCP II et III des deux côtés, mais prédominant à droite. Cliniquement, lors de l'examen du 25 février 2008, les MCP II et III étaient tuméfiées et douloureuses à droite ; à gauche, elles n'étaient pas tuméfiées mais sensibles. Il n'y avait pas de synovite. Pour la Dresse Y. _____, la situation restait difficile, l'assurée n'ayant jamais répondu à la médication. L'incapacité de travail restait totale dans l'activité habituelle et l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. La Dresse Y. _____ a communiqué à l'OAI le 29

mai 2008 le rapport du 2 mai 2008 du Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Ce dernier retenait le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative. Dans un avis médical du 4 juin 2008, la Dresse A. _____ a observé que la conclusion de la Dresse Y. _____ selon laquelle l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 27 juin 2002 lui était difficile à accepter, ayant elle-même examiné l'intéressée en 2005. La Dresse A. _____ a dès lors proposé une expertise de type COMAI. Selon le rapport d'ultrason des parties molles du cou droit du 2 juin 2008 de la Dresse U. _____, il n'y avait pas de pathologie cervicale. Dans un rapport à la Dresse Y. _____ du 5 novembre 2008, le Dr S. _____, spécialiste en neurologie, a constaté que le bilan électrophysiologique était normal. Cet examen permettait d'exclure entre autres une récurrence de syndrome du tunnel carpien. La distribution des paresthésies était par ailleurs sans réelle systématisation en faveur d'une neuropathie tronculaire. Il s'agissait selon le Dr S. _____ le plus probablement de paresthésies bénignes liées à la position et il n'y avait pas de mesures spécifiques à proposer sur le plan neurologique. L'assurée a été examinée auprès du Centre d'expertise J. _____ de [...] (ci-après : J. _____) le 8 décembre 2008 par la Dresse K. _____, spécialiste en rhumatologie, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychotérapie, ainsi que la Dresse R. _____. Ces spécialistes ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de suspicion de polyarthrite rhumatoïde séronégative (2006), avec status post-synovectomie des métacarpo-phalangiennes II et III à droite et de gonalgies sur gonarthrose bilatérale, syndrome fémoro-patellaire bilatéral (2004). Ils ont par ailleurs retenu ce qui suit sous la rubrique «appréciation du cas et pronostic » de leur rapport du 9 février 2009 : «Il s'agit d'une femme de 44 ans, en bon état général, obèse, d'origine portugaise, mariée à un compatriote de 3 ans son aîné, machiniste de métier, sans enfant, sans formation spécialisée, qui a exercé depuis son arrivée en Suisse en 1990 l'activité d'aide relieuse jusqu'au 27.06.2002, date de son arrêt de travail définitif en raison d'une atteinte rhumatismale à la main droite. De longue date, Madame W. _____ souffrait d'un syndrome fémoro-patellaire bilatéral à prédominance gauche et de douleurs au niveau de l'orteil gauche qui ont justifié en mai 2005 une intervention au niveau du genou gauche (section de l'aile externe, patellectomie marginale externe et ligature de l'aile interne) et un émondage de la métatarso-phalangienne I du pied gauche, de lombalgies et de cervicalgies épisodiques dans le cadre de troubles statiques (rigidité cervicale, hyperlordose lombaire, scoliose dorsolombaire à convexité gauche sans torsion vertébrale) et dégénératifs (discopathies C3-C4, C6-C7, L4-L5, L5-S1) sans composante neurologique. Dès juin 2002, Madame W. _____ présentait des douleurs associées à des tuméfactions aux métacarpophalangiennes II et III à droite. Les radiographies des mains n'objectivent que des lésions dégénératives. Les investigations rhumatologiques sont négatives, il n'y a aucun élément en faveur d'un syndrome inflammatoire, respectivement immunologique. L'assurée répond mal aux traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens introduits. En raison de la persistance de la symptomatologie au niveau des métacarpo-phalangiennes de la main droite, une synovectomie des métacarpo-phalangiennes II et III est réalisée en octobre 2002, qui n'apporte aucune amélioration clinique. Au cours de l'évolution, les plaintes au niveau des mains vont se bilatéraliser (atteinte des métacarpo-phalangiennes II et III à gauche) et s'y ajouteront des douleurs au niveau des poignets, des chevilles et des pieds des deux côtés. Les investigations radiologiques standard concernant ces articulations restent négatives, ne démontrent que des lésions dégénératives. Les investigations biologiques ultérieures demeurent également négatives, sans objectivation d'un état inflammatoire. En

définitive, une scintigraphie osseuse du 30.06.2003, effectuée en raison de ces polyarthralgies prédominant aux extrémités avec tuméfaction métacarpo-phalangienne sans anomalie biologique démontre des phénomènes inflammatoires, dont l'aspect est compatible avec une polyarthrite rhumatoïde, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des 2^{ème} et 3^{ème} rayons de la main droite ainsi que la métacarpo-phalangienne du 3^{ème} doigt gauche, au niveau des articulations métatarso phalangiennes et des extrémités des 1^{er} et 2^{ème} rayons. Il est à noter que les articulations inter-phalangiennes proximales et distales des mains sont épargnées. L'introduction de Salazopyrine® ne permet pas de résoudre l'affection inflammatoire. Un IRM des deux mains réalisé le 14.02.2006 objective une synovite active de la plupart des métacarpo-phalangiennes, l'activité inflammatoire étant plus grande à gauche qu'à droite, alors qu'à droite les érosions sont plus prononcées qu'à gauche ; il y a également une synovite active des deux poignets, plus active du côté droit, quelques érosions des os du carpe des deux côtés, une discrète téno-synovite de quelques axes tendineux (tendon extenseur du 3^{ème} rayon gauche et de quelques fléchisseurs en regard des articulations métacarpo-phalangiennes). Un traitement médicamenteux associant la Salazopyrine® à l'Arava® (anti TNF-alpha) apporte une résolution à la symptomatologie douloureuse tant au niveau des mains qu'au niveau des pieds, aux dires de l'assurée. En effet, Madame W. _____ relève qu'actuellement elle ne souffre plus de douleur au niveau des mains au repos, ses douleurs ne réapparaissant que lors des activités manuelles. En ce qui concerne les cervicalgies et les lombalgies, Madame W. _____ relève ne pas avoir souffert de lombalgies au cours de l'année 2008 et ne souffrir qu'épisodiquement de cervicalgies. Les gonalgies sont décrites comme permanentes, de type mécanique (court « dérouillage » matinal ou après une période de repos, apparaissant lors des efforts physiques, lors de la montée ou plus particulièrement de la descente des escaliers ou des pentes) de même que l'épitrôchléite droite est permanente mais relativement bien soulagée par le port d'un brace élastique au coude. Au status, les métacarpo-phalangiennes II et III sont tuméfiés, discrètement rougis, sans chaleur, sans perception clinique de synovite aiguë, de façon plus marquée à droite qu'à gauche. Leurs palpation et mobilisation sont discrètement douloureuses, de même que le signe de Gänsslen est positif des deux côtés. L'examen des chevilles et des pieds est à ce jour dans les limites de la norme : palpation indolore, pas de signe de rougeur ou de chaleur, amplitudes articulaires conservées et signe de Gänsslen négatif des deux côtés. L'examen du rachis cervical et lombaire est sans particularité, hormis des troubles statiques très modérés et une discrète dolence à la palpation des espaces inter-épineux C3-C4, C5-C6, C6-C7, L4-L5, L5-S1. On relève l'absence de contracture musculaire para-vertébrale cervicale ou dorsolombaire. La mobilisation rachidienne indolore et les amplitudes cervico dorsolombaires sont parfaitement conservées. Sur la base de l'anamnèse et de la clinique (symétrie des atteintes articulaires au niveau des mains, effet favorable du traitement spécifique associant la Salazopyrine® à l'Arava®) et des résultats des examens para-cliniques (scintigraphie de juin 2003 et IRM de février 2006 ayant objectivé des atteintes inflammatoires) un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative atypique (en l'absence de tout signe biologique) est retenu comme l'ont évoqué la Doctresse Y. _____ et le Docteur T. _____. Avec répercussion sur la capacité de travail, nous retenons également le diagnostic de gonalgies bilatérales sur gonarthrose bilatérale radiologiquement objectivée. En revanche, nous estimons que les cervicalgies et les lombalgies sont d'origine essentiellement fonctionnelles, malgré la mise en évidence de troubles statiques et dégénératifs cervicaux et lombaires, somme toute très

modérés, qui ne sont qu'épisodiques et au moins actuellement sans expression clinique symptomatique. En ce qui concerne la suspicion de fibromyalgie évoquée dès 2004 par la Doctoresse Y. _____, si l'anamnèse relève un état de fatigue chronique permanent, l'assurée ne rapporte pas de trouble du sommeil, ni d'autre symptomatologie subjective fonctionnelle, et la palpation des Tender Points, spécifique pour la détermination d'un tel syndrome, était indolore à tout niveau. En outre, il n'y avait pas de signe de non-organicité de Waddell objectivable à l'examen clinique. L'état de fatigue pourrait être, hypothétiquement, expliqué par un syndrome de l'apnée du sommeil sur la base d'une anamnèse de ronflements nocturnes et en la présence d'une obésité, dont il a été impossible de préciser si ceux-ci étaient accompagnés de périodes d'apnées. Nous n'avons pas procédé à une investigation de ce syndrome dans la mesure où l'assurée ne désirait pas d'autre examen, sans en avoir auparavant parlé avec son médecin traitant. Nous relevons cependant qu'il nous est apparu une certaine exagération des plaintes et de leur intensité en regard des observations cliniques objectives, de la stabilisation par le traitement et de la paucité des lésions radiologiques. En ce qui concerne la capacité de travail, en relation avec les troubles sus-cités, nous estimons qu'actuellement la situation médicale est stabilisée et que fonctionnellement, moyennant le respect de certaines limitations (pas de port de charge supérieure à 1 kg, pas d'activité manuelle répétitive, pas de travail en milieu humide ou froid, pas de travail en position agenouillée, pas de montée ou descente itérative des pentes respectivement des escaliers, pas de travail sur une échelle ou sur un échafaudage) une capacité de travail dans une activité légère adaptée est possible à raison de 6 à 8 heures par jour avec une diminution de rendement de l'ordre de 20% justifiée par la nécessité d'avoir régulièrement des périodes de repos en ce qui concerne les mains. Sur le plan thérapeutique ou ergonomique, nous n'avons pas d'autre proposition à formuler en ce qui concerne l'affection inflammatoire touchant les mains, voire les pieds. En revanche il serait souhaitable que Madame W. _____ perde du poids et entreprenne une rééducation rachidienne comprenant des exercices proprioceptifs du rachis, des exercices de tonification de la musculature para-vertébrale et abdominale, apprenne les règles d'hygiène vertébrale et celles de l'économie articulaire tant pour son rachis que pour ses poignets, ses mains et ses genoux. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a relevé aucune affection psychique. En effet l'assurée rapporte des douleurs localisées aux niveaux des mains et de l'avant-bras droit, un caractère introverti, une plus forte émotivité, une certaine irritabilité, légère toutefois. L'examen clinique est normal, ne révèle rien de pathologique. En particulier il n'est pas observé de ralentissement psychomoteur ou de fatigue ni de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs ou de comportement algique. En conclusion, il n'y a pas lieu de retenir un diagnostic psychiatrique, notamment pas de troubles somatoformes comme le suspectait la Doctoresse Y. _____ dans ses rapports médicaux des 19.03.2003 et 02.06.2003. On ne retrouve notamment pas de comportement compulsif (demandes envers le corps médical) ni de mise en doute des avis médicaux. En outre, l'assurée ne rapporte pas d'état de fatigue, plainte fréquente en cas de troubles somatoformes. Ainsi sur le plan psychiatrique l'assurée ne présente pas de limitation fonctionnelle et sa capacité de travail est entière soit à raison de 8 heures par jour et ceci sans diminution de rendement. En consensus, les médecins impliqués dans cette expertise médicale de Madame Y. _____ répondront aux questions ci-dessous. [...] B. Influences sur la capacité de travail B. 1

Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique : en relation avec les troubles ostéo-articulaires, rhumatismaux observés, les limitations sont les suivantes : pas de port de charges supérieures à 1 kg, pas d'activité

manuelle répétitive, pas de travail en milieu humide ou froid, pas de travail en position agenouillée, pas de montée ou descente itérative des pentes respectivement des escaliers, pas de travail sur une échelle ou un échafaudage, pas de fréquentes marches en terrain inégal. Au plan psychique et mental : il n'y a pas de limitation.

B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Madame W. _____ travaillait comme auxiliaire en reliure, cette activité implique des mouvements répétés au niveau des poignets et des mains et exige tant de la force au niveau de ses articulations que de la dextérité au niveau des doigts, ce qui est actuellement impossible à réaliser par l'assurée en raison de son atteinte rhumatismale (polyarthrite rhumatoïde).

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Dans l'actuelle activité professionnelle comme relieuse, la capacité résiduelle de travail est réduite à 0%.

B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible en raison de l'atteinte rhumatismale.

B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ? Question sans objet.

B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20% ? Il existe une incapacité de travail de 100% depuis le 27.06.2002.

B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Le degré d'incapacité de travail est resté identique, notamment en raison de la difficulté à instaurer un traitement efficace.

B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel? Il n'y a pas de troubles psychiques. Il n'y a donc aucune limitation dans la capacité d'adaptation à l'environnement professionnel.

C. Influences sur la readaptation professionnelle

C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.

C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Non.

C.2.1 Si oui, par quelles mesures? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Question sans objet, cf. C.2.

C.2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Question sans objet, cf. C2 et C2.1.

C.3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? Oui.

C.3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Il doit s'agir d'une activité adaptée, légère, qui permette de respecter les limitations citées sous B.1

C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? (heures par jour) ? Une activité adaptée à l'invalidité peut être exercée à raison de 6 à 8 heures/jour.

C.3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ? Dans une activité adaptée on peut admettre qu'il y ait une diminution de rendement de l'ordre de 20% justifiée par la nécessité d'avoir régulièrement des périodes de repos en ce qui concerne les mains.

C.3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Question sans objet.

D. Remarques questions supplémentaires Actuellement, la situation médicale semble stabilisée sous traitement de fond. Il est évident, qu'au prorata des éventuelles poussées douloureuses il y ait des incapacités de travail, voire que la situation de Madame W. _____ doive être réévaluée. » Réinterpellées par la Dresse A. _____ du SMR sur le taux de capacité de travail de l'assurée le 12 mars 2009, les Dresses R. _____ et K. _____ ont répondu par l'affirmative à la question « est-ce que vous pouvez vous aligner à cette conclusion, c'est-à-dire un taux de capacité de travail global de 70% ? ». Par rapport médical du 30 mars 2009, la Dresse A. _____ a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement répété au niveau des poignets et des mains,

diminution de la force et de la dextérité des mains et des doigts, éviter un milieu humide et froid, pas de travail en position agenouillée ou accroupie, pas de montée/descente itérative des pentes, d'escaliers, échelles ou échafaudages, pas de fréquentes marches en terrain inégal. L'atteinte principale à la santé consistait en une suspicion de polyarthrite rhumatoïde séronégative avec status post synovectomie métacarpo-phalangienne II et III à droite. Elle précisait que par rapport à l'examen clinique SMR de 2005, il convenait de corriger les diagnostics en ajoutant une composante inflammatoire objectivée par l'imagerie (IRM du 14 février 2006), diminuant la capacité de travail dans une activité adaptée de 30%. L'assurée a ensuite annoncé qu'elle mettrait en œuvre une expertise privée. Plusieurs délais lui ont été impartis pour la production dudit rapport. L'OAI a finalement refusé de prolonger ce délai et a rendu sa décision sur opposition en l'état de son dossier. Par décision sur opposition du 3 novembre 2009, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 4 mai 2006, retenant une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, et procédant à la comparaison des revenus en tenant compte d'un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité compte tenu des limitations fonctionnelles. Il en résultait un taux d'invalidité de 22%, qui n'ouvrait pas le droit à la rente. En outre, des mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique, vu les capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées de l'assurée ainsi que son faible niveau scolaire. B. Agissant par l'entremise de son mandataire, Me Claudio Venturelli, W. _____ a recouru le 4 décembre 2009 contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement de mesures professionnelles. A titre préalable, elle requiert l'annulation de la décision pour violation du droit d'être entendu et le renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il sursoie à statuer jusqu'au dépôt de l'expertise privée qu'elle entend mettre en œuvre, subsidiairement la suspension de la cause jusqu'au dépôt de son expertise privée. En substance, la recourante fait valoir que le rapport d'expertise du J. _____ doit être apprécié avec retenue, notamment en tant qu'il exclut le trouble somatoforme au motif qu'elle ne rapporterait pas d'état de fatigue, alors qu'il ressort de l'anamnèse qu'elle se sent fatiguée. Elle soutient en outre que les conclusions de l'expertise ne sont pas claires, les experts estimant le nombre d'heures d'activité exigible de 6 à 8 par jour, ce qui laisse une marge d'appréciation de 25%. Dans ce contexte, elle soutient que le taux de capacité de travail de 70% arrêté par les experts a été fixé à l'instigation (sic) de la Dresse A. _____ et qu'il est arbitraire dans la mesure où il découle d'une appréciation médicale mélangeant des notions médicales (soit le taux d'incapacité de travail) et économiques (soit le taux de rendement). Elle critique ensuite le calcul du taux d'invalidité, notamment l'abattement et le revenu sans invalidité. En dernier lieu, elle déplore le refus des mesures professionnelles. Elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour le cas où elle ne pourrait compléter son dossier par l'expertise privée. Le 9 décembre 2009, le juge instructeur a informé les parties qu'une fois l'avance de frais versée, la recourante se verrait impartir un délai pour produire le rapport d'expertise privée qu'elle a mise en œuvre, avant toute réponse au fond. Le 15 avril 2010, la recourante a produit le rapport d'expertise privée du 8 avril 2010 du Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Selon ce dernier, la capacité de travail de la recourante était de 50% au maximum dans une activité adaptée, compte tenu d'une capacité de travail de 5 heures par jour au plus. Dans sa réponse du 10 juin 2010, l'OAI propose le rejet du recours. Il joint un avis médical du 1^{er} juin 2010 de la Dresse A. _____ du SMR, qui estime que le Dr X. _____ a émis une appréciation différente d'une situation identique et maintient que la capacité de travail dans

une activité adaptée est bien de 70%. Le 8 juillet 2010, la recourante a maintenu sa position. Elle a joint un rapport du 5 juillet 2010 de la Dresse Y. _____, selon lequel le traitement médical décrit par la Dresse A. _____ [le 1^{er} juin 2010] serait incomplet, en tant qu'il ne mentionnait pas le médicament Arava. Le 6 septembre 2010, l'OAI a confirmé une nouvelle fois la décision attaquée. Il a en outre joint à son écriture un avis médical de la Dresse A. _____ du 23 juillet 2010, qui précisait que l'Arava avait été introduit en 2008, et que ce médicament avait été pris en compte par les experts du J. _____.

C. a) Une expertise judiciaire a été confiée au Prof. P. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a rendu son rapport le 20 juillet 2011. Il en ressort en particulier ce qui suit : « (..) 5. Appréciation du cas et pronostic : Au vu de l'évolution, on peut écarter actuellement un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde de façon certaine chez cette patiente. Il y a, en revanche, des signes d'arthrose, modérés certes, de la deuxième et de la troisième métacarpo-phalangienne de la main droite. Rappelons qu'une intervention chirurgicale avec synovectomie a eu lieu à ce niveau-là et que cela peut expliquer dans une certaine mesure la persistance d'un certain gonflement local. Il faut relever l'absence du facteur rhumatoïde (anti-CCP négatifs) et l'absence d'une élévation des paramètres inflammatoires durant toute l'évolution (vitesse de sédimentation et CRP normales). Il faut mentionner en outre l'absence de tout épanchement synovial ponctionnable (donc d'analyse du liquide synovial) dans l'histoire clinique de Madame W. _____, ce qui est aussi un argument de poids contre un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Le tableau actuel est donc celui d'une arthrose modérée des MCP II et III et d'un syndrome fémoro-patellaire des genoux. Il faut relever à ce propos que le diagnostic d'arthrose des métacarpo-phalangiennes avait déjà été évoqué par le Dr Q. _____ dans son rapport opératoire du 29.10.2002 et qu'une arthrose de la MTP I gauche avait été opérée par lui en 2004. Les plaintes de Madame W. _____ sont manifestement disproportionnées. La force de préhension de la main droite est affaiblie de façon non compréhensible. En ce qui concerne les troubles de la sensibilité de l'hémicorps droit, ils n'ont aucune explication d'ordre physiologique. Il n'y a en effet pas de signe pour un syndrome du défilé thoracique ni pour une névralgie cervico-brachiale ni pour un syndrome du canal carpien ou pour une compression du nerf cubital au coude (confirmé par le rapport EMG du S. _____). L'arthrose des MCP peut avoir été favorisée dans le passé chez Madame W. _____ par des mouvements à répétition des mains dans son travail d'auxiliaire en reliure. En effet, «le surmenage des articulations des doigts apparaît comme un facteur important d'arthrose. La localisation de l'arthrose est corrélée avec l'importance et le siège des contraintes au cours du travail» (T. Bardin : Epidémiologie et génétique de l'arthrose des mains» dans La Main Rhumatologique, Med-Line Editions, 2003 pp. 83-89). Le pronostic est donc favorable. A ce propos, il faut relever qu'il n'y a pas eu d'évolution sur le plan radiologique au niveau des mains entre 2006 et 2008 et que l'image IRM s'est améliorée en 2010 ; les images d'hyper-fixation à plusieurs articulations dans l'imagerie antérieure peuvent avoir eu l'arthrose comme cause principale. En effet, plusieurs localisations d'arthrose ont été mises en évidence (MTP pied gauche, région fémoro-patellaire). Il est bien établi que l'imagerie par résonance magnétique est hypersensible et ne permet pas à la limite de discriminer un début d'arthrose ou un début d'arthrite.

B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique : Limitation modérée de la flexion des genoux. Légère déformation en flexum (réductible) et légère tuméfaction de la troisième métacarpophalangienne de la main droite, en regard de la cicatrice. Au plan psychique et mental : Cette patiente ne me paraît pas

particulièrement déprimée. Au plan social : Elle vit actuellement avec son mari qui a un salaire normal. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici : 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? La patiente n'a plus travaillé depuis de nombreuses années. Description précise de la capacité résiduelle de travail : Dans un poste de travail d'auxiliaire en reliure nécessitant des mouvements répétitifs de flexion et d'extension des doigts ou de préhension de la main droite, la capacité résiduelle est nulle. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, mesure (heures par jour) ? Non. 2.2 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? - - 2.3 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Octobre 2002. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? La patiente n'a pas repris d'activité dans la reliure. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Oui. Il faut relever que le rapport psychiatrique du Dr N. _____ de [...] du 11.12.2008 révèle un examen normal chez Madame W. _____. C. Influence sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ? Oui. Il n'y a aucune raison que la patiente ne puisse pas s'habituer à un rythme de travail normal et qu'elle ne puisse pas s'intégrer dans le tissu social d'une entreprise ni qu'elle ne puisse mobiliser ses ressources existantes. La réadaptation peut être entreprise immédiatement. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Oui. 2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Prise de médicaments antalgiques de façon régulière. Port d'une attelle de décharge du poignet droit durant les heures de repos. Conseils ergonomiques. Perte pondérale. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? En raison de la longue période d'arrêt de travail, je pense que ces mesures ne seront pas très efficaces au début et qu'il faudra une surveillance médicale étroite. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? Oui. 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Travail manuel léger sans qu'il faille un usage fréquent de la force de la main droite. Il faut en outre éviter les travaux nécessitant des génuflexions répétées, la descente ou la montée d'escaliers fréquemment. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? Huit heures par jour. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure. Non. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Une activité est possible. Réponses aux questions de l'avocat Maître Claudio Venturelli 1. Anamnèse Madame W. _____ est née au Portugal. Elle est la quatrième d'une fratrie de cinq. Ses parents sont encore en vie et souffrent d'arthrose. Ses frères et soeurs sont en bonne santé. Elle est venue en Suisse vers 1988. Elle est mariée à un compatriote. Ils sont au bénéfice d'un permis C. Le couple n'a pas d'enfants. Monsieur et Madame W. _____ vivent dans un immeuble à [...]. Le mari est [...]. Il conduit sa voiture. Madame W. _____ a eu sa propre voiture jusqu'à l'an passé, mais elle a dû l'abandonner pour des raisons financières. En Suisse, elle a travaillé comme auxiliaire dans la reliure industrielle pendant onze ans. Elle a arrêté en 2000 (sic) en raison, dit-elle, de problèmes douloureux surtout dans la main droite. Elle n'a pas repris d'activité dans son métier préalable depuis lors. Elle a essayé toutefois en 2010 de faire deux heures de ménage par jour durant l'après-midi. Cette activité a dû être quittée après quelque temps en raison d'une exacerbation de douleurs dans la main droite principalement. 2. Sur la base de vos constatations, quels sont les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de

Mme W. _____ ? > Trouble somatoforme douloureux. > Surcharge fonctionnelle du membre supérieur droit. > Arthrose modérée de la métacarpo-phalangienne (MCP) II et III de la main droite. > Status après synovectomie MCP II et III en 2002. > Syndrome fémoro-patellaire (opéré à gauche en 2004). > Status après émondage de la MTP du gros orteil gauche (2004). 3. L'avis du Dr X. _____ qui retient une partie de la fatigue ressentie par Mme W. _____ est une conséquence de la polyarthrite rhumatoïde vous paraît-elle pertinente ? La patiente signale ne pas souffrir d'une quelconque fatigue actuellement. Il est vrai qu'elle n'a pas repris d'activité professionnelle, sauf de façon momentanée. 4. Est-il exact qu'en cas de poussée de polyarthrite rhumatoïde, la capacité de travail, même dans une activité professionnelle adaptée, pourrait très vite diminuer, voire devenir nulle pour une période indéterminée ? Madame W. _____ ne présente manifestement pas de signe de polyarthrite rhumatoïde à l'heure actuelle. Ce diagnostic peut être écarté de façon certaine. Elle souffre en revanche d'une arthrose très modérée des métacarpo-phalangiennes II et III de la main droite. Il est possible qu'il y ait eu des poussées d'ordre arthrosique dans le passé lors de mouvements répétitifs avec la main droite dans le métier d'auxiliaire en reliure. En l'absence de polyarthrite rhumatoïde définie, cette dernière ne peut donc pas entrer en ligne de compte si l'on devait se prononcer quant au pronostic sur le plan professionnel. En revanche, on sait que l'arthrose des métacarpo-phalangiennes est plus fréquente sur la main dominante et qu'elle est corrélée avec l'importance des contraintes au cours du travail (20 % des cas d'arthrose des mains se localisent à la MCP de l'index droit). La mise en évidence de nombreux signes de non organicité à l'examen clinique doit faire admettre qu'il y a chez Madame W. _____ une surcharge fonctionnelle très importante touchant l'hémicorps droit et prédominant à la partie distale du bras droit. Ces troubles fonctionnels peuvent rendre compte en grande partie des difficultés rencontrées pour une reprise d'une activité professionnelle. 5. Sur la base de vos réponses aux questions précédentes, approuvez-vous les conclusions du Dr X. _____, selon lesquelles à l'heure actuelle, l'incapacité de travail de l'expertisée serait de 50 %, dans une activité adaptée, de préférence l'après-midi (demi-journée)? Non. A mon avis et sur la base des éléments cliniques actuels, il n'y a pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. 6. Si oui, depuis quand l'expertisée présente-t-elle un tel taux d'activité limité ? - - 7. Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de cette affaire ? Des mesures d'ordre ergonomique seraient hautement souhaitables avant la reprise d'une activité professionnelle adaptée. De ce fait, je pense qu'un bilan auprès d'un ergothérapeute et peut-être d'un médecin du travail serait à envisager. En ce qui concerne les genoux, l'atteinte fémoro-patellaire ne devrait pas intervenir pour la reprise d'un travail, sauf si la patiente devait faire des mouvements répétitifs de genuflexion, monter ou descendre de façon répétée des escaliers. En outre, elle devrait être dispensée de faire un travail nécessitant l'usage fréquent de la force de la main droite ainsi que des mouvements répétitifs de flexion des doigts. Le port de charges devrait ne pas excéder 2 kg à droite, 10 kg à gauche. » Se déterminant sur le rapport d'expertise le 26 août 2011, l'intimé a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a joint un avis médical du Dr F. _____ du SMR, qui estime le rapport d'expertise du Prof. P. _____ probant et déclare s'y rallier. b) La recourante a fait réaliser une nouvelle expertise privée et a adressé le 15 février 2012 ses déterminations à la Cour de céans, en produisant le rapport du Dr T. _____ du 3 février 2012. Selon ce dernier, l'expertisée souffre d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative et non d'un trouble somatoforme ou d'une simple arthrose. Il soutient dès lors qu'une telle atteinte est incompatible avec son ancienne

activité, comme avec toute activité adaptée « en l'état actuel ». L'OAI s'est déterminé le 8 mars 2012 sur l'écriture de la recourante et le rapport du Dr T._____. Il a à nouveau proposé le rejet du recours, en joignant à son écriture un avis médical du Dr F._____ du SMR du 27 février 12 selon lequel même à admettre les arguments du Dr T._____ en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative, ceux-ci ne justifiaient pas une capacité limitée à 20% ou 30% dans une activité occupationnelle. Pour le Dr F._____, le rapport du Dr T._____ ne jetait pas un doute sérieux sur la validité de l'expertise judiciaire. c) L'expert judiciaire a été réinterpellé. Dans son complément d'expertise du 11 avril 2012, le Prof. P._____ a à nouveau exclu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, sur des motifs cliniques et biologiques. Il a en outre déclaré se rallier à la décision de l'OAI d'admettre une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Le 21 mai 2012, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours. Selon l'avis médical du Dr M._____ du SMR du 14 mai 2012, les explications du Prof. P._____ étaient claires et n'appelaient pas de commentaires particuliers. Le 29 juin 2012, la recourante, par son conseil, a relevé que les conclusions du Prof. P._____ avaient varié entre son premier rapport et son complément, contrairement à celles du Dr T._____. Pour elle, c'était l'appréciation de ce dernier qui devait être suivie, ce qui revenait à retenir une incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Elle en déduit qu'avec un abattement de 25% et un revenu d'invalidé de 48'457 fr. 20, son taux d'invalidité est de 74,75% si l'on se fonde sur les conclusions de l'expertise du Dr T._____, respectivement de 57,9% si l'on se fonde sur celles du Dr X._____. Elle joint à son écriture un complément d'expertise du Dr T._____ du 4 juin 2012, qui déclare qu'il ne peut souscrire à l'appréciation du Prof. P._____ et maintient que la recourante souffre de polyarthrite rhumatoïde séronégative. Le 16 juillet 2012, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Selon l'avis médical du Dr M._____ du SMR du 10 juillet 2012, l'expertise du Prof. P._____ devait l'emporter sur celle du Dr T._____. D. Par courrier du 15 octobre 2012 aux parties, le juge instructeur a constaté que les Prof. P._____ et T._____, tous deux spécialistes en rhumatologie, avaient établi des rapports divergents, si bien qu'il convenait de mettre en œuvre un nouvel expert, également de rang professoral. C'est le Prof. G._____, spécialiste en rhumatologie, qui a alors été mandaté. Dans son rapport d'expertise judiciaire du 30 mai 2013, il a notamment relevé ce qui suit : «(...) 4. Diagnostic 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Arthropathie dégénérative métacarpophalangienne du 2 ème et 3 ème rayon à droite et du 3 ème rayon à gauche (ces atteintes sont présentes depuis le début des symptômes, c'est-à-dire 2002). 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Epitrochléite droite Syndrome fémoro-patellaire bilatéral 5. Appréciation du cas et pronostic Je comprends l'embarras de mes collègues et la difficulté à trancher de manière définitive en ce qui concerne le diagnostic. Toutefois, nous avons actuellement une situation qui évolue depuis un peu plus de 10 ans, ce qui est un peu plus confortable pour établir le diagnostic et surtout avoir une appréciation pronostique. L'atteinte actuelle touche essentiellement 2 à 3 articulations au niveau des doigts avec également des symptômes au niveau des poignets et du coude. Les examens biologiques ne montrent aucun signe de spécificité pour une polyarthrite rhumatoïde. Par ailleurs, les radiographies ne montrent pas non plus d'élément classique, tel que des érosions et une ostéopénie. Par conséquent, en l'absence d'élément clinique classique, d'auto-anticorps ou d'une imagerie caractéristique, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est difficile à retenir. Il peut par contre s'agir d'une autre arthropathie inflammatoire ou dégénérative qui a abouti finalement à des lésions de type arthrosique, tel

qu'on les voit sur les dernières radiographies des mains. A noter l'absence de chondrocalcinose. Le diagnostic d'hémochromatose a aussi été raisonnablement écarté. En ce qui concerne les douleurs du coude droit, j'ai cliniquement essentiellement une épitrochléite sans élément évident pour une atteinte inflammatoire articulaire, et ceci malgré l'image échographique. Cette dernière est par ailleurs relativement discrète actuellement. Au-delà du diagnostic, même si je ne retiens pas celui de polyarthrite rhumatoïde, il n'en demeure pas moins que cette patiente présente des signes d'une arthropathie dégénérative avancée au niveau de certains doigts, qui ont un impact symptomatique et fonctionnel. L'atteinte est chronique et évolutive. Par conséquent, le pronostic est relativement défavorable. Etant donné l'absence de manifestation inflammatoire évidente et la non réponse à différents traitements de fond, de même que les caractéristiques d'atteinte plutôt dégénérative sur les radiographies, je ne pense pas que son traitement de fond biologique soit indiqué. De même, je ne pense pas que celui-ci puisse influencer le pronostic fonctionnel.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations en relation avec les troubles constatés

Madame W. _____ présente des atteintes dégénératives avancées au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes du 2^{ème} et 3^{ème} rayon à droite ainsi qu'une atteinte plus discrète au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3^{ème} rayon à gauche. Il y a une nette tuméfaction autour de ces articulations, qui est symptomatique lors de l'étreinte articulaire. Il est tout à fait vraisemblable que l'utilisation de ses mains en contrainte puisse provoquer des douleurs importantes et une limitation fonctionnelle. A noter qu'elle présente également une épitrochléite droite qui peut également occasionner des douleurs lors d'un travail de force. Je ne constate pas de limitation au plan psychique et mental, ni au plan social. Le seul élément est l'absence de formation professionnelle qui limite ses possibilités de reclassement.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Madame W. _____ a travaillé en tant que relieuse jusqu'en 2002. Elle signale que son travail consistait à plier des feuilles de papier, à prendre des paquets de feuilles. Son travail occasionnait des douleurs au niveau des doigts. La progression des lésions radiographiques et des douleurs rendent vraisemblable une répercussion fonctionnelle sur l'activité exercée jusqu'en 2002. Actuellement elle fait essentiellement son ménage à la maison avec relativement peu de limitation. Toutefois, elle fait ses courses avec son mari car le port de charges est difficile.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La patiente est capable d'exercer une activité professionnelle sans contrainte sur ses articulations des mains à 100%. Par contre, toute activité avec effort sur ses articulations des doigts restera limitée avec une capacité résiduelle d'environ 50%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure ? Non

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Dans une activité manuelle, il faut considérer une diminution de rendement d'en tous cas 50%.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

2002

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il y a eu une progression des douleurs, mais également des lésions radiographiques. Il faut donc considérer une augmentation du degré d'incapacité de travail depuis le début en 2002. A noter qu'à ce moment là, elle a eu un arrêt de travail complet. Il est difficile actuellement de juger si ceci était approprié.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

L'atteinte au niveau articulaire semble fixée. Un reclassement dans une profession qui n'utilise pas ses mains avec des efforts trop importants serait

souhaitable. Toutefois, la patiente n'ayant pas de formation professionnelle, les possibilités de réadaptation professionnelle semblent très limitées. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Ceci serait possible à condition de lui trouver un poste dans lequel les efforts au niveau de ses mains ne soient pas trop importants. 2.1 Si oui par quelles mesures? Je ne vois pas de mesure médicale particulière, ni de moyen auxiliaire. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)? Dans le contexte d'un travail qui n'utilise pas les mains dans une activité de force, sa capacité de travail serait de 100% en théorie. Toutefois, compte tenu de l'absence de formation professionnelle, ceci reste relativement théorique et probablement difficile à envisager.» Dans ses déterminations du 25 juin 2013, l'OAI a déclaré confirmer la décision attaquée. Il a joint un avis médical du Dr M. _____ du SMR du 19 juin 2013, selon lequel les conclusions du Prof. G. _____ étaient proches de celles du Prof. P. _____, n'ayant pas d'objection à leur rencontre. La recourante s'est déterminée le 23 août 2013, contestant les conclusions du Prof. G. _____, et se référant à un complément d'expertise du 30 juillet 2013 du Dr T. _____, dans lequel ce dernier maintient que dans une activité adaptée, sa capacité de travail est de 20% au mieux. Elle soutient que sur le plan de la valeur probante, c'est l'expertise du Dr T. _____ qui doit être retenue, estimant que ses conclusions sont plus convaincantes que celles des autres spécialistes consultés. Subsidièrement, elle conteste les conclusions que tire le Dr M. _____ de l'expertise judiciaire dans son avis du 19 juin 2013. Pour elle, le Prof. G. _____ n'a pas conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et a au contraire dressé un tableau pessimiste, en retenant que la capacité de travail entière dans une activité adaptée restait très théorique et en relevant que, dans son rapport du 25 juin 2013, joint en annexe, la Dresse Y. _____ avait estimé qu'une telle activité n'existait pas. Elle ajoute se trouver depuis plus de 10 ans en incapacité de travail, estimant qu'au vu de l'évolution défavorable de son atteinte, on voit mal quelle activité pourrait encore lui être imposée. Pour elle, si les conclusions du Dr T. _____ devaient être écartées au profit de celles du Prof. G. _____, il faudrait alors retenir une capacité de 50% dans une activité adaptée, comme l'avait retenu le Dr X. _____ en avril 2010. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière fondée sur une incapacité de travail de 80% comme retenue par le Dr T. _____, subsidièrement à une demi-rente. Compte tenu des observations du Dr T. _____ et du rapport de la Dresse Y. _____, le Prof. G. _____ a été invité à se redéterminer par le précédent juge instructeur. Dans son complément d'expertise du 14 février 2014, il a relevé ce qui suit : «Le problème essentiel tient au diagnostic et aux éléments de l'imagerie pratiquée dans le cadre de mon expertise. Je tiens d'abord à rappeler que vous m'avez demandé mon avis suite à un désaccord entre l'expertise du Professeur P. _____ et l'avis du Docteur T. _____. Après deux courriers de chacun de ces deux experts, vous avez voulu l'avis d'un expert universitaire afin de pouvoir trancher. Malheureusement, il se trouve qu'il existe toujours désaccord d'experts, et qu'à moins de demander encore à un autre professeur d'université, vous devrez finalement vous faire une opinion et trancher définitivement ce conflit. Je constate aussi que deux Professeurs ordinaires ([...] et [...]) considèrent que cette patiente n'a pas de polyarthrite rhumatoïde et ceci sans se concerter. Pour être plus spécifique en ce qui concerne les commentaires du Docteur T. _____, je ne pense pas que cette patiente réponde au diagnostic de polyarthrite rhumatoïde car les éléments cliniques ne sont pas caractéristiques, elle n'a pas les marqueurs classiques d'auto-immunité de cette maladie, elle n'a pas les marqueurs radiologiques même après 10 ans d'évolution, et finalement, elle n'a répondu à aucun traitement de cette maladie. Pour ce dernier point, je tiens à souligner

qu'elle a eu au moins 4 traitements de fond différents, dont 2 traitements biologiques. Pour toutes ces raisons, je pense que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est très peu probable. Je tiens encore à ajouter que je suis reconnu de manière nationale et internationale dans mon domaine, avec plus particulièrement une visibilité internationale en ce qui concerne la polyarthrite rhumatoïde. Je peux sans autre vous produire mon curriculum vitae afin que vous vous fassiez une idée claire et précise. En ce qui concerne le problème de l'imagerie, elle ne peut en aucun cas être considérée comme un élément spécifique. En effet, on trouve de petites synovites et même des images positives au Doppler dans des arthropathies dégénératives. Nous avons d'ailleurs récemment publié ceci dans un journal de rhumatologie. D'autres ont également publié des données équivalentes lorsque les articulations sont examinées par imagerie à résonance nucléaire (IRM). Par conséquent, ces éléments ne permettent pas du tout de distinguer une polyarthrite rhumatoïde d'une arthrose active. Finalement, les lésions radiographiques au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes ne montrent que des stigmates dégénératifs et non pas de polyarthrite rhumatoïde. Au-delà des problèmes d'avis sur le diagnostic, et même si pour certains de mes collègues il reste un doute en ce qui concerne le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, il est essentiel de signaler que l'expression est très bénigne dans ce cas puisqu'il n'y a eu aucune déformation articulaire ni détérioration radiologique. Par conséquent, je pense que sa capacité de travail devrait être raisonnablement de 50%, étant donné qu'une activité adaptée sans contrainte sur ses mains serait difficile à trouver compte tenu de son âge et de son niveau d'éducation.» Le 10 mars 2014, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a joint à son écriture un avis médical du 28 février 2014 du Dr M. _____ du SMR, qui retient que le Prof. G. _____ conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, même s'il admet qu'une telle activité sera difficile à trouver compte tenu de l'âge et du niveau d'éducation de la recourante. Dans d'ultimes déterminations du 13 mars 2014, la recourante a maintenu que sa capacité de travail était de 20% conformément aux observations du Dr T. _____. Elle a relevé que l'expertise du Prof. G. _____ ne tenait pas compte de l'ensemble de ses plaintes, en particulier aux coudes, genoux, chevilles et pieds, estimant avoir droit à une rente entière. A titre subsidiaire, elle a fait valoir que le Prof. G. _____ confirmait que sa capacité de travail était de 50% tout au plus, concluant subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (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 devant le tribunal des assurances compétent (art. 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). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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 du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 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 le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; cf. TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012). c) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, respectivement sur sa capacité de travail. 3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2). b) Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. ATF 130 V 448 spéc. p. 455 ; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^{ème} e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative. En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). De même, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4^{ème} révision de la LAI (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 consid. 2 et I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 4) ou de la 5^{ème} révision de cette loi (cf. TF 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 2.1). 4. 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 (cf. 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 (cf. 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008). b) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.2 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 judiciaire 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_418/2012 du 30 août 2012 consid. 4 et TF 9C_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1).

5. La recourante s'est plainte en recours d'une violation de son droit d'être entendue au motif que l'OAI avait rendu sa décision sur opposition sans qu'elle ne puisse produire le rapport d'expertise privée qu'elle avait annoncé. Dans la mesure où la recourante a été invitée à produire ledit rapport d'expertise privée (savoir celui du Dr X. _____ du 8 avril 2010) avant que l'OAI ne dépose sa réponse, une éventuelle violation du droit d'être entendue a quoi qu'il en soit été réparée.

6. L'OAI soutient que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en se fondant sur le rapport d'expertise du Prof. G. _____ du 30 mai 2013. Pour sa part, la recourante soutient que sa capacité de travail n'est que de 20%, sur la base de l'appréciation du Dr T. _____. a) Selon les premiers rapports médicaux adressés à l'OAI dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, le principal diagnostic posé était celui d'arthrose métacarpo-phalangienne II et III de la main droite (rapport médical de la Dresse Y. _____ à l'OAI du 2 juin 2003, rapport médical du Dr Q. _____ à l'OAI des 1^{er} juillet 2003 et 31 janvier 2005). Le Dr

H. _____ du SMR ayant estimé qu'il convenait de convoquer un examen rhumatologique au SMR, l'assurée a été examinée à ce titre par la Dresse A. _____ le 13 mai 2005. Initialement, lorsque l'OAI a rendu sa décision du 4 juin 2006, il a fondé son appréciation sur le rapport d'examen du 13 mai 2005 de la Dresse A. _____. Cette dernière retenait que dans une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante était entière, observant que l'examen clinique SMR avait permis de constater une excellente santé générale. La Dresse A. _____ faisait essentiellement état d'un problème dégénératif de la main droite et estimait que l'atteinte ne permettait plus l'activité d'auxiliaire en reliure. Toutefois, de l'avis de la Dresse A. _____, si une polyarthrite débutante avait été évoquée (en l'occurrence par le Dresse D. _____ à la suite de la scintigraphie osseuse du 30 juin 2003), les radiographies et le bilan biologique avaient dirigé les médecins plutôt vers une origine dégénérative. On ne voyait en effet aucune lésion typiquement inflammatoire radiologique, notamment pas d'érosions ni de destruction ; les marqueurs biologiques d'inflammations étaient négatifs voire dans les limites de la norme. Les traitements médicamenteux et interventionnels étaient par ailleurs restés sans grand effet et les plaintes de l'assurée pouvaient être attribuées à des lésions dégénératives débutantes et étaient partiellement liées à la sédentarité. La Dresse A. _____ précisait que la baisse de rendement de 50% mise en évidence par le Dr Q. _____ dans son rapport médical du 31 janvier 2005 semblait largement surévaluée, dans la mesure où la motivation partielle de l'assurée, son niveau d'instruction et la difficulté à trouver une occupation adaptée étaient des facteurs externes à l'AI. Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assurée a produit un rapport d'IRM du 14 février 2006 faisant état d'une polyarthrite rhumatoïde. En outre, la Dresse Y. _____ a indiqué le 17 mars 2008 à l'OAI que sa patiente présentait une atteinte probablement mixte, avec arthrose des MCP II et III à droite, une polyarthrite rhumatoïde séronégative discrètement érosive touchant les MCP II et III des deux côtés et un syndrome fémoro-patellaire – sans toutefois répondre à la médication. Enfin, le Dr Y. _____ a lui aussi retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative (rapport médical du 2 mai 2008). Compte tenu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du J. _____ de [...]. Dans leur rapport du 9 février 2009, les médecins du J. _____ ont retenu avec effet sur la capacité de travail une suspicion de polyarthrite rhumatoïde séronégative, des gonalgies sur gonarthrose bilatérale et un syndrome fémoro-patellaire bilatéral, constatant que l'assurée était en bon état général. Ils ont estimé que la situation médicale était actuellement stabilisée, et que fonctionnellement, moyennant le respect de certaines limitations (pas de port de charge supérieure à 1 kg, pas d'activité manuelle répétitive, pas de travail en milieu humide ou froid, pas de travail en position agenouillée, pas de montée ou descente itérative des pentes respectivement des escaliers, pas de travail sur une échelle ou sur un échafaudage), une capacité de travail dans une activité légère adaptée était possible à raison de 6 à 8 heures par jour avec une baisse de rendement de l'ordre de 20%, justifiée par la nécessité d'avoir régulièrement des périodes de repos en ce qui concernait les mains. Ils étaient toutefois d'avis que l'activité de relieuse n'était plus possible. Réinterpellés par la Dresse A. _____ sur la question de la capacité de travail, les médecins du J. _____ ont arrêté le taux de capacité de travail global à 70%. Finalement, l'OAI a fondé sa décision sur opposition sur l'appréciation des médecins du J. _____, savoir en retenant une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Afin de clarifier les appréciations médicales à la suite de la production par la recourante du rapport du Dr X. _____ d'avril 2010, une première expertise judiciaire a été confiée au Prof. P. _____. Ce dernier a retenu dans

son rapport du 20 juillet 2011 un tableau d'arthrose modérée des MCP II et III ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire des genoux et a exclu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Il a en outre relevé que les plaintes de la recourante étaient manifestement disproportionnées. Il a estimé qu'elle présentait une limitation modérée de la flexion des genoux et une légère déformation en flexum (réductible) et une légère tuméfaction de la troisième métacarpo-phalangienne de la main droite en regard de la cicatrice. Pour le Prof. P. _____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée, à savoir un travail manuel léger (avec port de charges de maximum 2 kg à droite et 10 kg à gauche) ne nécessitant pas un usage fréquent de la force dans la main droite, évitant les travaux avec genuflexions répétées, ainsi que la descente et la montée d'escaliers fréquemment. Le Prof. P. _____ a en outre précisé que la recourante déclarait ne pas souffrir de fatigue actuellement. La recourante ayant produit à la suite de l'expertise du Prof. P. _____ un avis du Dr T. _____ qui maintenait qu'elle souffrait bien de polyarthrite rhumatoïde séronégative, cette atteinte étant incompatible aussi bien avec l'activité habituelle qu'avec une activité adaptée, l'expert judiciaire P. _____ a été réinterpellé. A cette occasion, il a maintenu son appréciation diagnostique, en expliquant pouvoir admettre, comme retenu par l'OAI dans la décision attaquée, une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Une nouvelle expertise judiciaire a alors été mise en œuvre et confiée au Prof. G. _____. Dans son rapport d'expertise du 30 mai 2013, il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'arthropathie dégénérative métacarpo-phalangienne du 2^{ème} et 3^{ème} rayon à droite et du 3^{ème} rayon à gauche, atteintes présentes depuis le début des symptômes, soit depuis 2002, et, sans effet sur la capacité de travail, ceux d'épitrôchléite droite et de syndrome fémoro-patellaire bilatéral. Le Prof. G. _____ a ainsi exclu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Il a retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée, savoir un travail qui n'utilise pas les mains dans une activité de force, sa capacité de travail était de 100%. Pour toute activité avec effort sur ses articulations des doigts, la capacité de travail serait d'environ 50%. Le Dr T. _____ a maintenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde dans ses observations du 30 juillet 2013, en déduisant que la recourante présente au plus une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée. Ce rapport a été soumis au Prof. G. _____, qui a exposé une nouvelle fois le 14 février 2014 les raisons le conduisant à exclure le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. A cette occasion, il a estimé que la capacité de travail devrait être raisonnablement de 50%, «étant donné qu'une activité adaptée sans contrainte sur ses mains serait difficile à trouver compte tenu de son âge et de son niveau d'éducation». b) Il résulte de ce qui précède que tous les médecins s'accordent sur le fait que l'activité habituelle de la recourante n'est plus exigible. La recourante ne présente en outre pas d'atteinte invalidante au plan psychiatrique. Au plan somatique, tous les médecins s'accordent également sur le fait que la recourante présente une atteinte principale à la main droite. S'agissant plus spécifiquement de la qualification diagnostique et de l'évaluation de la capacité de travail, les avis médicaux divergent toutefois : alors que le Dr T. _____ retient le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde dans tous ses rapports (rapports médicaux des 2 mai 2008, 3 février 2012 et 30 juillet 2013), estimant cette atteinte incompatible avec toute activité, seule une capacité de travail de 20% au plus pouvant être retenue dans une activité adaptée, la Dresse A. _____, le Prof. P. _____ et le Prof. G. _____ ne partagent pas cette appréciation, arrêtant la capacité de travail dans une activité adaptée à respectivement 70% pour les deux premiers et 100% pour le dernier nommé. Quant aux médecins du J. _____, ils ne font état que d'une

suspicion de polyarthrite rhumatoïde et estiment la capacité dans une activité adaptée à 100%. Il est constant qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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, à moins que celle-ci contienne 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 (cf. supra consid. 4). En l'espèce, les deux experts judiciaires ont écarté le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde posé par le Dr T. _____, en exposant de façon très précise les raisons les conduisant à l'exclure. Ainsi le Prof. P. _____ a constaté qu'il y avait certes des signes d'arthrose, modérés, de la deuxième et de la troisième métacarpo-phalangienne de la main droite, attribuant au demeurant dans une certaine mesure la persistance d'un certain gonflement local à l'intervention chirurgicale avec synovectomie qui a eu lieu à ce niveau-là. Il a encore relevé l'absence du facteur rhumatoïde (anti-CCP négatifs) et l'absence d'une élévation des paramètres inflammatoires durant toute l'évolution (vitesse de sédimentation et CRP normales), ainsi que l'absence de tout épanchement synovial ponctionnable (donc d'analyse du liquide synovial) dans l'histoire clinique de la recourante. Quant au Prof. G. _____, s'il a avoué comprendre l'embarras de ses collègues et la difficulté à trancher de manière définitive le diagnostic, il a observé qu'il se trouvait en présence d'une situation qui évoluait désormais depuis un peu plus de 10 ans, ce qui était un peu plus confortable pour établir le diagnostic et surtout avoir une appréciation pronostique. C'est à la suite d'un examen fouillé, après avoir examiné les pièces médicales, les radiographies et les IRM effectuées au cours des dernières années et pris connaissance des évaluations de ses confrères que le Prof. G. _____ s'est prononcé sur le cas de la recourante. Il a posé de façon détaillée l'anamnèse et résumé les plaintes de l'assurée. Certes dans ce cadre cette dernière fait valoir que l'ensemble de ses plaintes n'aurait pas été pris en compte, en particulier celles ayant trait aux coudes, chevilles, genoux et pieds. Toutefois cette affirmation est contredite par le rapport d'expertise. On peut en particulier y lire que la mobilité des coudes est normale, que la palpation des genoux est indolore sans épanchement intra-articulaire évident et qu'il n'y a pas de tuméfaction au niveau des chevilles. S'agissant plus spécifiquement du diagnostic, le Prof. G. _____ a constaté que l'atteinte actuelle touchait essentiellement 2 à 3 articulations au niveau des doigts avec également des symptômes au niveau des poignets et du coude. Les examens biologiques ne montraient toutefois aucun signe de spécificité pour une polyarthrite rhumatoïde, pas plus que les radiographies, qui ne montraient pas non plus d'élément classique, tel que des érosions et une ostéopénie. Aux yeux de l'expert judiciaire G. _____, en l'absence d'élément clinique classique, d'auto-anticorps ou d'une imagerie caractéristique, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde était difficile à retenir. Le Prof. G. _____ a toutefois concédé qu'au-delà du diagnostic, même s'il ne retenait pas celui de polyarthrite rhumatoïde, il n'en demeurerait pas moins que la recourante présentait des signes d'une arthropathie dégénérative avancée au niveau de certains doigts, qui avaient un impact symptomatique et fonctionnel. Dans son rapport d'expertise, le Prof. G. _____ a étudié de façon particulièrement circonstanciée les points litigieux, savoir notamment celui de la divergence d'appréciation diagnostique, mais aussi celui de la capacité de travail de la

recourante : il a ainsi estimé que la recourante était capable d'exercer une activité professionnelle sans contrainte sur ses articulations des mains à 100%. Par contre, toute activité avec effort sur ses articulations des doigts resterait limitée avec une capacité résiduelle d'environ 50%. Les conclusions du rapport d'expertise du Prof. G. _____ sont claires et dénuées de contradiction. Une pleine valeur probante peut dès lors être reconnue à ce rapport, qui est au demeurant largement superposable à celui du Prof. P. _____, également expert judiciaire. L'appréciation du Dr T. _____ n'ayant quant à elle pas été corroborée par les deux expertises judiciaires, et en particulier par celle du Prof. G. _____, il n'y a pas lieu de la retenir. Au demeurant, on voit mal pourquoi on retiendrait, comme le souhaite la recourante, l'appréciation du Dr X. _____, qui s'est prononcé en 2010, et qui a été contredit par deux experts judiciaires. En définitive, on retiendra que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, savoir une activité sans contrainte sur ses articulations des mains.

7. La recourante conteste encore le calcul du taux d'invalidité. Elle soutient ainsi que c'est un revenu sans invalidité de 48'457 fr. 20 (en lieu et place de 41'429 fr. 44), avec un abattement de 25% et non pas de 5%, qui devaient être retenus.

a) Selon l'art. 16 LPGA, 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 ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 arrêt du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (TFA I 198/97 arrêt du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in Pratique VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 arrêt du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; 9C_446/2008 arrêt du 18 septembre 2008 ; 9C_236/2008 arrêt du 4 août 2008 et I 175/04 arrêt du 28 janvier 2005 consid. 3 ; TFA I 377/98 arrêt du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in Pratique VSI 1999 p. 246). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de

réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). c) En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre de la recourante, âgée de 49 ans, respectivement de 45 ans lors de la notification de la décision, qu'elle recherche une activité à 100% adaptée à son état de santé, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré ; elle y est d'ailleurs tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) que recouvre le marché du travail en général — et le marché du travail équilibré en particulier — (cf. TFA I 383/06 arrêt du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un certain nombre d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la recourante. C'est le lieu de rappeler que le Prof. G. _____ n'a pas exclu toute activité à temps plein, mais a relevé que c'est une activité sans contrainte sur les articulations de la main qui pourrait être effectuée à temps complet (une activité avec effort sur les articulations des doigts limitant la capacité de travail à 50%). Il n'est ainsi pas irréaliste pour la recourante de retrouver un emploi sur le marché du travail qui soit compatible avec ses limitations fonctionnelles et son niveau de formation. d) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 arrêt du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 arrêt du 11 décembre 2009 consid. 3.1 ; TFA I 1034/2006 arrêt du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). En l'espèce, pour déterminer le revenu sans invalidité, l'OAI s'est référé aux informations fournies par le dernier employeur de la recourante et retient à ce titre un montant de 41'429 fr. 20. En effet, il résulte du questionnaire pour l'employeur que la recourante était rétribuée à l'heure, pour un salaire horaire de 18 fr. 40 la dernière fois qu'elle a travaillé. En outre, l'intimé a pris en considération les vacances et le 13^{ème} salaire. Toutefois, pour tenir compte de la moyenne des heures dans les entreprises en 2002, qui était de 41,7 heures, le calcul du revenu sans invalidité doit être le suivant : $18 \text{ fr. } 40 \times 41,7 \times 4,33 \times 13$, ce qui porte le revenu à 43'190 fr. 20, en lieu et place du montant de 41'249 fr. 20 retenu par l'intimé ($18 \text{ fr. } 40 \times 40 \times 4,33 \times 13$). e) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé - soit 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 peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I

7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, 3'820 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA 1 niveau de qualification 4). 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 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 3'982 fr. 35, ce qui donne un salaire annuel de 47'788 fr. 20, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.4 % ; La Vie économique, 11-2005, p. 87, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 48'457 fr. 23. Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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 p. 79). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb p. 78 et les références citées ; voir également arrêt I 848/05 arrêt du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Dans le cas présent, les limitations fonctionnelles de la recourante, savoir l'absence d'activité avec contrainte sur ses articulations des mains, n'entravent pas l'accomplissement d'une activité industrielle légère. L'influence de ces limitations sur les perspectives salariales de la recourante est certes défavorable mais il demeure approprié de les prendre en considération au titre de limitations liées au handicap à concurrence d'un facteur de réduction de 20%. Enfin, tant l'âge de la recourante que son absence de formation professionnelle ou sa scolarité rudimentaire ne peuvent être considérés comme des critères déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles. Un taux de réduction supérieur à 20 % ne saurait dès lors se justifier. Cela étant, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 43'190 fr. 20 et avec invalidité, abattement de 20 % compris, de 38'765 fr. 80, le taux d'invalidité s'élève à 10%. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une rente à la recourante. Il n'en irait pas autrement au demeurant si un abattement de 25% était retenu. 8. A titre subsidiaire, la recourante requiert de l'OAI qu'il lui accorde des mesures d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle

profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références citées). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA ; ATF 124 V 108 consid. 2a p. 109). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références citées).

b) En l'espèce, le préjudice économique de 10% est en-dessous de la limite de 20 % fixée par la jurisprudence en la matière. La recourante n'a donc pas droit à des mesures d'ordre professionnel.

9. a) En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 (art. 69 al. 1bis 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 la recourante, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 3 novembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. 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 : - Me Claudio Venturelli (pour la recourante), - 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 :