

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 février 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

Y._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Hüsni Yilmaz,
avocat à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1956, a déposé le 30 avril 2009 une demande de prestation tendant à l'allocation d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Au bénéfice d'une formation de sténo-dactylographe sans certificat fédéral de capacités (ci-après : CFC), elle a occupé divers emplois dans le secrétariat et la vente, avant de travailler comme blanchisseuse indépendante de 1992 à 2002. Jusqu'en 2008, elle a encore occupé occasionnellement des emplois dans le domaine de l'entretien et du ménage, avant de se trouver en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} octobre 2008. Elle souffrait de cervico-dorso-lombalgies, d'arthrose multiple, d'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, de gonalgies bilatérales, d'instabilité de la cheville droite, ainsi que d'arthrose inter-phalangienne distale bilatérale.

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 11 juin 2009, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité de travail de 50% dans une activité de secrétaire depuis le 1^{er} octobre 2008, mentionnant comme restrictions physiques des douleurs de dos s'aggravant à l'effort et en position assise, pouvant être améliorées par une perte pondérale et des exercices permettant une récupération totale de sa capacité de travail. Il a admis, depuis mai 2008, les limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions statiques assises ou debout prolongées, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas d'activité en hauteur, ainsi qu'un port de charge limité.

A la suite d'un avis du 24 septembre 2009 du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), dans lequel il admettait une incapacité de travail de 50% dans une activité de secrétaire, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée légère avec alternance de

positions, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, par projet de décision du 8 octobre 2009.

Réagissant à ce projet, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a fait parvenir à l'OAI un rapport médical du 15 décembre 2009, dans lequel il posait les diagnostics suivants, ayant un effet sur la capacité de travail :

- arthrose multiple (cervicale, dorsale, lombaire, digitale non exhaustif) depuis plusieurs années (1990 env.),
- hypertension artérielle traitée,
- excès pondéral,
- cheville droite instable avec présence de neurinomes suite à une opération en 2002,
- instabilité au niveau du genou droit suite à une arthroscopie en 2002 ainsi que gonalgies du même côté depuis lors.

En réponse au questionnaire de l'AI, le Dr S._____ a indiqué que l'assurée ne pouvait pas exercer d'activité dans différentes positions, principalement en marchant, nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, nécessitant des rotations et de marcher, en raison de lâchage de la cheville droite et du genou. Il a limité en particulier la position assise prolongée à 30 minutes, la position debout à 20 minutes et le port de charge à 3 kg. Le Dr S._____ a encore attesté une incapacité de travail totale dans la dernière activité de la recourante et une capacité de travail partielle (20% à 50%) dans une activité adaptée à son état de santé, possible sous réserve d'une remise en condition progressive et d'un suivi physiothérapeutique.

Dans un avis médical du 5 mars 2010, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a considéré que le rapport du Dr S._____ ne consistait qu'en une appréciation différente de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, la situation médicale étant identique.

Par décision du 11 mars 2010, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assurée.

B. Par acte du 30 avril 2010, Y._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Rodolphe Petit, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En réponse à un questionnaire du tribunal, le Dr W._____ a indiqué par courrier du 12 octobre 2011 qu'il n'avait pas eu connaissance des problèmes de santé de la recourante à la cheville et au genou droits, cette dernière ne s'en étant jamais plainte auprès de lui, et qu'il n'avait eu connaissance de ses problèmes d'arthrose digitale qu'au mois de mai 2009.

Par écritures des 3 et 14 novembre 2011, l'OAI et la recourante ont tous deux conclu à la mise en œuvre d'une expertise, admettant que l'instruction au plan médical était incomplète.

Par arrêt du 13 décembre 2011, la Cour des assurances sociales a admis le recours, constatant que l'instruction de la cause n'avait pas tenu compte de l'état de santé global de la recourante pour apprécier son invalidité et renvoyé l'affaire à l'OAI pour qu'elle complète l'instruction sur le plan orthopédique notamment.

C. A la suite de la requête du 9 janvier 2012 de la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique à la Policlinique G._____ (ci-après : G._____), qui a été réalisée par les Drs V._____, spécialiste en médecine interne générale, N._____, spécialiste en rhumatologie et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 12 juin 2012, les experts ont posé les diagnostics suivants :

- Atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien (G 56.0) :
 - o avec menace fonctionnelle à droite
 - o sans menace fonctionnelle à gauche
- Syndrome somatoforme douloureux persistant F45.4
- Cervicalgies chroniques (M47.82) dans le contexte de :
 - o remaniements dégénératifs, dans un contexte de cervico-discarthrose au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7
- Dorsolombalgies chroniques (M47.86) dans le contexte de :
 - o arthrose inter-apophysaire postérieure au niveau L4-L5 et L5-S1
- Discrète arthrose inter-phalangienne distale bilatérale (M15), avec nodosité d'Heberden (IPD) et de Bouchard (IPP)
- Gonalgies bilatérales :
 - o status après chondrectomie par voie arthroscopique du genou droit le 30.04.2001
 - o arthrose fémoro-patellaire bilatérale prédominant à droite
- Status après plastie de stabilisation du ligament latéral externe cheville droite pour instabilité tibio-astragalienne le 30.04.2001.
- Hypertension artérielle traitée.

Les experts ont considéré que ces diagnostics n'avaient pas d'influence essentielle sur la capacité de travail de l'assurée.

Les experts ont en outre apprécié la situation de la manière suivante :

« [...]

Sur les plans rhumatologique et neurologique, Madame Y. _____ présente diverses plaintes ; d'une part, des cervico-dorso-lombalgies chroniques, évoluant depuis plusieurs années, irradiant dans les épaules et les deux membres supérieurs, avec sensation de diminution de force et de troubles de la sensibilité des deux bras, qualifiées d'invalidantes, douleurs ayant tendance à diffuser progressivement dans le corps entier, cédant partiellement au traitement de physiothérapie passive et à la prise d'AINS.

A l'examen clinique, on note une limitation modérée de la mobilisation du rachis cervical dans tous les plans, sensible ; au niveau dorso-lombaire, on relève des troubles statiques, avec diminution des courbures physiologiques, la rétroflexion est douloureuse et la percussion électivement sensible au niveau des jonctions cervico-

dorsales et dorsolombaires ; si la mobilisation active des épaules est limitée de manière symétrique en actif, elle est complète en passif, sans déclenchement de douleur.

Le bilan radiologique démontre au niveau cervical des pincements inter-somatiques au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7 associés à des remaniements dégénératifs sous la forme d'uncarthrose et d'ostéophytes, avec inversion de la lordose physiologique ; l'étage dorsal est sp [sans particularité] et au niveau lombaire il existe une arthrose inter-apophysaire postérieure au niveau L4-L5 et L5-S1 sans trouble statique significatif.

D'autre part, Madame Y. _____ se plaint de douleurs des poignets et mains ddc [des deux côtés], essentiellement gênée au niveau « esthétique » par des nodosités des doigts, et décrit un manque de force et des dysesthésies des deux mains, gênant lors des activités fines de la vie quotidienne.

Au status, on note une arthrose nodulaire modérée des IPP et IPD ddc, évocatrices de nodosités d'Héberden et de Bouchard tout à fait compatibles avec l'âge ; la mobilisation articulaire des poignets est complète et symétrique, la force est conservée et au niveau sensitif, on note quelques erreurs au piquer-toucher.

Le bilan radiologique conclut à une discrète arthrose interphalangienne distale au niveau des deux mains.

Madame Y. _____ se plaint également, mais de manière moindre, de gonalgies bilatérales ainsi que de « douleurs des chevilles » ddc, décrites plutôt comme une « sensation de fragilité ».

Les gonalgies sont symétriques, essentiellement ressenties lors de l'accroupissement, avec craquements, et disparaissant en position assise.

Concernant les chevilles, les lâchages auparavant décrits ont disparu, et elle se plaint d'une gêne, une sensation d'insécurité, lors de port de chaussures avec talons d'une hauteur supérieure à 3 cm.

A l'examen clinique, la mobilité des genoux est complète et symétrique ddc, il n'y a pas de rougeur, pas de chaleur, pas de tuméfaction, quelques craquements sont audibles à la mobilisation à droite ; quant aux chevilles et pieds, la mobilisation est complète et symétrique, on note quelques déformations arthrosiques des IPP ddc.

Le bilan radiologique démontre une arthrose fémoro-patellaire bilatérale prédominante à droite, aucun bilan radiologique des chevilles et des pieds n'a été jugé nécessaire.

De manière générale, Madame Y. _____ n'établit aucun lien de causalité entre les interventions d'arthroscopie du genou droit et de plastie ligamentaire de la cheville droite de 2001 : effectivement, les plaintes actuelles sont différentes et bilatérales, contrairement à 2001 ; dans ce contexte, nous n'avons pas jugé nécessaire de demander un consilium orthopédique. Actuellement, les plaintes ostéo-articulaires de Madame Y. _____ ont tendance à diffuser au corps entier ; cet élément associé à un discours essentiellement centré sur les plaintes somatiques, qualifiées d'invalidantes, apparaissant au centre des préoccupations de l'expertisée et non entièrement explicables par le bilan radiologique nous font évoquer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, comme nous le discuterons plus loin.

Sur le plan fonctionnel au vu essentiellement des cervicalgies avec atteinte dégénérative, il s'agit d'éviter les activités sollicitant le rachis cervical de manière répétitive, les travaux lourds et le port de charges régulier supérieur à 5-10 kg. Au vu de la gonarthrose bilatérale, les activités nécessitant des positions à genoux, des accroupissements, la montée et la descente d'escaliers régulièrement sont contre-indiquées.

Au vu de la notion de dysesthésies et de manque de force des 2 mains, ainsi que d'une anamnèse de sensations vertigineuses, le bilan a été complété par un consilium neurologique, incluant examen clinique, relecture des documents radiologiques, ENMG des membres supérieurs et doppler carotidien. L'ENMG confirme l'existence d'une atteinte bilatérale au niveau du tunnel carpien ddc, d'un degré assez important à droite (avec menace fonctionnelle) et modérée à moyennement importante à gauche (encore sans menace fonctionnelle). L'examen ne montre par contre pas de signe d'atteinte neurogène périphérique significative des muscles examinés au niveau des deux membres supérieurs et dépendants des myotomes C5 à D1.

De plus, au vu de la notion de vertiges, le bilan a été complété par un écho-doppler des vaisseaux pré-cérébraux, qui se révèle normal.

Sur le plan thérapeutique, au vu de l'importance des altérations électro-physiologiques mises en évidence au niveau du canal carpien ddc, il y a en principe indication à une neurolyse, en tous cas du nerf médian droit au niveau du canal carpien.

Sur le plan fonctionnel, après traitement de la compression du nerf médian, aucune limitation fonctionnelle significative, sur le plan strictement neurologique, ne peut être retenue, tant dans l'activité auparavant exercée que dans toute autre activité potentiellement exigible.

De son parcours de vie, nous relevons une enfance qualifiée d'harmonieuse, sans carence ni maltraitance, passée au sein d'une famille aimante, troisième d'une fratrie de trois.

Alors qu'elle est âgée de 12 ans, la famille émigre en Suisse ; inscrite à l'école publique, elle est dénoncée par des voisins et va dès lors vivre dans la clandestinité, alternant des allées et retours entre la Suisse et Milan, hébergée transitoirement par un oncle.

A l'âge de 14 ans, après régularisation de sa situation, elle suit une scolarité dans un lycée privé italoophone. Alors qu'elle aurait souhaité poursuivre ses études, Madame Y. _____ opte pour une formation de sténo-dactylographie, au vu des difficultés financières de ses parents. N'obtenant pas de CFC, elle va exercer divers emplois temporaires en tant qu'employée de bureau.

Elle se marie en 1981, avec un compatriote rencontré en Suisse ; le couple aura 2 enfants, une fille en 1982 et un fils en 1992.

L'entente conjugale est marquée par la violence verbale du mari ; celle-ci dégénère en violences physiques graves, tant envers la fille aînée que l'expertisée, violences nécessitant l'intervention de la police à de nombreuses reprises.

Madame Y. _____ se sépare en 2007, et le divorce devrait être prononcé sous peu.

Au niveau professionnel, l'expertisée a ouvert une blanchisserie en 1992, avec l'aide de sa mère, puis a dû céder son commerce en 2002, au vu de ses problèmes de santé ; les diverses recherches de travail

entreprises par la suite se sont soldées par des échecs, Madame Y._____ se déclarant progressivement incapable d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit.

Actuellement, elle vit avec son fils, a gardé un réseau social avec quelques amis vus régulièrement, et est très proche de sa mère qu'elle voit quotidiennement. Elle n'a par contre plus de contact avec sa fille aînée depuis 3 ans, cette dernière ayant privilégié le contact avec son père.

Sur le plan psychiatrique, nous notons un contact aisé et collaborant, le discours est relativement fluide, abondant, parfois difficile à suivre avec des digressions sans perte de fil, la vigilance et l'attention sont conservées ; la thymie est sur le versant dépressif avec des pleurs durant l'entretien.

L'évocation des affects est pauvre, les propos restent centrés sur les éléments factuels. Outre les douleurs, l'expertisée se plaint de moments de découragement, d'anxiété face à l'avenir et d'anxiété paroxystique.

Au terme de l'évaluation psychiatrique, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant est retenu, diagnostic déjà évoqué tant par le médecin traitant que par le rhumatologue consulté, Dr [...] (rapport médical de 2011[recte 2012]).

Les douleurs de l'expertisée sont apparues dans un contexte de conflit familial avec violences physiques graves et rupture de la relation avec la fille aînée. L'état de tristesse et d'anxiété ne justifie pas d'un diagnostic séparé et fait partie à ce titre du syndrome somatoforme douloureux persistant ; ces symptômes psychiatriques (anxiété et état dépressif) ne constituent donc pas en soi une comorbidité psychiatrique grave. Le syndrome douloureux s'est greffé sur des douleurs présentes depuis plus de 10 ans, auparavant localisées au niveau du genou et de la cheville droits, pour progressivement diffuser au corps entier.

Sur le plan strictement psychiatrique, le syndrome somatoforme douloureux persistant ne présente pas les critères de gravité établis par la jurisprudence pour justifier d'une incapacité de travail.

En conclusion, après prise en considération des divers avis spécialisés émis et au terme de notre colloque pluridisciplinaire, nous estimons que la capacité de travail résiduelle de Madame Y._____ est de 100% tant dans l'activité auparavant exercée que dans toute autre activité, après prise en considération des limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus.

Nous avons néanmoins émis ci-dessus des restrictions d'ordre neurologique, au vu de l'importance des altérations électrophysiologiques mises en évidence au niveau du nerf carpien ddc, prédominant à droite. Ces atteintes sont à considérer comme transitoires, facilement traitables par neurolyse, pouvant justifier une incapacité de travail limitée dans le temps, dont la durée précise est à déterminer par un chirurgien spécialiste de la main ».

En réponse aux questions de l'OAI, les experts ont encore notamment déterminé que la capacité de travail n'avait jamais diminué, même de 25%, le principal problème incapacitant consistant en l'atteinte

du nerf médian au niveau du tunnel carpien de deux côtés, prédominant à droite, facilement traitable par neurolyse et justifiant une incapacité de travail limitée dans le temps. S'agissant du pronostic, ils ont considéré qu'il était mitigé, tout en relevant que les limitations fonctionnelles n'étaient pas majeures et parfaitement compatibles avec son ancienne activité ou une activité adaptée à son état de santé, bien que l'assurée reste persuadée qu'elle est définitivement incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Par projet de décision du 29 juin 2012, l'OAI a refusé l'octroi de mesures de reclassement ainsi que d'une rente d'invalidité au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durable affectant sa capacité de travail. L'OAI s'est en particulier fondé sur l'expertise de G. _____ du 12 juin 2012, ainsi que sur un avis SMR rédigé le 22 juin 2012 par le Dr M. _____, qui considérait que cette expertise était convaincante.

Par courrier du 5 septembre 2012, l'assurée a formulé des objections au projet de décision du 29 juin 2012, faisant valoir que celui-ci était essentiellement fondé sur l'expertise pluridisciplinaire. Or celle-ci devait à son avis être complétée, dans la mesure où elle restait muette sur la question de la capacité de travail relative à l'atteinte bilatérale du nerf médian du tunnel carpien et où elle ne tenait pas compte des éléments orthopédiques respectivement rhumatologiques. Elle demandait pour le surplus de pouvoir compléter le dossier sur la base d'éléments encore à venir.

Par courrier du 4 octobre 2012 à l'OAI, l'assurée a complété ses observations. Tout en répétant que selon elle, la cause n'était pas en état d'être jugée, elle a produit deux rapports médicaux, rédigés l'un par le Dr S. _____ le 2 octobre 2012 et l'autre par le Dr T. _____, spécialiste en rhumatologie, le 5 janvier 2012.

Dans ledit rapport du 2 octobre 2012 adressé au conseil de l'assurée, en réponse aux questions de ce dernier, le Dr S. _____ a

indiqué que le diagnostic retenu par les experts englobait l'ensemble des atteintes qu'il avait constatées chez Mme Y. _____, quoique la notion de violence subie par cette dernière qui, selon ses dires, « aurait été battue par son ex-mari ainsi que ses enfants » était peu mise en évidence dans le rapport du psychiatre. Le Dr S. _____ a précisé que le début des problèmes somatique et psychologique correspondait à cette période, s'amplifiant encore ensuite, avec la prise en charge de ses parents. En 2009, lorsque la patiente s'était présentée à sa consultation, il avait noté une diminution de l'estime et de la confiance en soi, des idées de culpabilité et dévalorisation, un pessimisme face à l'avenir, des perturbations du sommeil, une diminution de l'appétit et des ruminations, ce qui l'avait conduit à poser le diagnostic de « dépression chronique ». Le Dr S. _____ a encore relevé que dans le consilium neurologique du 14 mai 2012 réalisé dans le cadre de l'expertise de G. _____ par le Dr [...], la polyneuropathie axiale sensitive et motrice sévère symétrique des membres inférieurs (rapport du 22 mai 2012 du Dr [...]) n'était pas mentionnée. Répondant aux questions de l'avocat au sujet de la capacité de travail de l'assurée, le Dr S. _____ a exposé ce qui suit :

« Il m'est difficile de m'exprimer par rapport à la période avant 2009 ne connaissant pas la patiente avant cette date, mais selon ses dires, Mme Y. _____ « s'est fait battre par son mari entraînant des douleurs à la mâchoire ». Elle a été témoin de violences sur sa fille par son ex-époux ». « Son fils a tenté de protéger la patiente contre son-époux ». C'est dans ce contexte, entraînant des douleurs psychologiques intenses, que je peux penser que Mme Y. _____ était incapable de travailler. Toujours selon ses déclarations, elle a dû prendre ses parents en charge, ajoutant une charge psychologique supplémentaire.

Dès 2009, un état dépressif léger sous-jacent était présent. Je n'ai proposé qu'une thérapie de soutien structurante. De 2009 à 2010, je n'ai vu la patiente que pour des douleurs au dos, aux mains, à la nuque et aux genoux. Mais également pour des bronchites, des maux de tête, de la toux mais avec la nette impression que sous ces petits problèmes somatiques traités avec de la physiothérapie, des AINS et des anti-douleurs était caché un état sous-jacent de type dépression. La patiente a toujours mis en avant sa positivité, ses enfants et sa volonté. Cela lui a permis de traverser cette période difficile. Mais les efforts énormes qu'elle a dû déployer ont très certainement laissé des séquelles ».

S'agissant de l'atteinte au nerf médian, le Dr S. _____ a précisé que dans l'activité de blanchisseuse, l'incapacité de travail actuelle était de 100%. Cette atteinte pouvait toutefois être guérie par une

opération, laquelle pouvait théoriquement être organisée dans un délai d'un mois. A la question de savoir quelle serait l'incapacité de travail et pour quelle durée après l'opération, le Dr S._____ a indiqué que dans la mesure où le fond du problème était plutôt psychologique, la récupération serait très certainement difficile. Mais plus l'intervention tardait, plus les conséquences postopératoires seraient importantes, avec impossibilité de récupérer la fonction normale de ses mains. Le Dr S._____ a encore précisé qu'à son avis, compte tenu de l'âge et la formation de la patiente, il serait extrêmement difficile pour elle de retrouver une activité professionnelle, vu les exigences d'efficacité et de ténacité demandées dans le monde du travail, trop élevées vis-à-vis de cette patiente affaiblie physiquement et psychologiquement. Selon le médecin, il serait néanmoins intéressant de confronter la patiente à un stage d'observation professionnel adapté pour mettre en évidence ses problèmes somatiques et psychologiques. En conclusion, le Dr S._____ a indiqué que comme le mentionnait le Dr T._____, auquel il avait adressé sa patiente en janvier 2012, une prise en charge par un psychiatre accompagné d'un traitement d'anti-dépresseurs serait parfaitement adéquate. En effet, le problème psychologique (psychosomatique) était le plus important et était la cause de l'incapacité de travail.

Dans son rapport du 5 janvier 2012 au Dr S._____, le Dr T._____ a posé les diagnostics suivants :

- Fibromyalgie selon critères ACR
- Cervico-lombalgies chroniques aspécifiques
 - o troubles dégénératifs sous forme de discopathies cervicales et lombaires
- Arthrose nodulaire des doigts avec nodosités d'Heberden et de Bouchard
- Hypertension artérielle traitée
- Status après plastie ligamentaire de la cheville droite.

Il a en outre fait les constatations suivantes :

« Sur la base des déclarations de Mme Y._____, des constatations cliniques et du bilan paraclinique je confirme ton hypothèse, à savoir

celle d'une fibromyalgie qui s'est surajoutée à un tableau de rachialgies cervico-lombaires évoluant sur un mode chronique d'étiologie aspécifique puisque liée à des troubles dégénératifs que l'on rencontre habituellement dans cette classe d'âge. Toujours est-il qu'il est probable que l'activité qu'elle réalisait précédemment n'est plus adéquate et qu'il serait judicieux que la patiente puisse bénéficier de prestations de l'Al principalement sous la forme de l'octroi de mesures professionnelles.

Parallèlement, elle souffre d'une légère arthrose nodulaire des doigts tout à fait banale et compatible avec l'âge.

Enfin, et surtout le tableau clinique de douleurs ubiquitaires, en présence d'un sommeil non réparateur, avec la présence de 18 points sur 18 de Smythe est tout à fait évocatrice d'une fibromyalgie selon les critères ACR 1990. C'est donc principalement la fibromyalgie qui domine le tableau clinique, puisque ses troubles dégénératifs sont compatibles avec l'âge vu qu'ils se rencontrent dans la population asymptomatique du même âge, et cela d'autant plus que le status clinique du rachis révèle une mobilité physiologique.

Je lui ai donc proposé de discuter avec toi-même de l'initiation d'un traitement antidépresseur à but antalgique de Saroten 25 mg le soir. On devrait éventuellement y adjoindre une prise en charge spécialisée auprès d'un psychiatre. Pour ma part, je n'ai donc pas d'autres mesures thérapeutiques à lui proposer que des antidépresseurs tricycliques, en sus des antalgiques qu'elle prend déjà, ainsi que la physiothérapie qui devrait avant tout être axée sur des techniques actives, à savoir la pratique régulière d'exercices d'endurance plutôt que les manipulations, qui, selon les critères de la médecine factuelle ne sont pas réputés efficaces dans ce type de situation ».

Par avis médical SMR du 11 janvier 2013, le Dr M._____ a constaté que l'atteinte du nerf médian au canal carpien avait été prise en compte par les experts pour reconnaître l'exigibilité de la capacité de travail, étant précisé que les techniques chirurgicales dans ces cas donnaient de très bons résultats et qu'une durée de convalescence de six semaines à trois mois tout au plus était parfaitement adéquate. En outre, le Dr S._____ n'exposait aucun fait nouveau ou aggravation dans son rapport du 2 octobre 2012 et celui du Dr T._____ du 5 janvier 2012 confirmant l'hypothèse d'une fibromyalgie, était connu des experts de G._____, de sorte qu'ils disposaient de tous les éléments pour apprécier la situation globale.

Par décision du 25 janvier 2013, l'OAI a confirmé le refus d'octroyer des mesures de reclassement et une rente à l'assurée, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durable

affectant sa capacité de travail, celle-ci étant entière dans son activité habituelle depuis toujours.

D. Par acte du 4 mars 2013, Y._____, par son nouveau conseil, Hüsni Yilmaz, a recouru contre la décision du 25 janvier 2013 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle concluait, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire ainsi qu'à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire orthopédique et à ce que le tribunal lui impartisse un délai pour qu'elle fournisse un questionnaire aux experts de G._____. A titre principal, la recourante concluait à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, tout en demandant le renvoi de la cause à l'OAI pour détermination du montant de la rente et du début du droit. Subsidiairement, elle concluait au renvoi de la cause à cet office pour nouvelle instruction et nouvelle décision. À l'appui de son recours, la recourante a essentiellement critiqué l'expertise médicale mise en oeuvre par l'OAI auprès de la G._____. A son avis, l'expertise était critiquable car, outre le fait qu'aucun spécialiste en orthopédie n'avait été consulté, malgré l'arrêt du 13 décembre 2011 de la Cour de céans, elle mettait en évidence une atteinte du nerf carpien sans fixer toutefois l'incapacité de travail en découlant jusqu'à l'opération. La recourante faisait en outre valoir que l'expertise ne tenait pas compte des éléments orthopédiques et rhumatologiques en relation avec les troubles statiques et dégénératifs rachidiens. Il convenait en conséquence pour elle de procéder à un complément d'expertise qui devait être de surcroît appuyé d'un stage d'observation professionnelle, puisqu'elle n'avait exercé aucune activité lucrative depuis 2002. La recourante critiquait enfin le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI, demandant l'application d'un taux d'abattement de 25%.

Par courrier du 17 avril 2013 la recourante a informé la Cour que des investigations étaient envisagées par la Dresse R._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et qu'elle se réservait le droit de verser au dossier des pièces complémentaires et de

requérir de nouvelles mesures d'instruction, sur la base de ces investigations.

Dans un arrêt du 19 avril 2013, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours du 4 mars 2013, statuant sur la base de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour a considéré que contrairement à ce qu'alléguait la recourante, l'ensemble des éléments orthopédiques et rhumatologiques en relation avec les troubles présentés par cette dernière avait été pris en considération par les experts, que ses plaintes relatives à l'arthrose nodulaire des mains étaient essentiellement d'ordre esthétique et que les experts avaient clairement expliqué les raisons pour lesquelles ils avaient renoncé à un consilium orthopédique. La Cour a retenu que son état de santé global lui permettait une capacité de travail pleine et entière, considérant que l'atteinte du nerf médian au niveau du tunnel carpien était traitable aisément et ne suffisait pas à fonder une invalidité donnant droit à des prestations AI. La Cour a précisé que les rapports médicaux des médecins traitants des 5 janvier et 2 octobre 2012 ne permettaient de surcroît pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise et enfin que l'aspect psychologique, principale cause de l'incapacité de travail selon le Dr S._____, médecin traitant de la recourante, avait été investigué par les experts.

E. Par acte du 29 mai 2013, Y._____ a recouru devant le Tribunal fédéral contre l'arrêt du 19 avril 2013, concluant à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction et nouveau jugement. Elle a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, alléguant l'existence de deux diagnostics importants préalables à l'expertise que la Cour avait pourtant ignoré. Dans le cadre du recours devant le Tribunal fédéral, la recourante a produit un rapport médical de la Dresse R._____ du 27 mai 2013 posant les diagnostics suivants :

- Polyarthralgies dans le cadre d'une atteinte rhumatismale inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde séro-négative, érosive, nodulaire versus Mixed Connective Tissue Disease (MCTD)
- Syndrome de Raynaud

- Cervicalgies, cervico-dorsalgies et cervico-brachialgies proximales chroniques sur sévères troubles statiques et troubles dégénératifs rachidiens avec :
 - o Volumineuse hernie discale médiane C5-C6 avec répercussion sur le diamètre canalaire cervical sans signe de myélopathie à l'IRM de mai 2013
 - o Sténose foraminale gauche C3-C4
 - o Discopathies pluri-étagées de C3 à C7
 - o Inversion de la lordose cervicale
 - o Phénomènes ténomyogènes pluriétagés de la région cervico-dorsale
- Syndrome du canal carpien droit
- Gonalgies droites sur chondropathie rotulienne, status post-ménisectomie totale (2002)
- Cheville droite douloureuse et instable sur status post plastie tibio-astragaliennne (2002)
- Excès pondéral
- Hypercholestérolémie non traitée
- HTA traitée
- Urolithiases
- Antécédents d'hypothyroïdie
- Allergie à l'iode.

La Dresse R. _____ a en outre relevé ce qui suit :

« Discussion et propositions :

Les arthralgies symétriques des mains et des pieds que présente Madame Y. _____, allant croissant depuis plusieurs années, sont à mettre sur le compte d'un rhumatisme inflammatoire comme en atteste l'IRM des mains en position du prier effectuée en mai 2011 au [...], ouvrant, sur la base du bilan des auto-anticorps rhumatismaux, le diagnostic différentiel entre une polyarthrite rhumatoïde séro-négative et une Mixed Connective Tissue Disease (MCTD). Dans ce contexte, l'anamnèse d'un syndrome de Raynaud est très parlante.

Sur le plan thérapeutique, j'ai d'emblée proposé à la patiente un traitement symptomatique associant la prise régulière d'AINS sous forme d'Ibuprofène retard 800 mg le soir et 400 mg 1 à 2x/jour sous protection gastrique d'IPP par Omed, 20 mg/j. Je lui ai proposé également la prise de sulfate de chondroïtine et le port régulier de 2 attelles de repos nocturne des poignets.

Nous avons longuement discuté de la notion de rhumatisme inflammatoire et du traitement de fond à potentiellement instaurer mais pour l'heure, la patiente est bouleversée par le diagnostic.

Par ailleurs, antérieurement à ma consultation un rendez-vous était prévu auprès du Dr Z._____, spécialiste FMH en orthopédie, qui a organisé un bilan radiologique rachidien.

Ces examens, couplés à une IRM cervicale, ont mis en évidence une importante hernie discale médiane C5-C6, exerçant un effet de masse sur la face antérieure du cordon médullaire et contribuant à un rétrécissement canalaire. Cette entité va faire l'objet d'une évaluation neuro-chirurgicale.

Il va sans dire que les répercussions asséurologiques en la situation devraient impérativement faire l'objet d'une réévaluation car :

- L'expertise médicale effectuée par G._____ le 12 juin 2012 s'est, sur le plan cervical, basée sur des radiographies effectuées en 2008 ! De plus, malgré la description de discopathies majeures à 3 étages et d'une inversion de la courbure cervicale, un nouveau bilan radiologique voire une IRM n'ont pas été effectués.
- Il ne semble pas que les explications figurant dans le rapport du Dr S._____ lorsqu'il mentionne « de nombreux nodules provoquant un début de déformation des doigts et l'empêchant d'avoir des activités fines » (page 4) aient été prises en considération alors. J'estime pour ma part que la situation médicale s'était modifiée par rapport au rapport du médecin traitant antérieur.
- Il m'apparaît par ailleurs essentiel de relever à la page 8 du rapport d'expertise de l'OAI le passage suivant : en 2002, elle se voit contrainte de remettre sa blanchisserie... elle se plaint de manière concomitante de douleurs des mains, avec sensation de tuméfaction, apparition de déformations avec nodules et qualifie alors son état de santé de déplorable « ... De 2002 à 2007, elle reste à la maison... souffrant toujours de cervicalgies, de tuméfactions des deux mains... ».
- L'on peut se poser la question de savoir, au vu de l'anamnèse, s'il n'aurait pas fallu poursuivre des investigations permettant d'aboutir à d'autres diagnostics pertinents, autre qu'un trouble somatoforme douloureux, chez cette patiente chez qui deux nouveaux diagnostics viennent d'être posés, potentiellement bien antérieurs à la date de l'expertise ».

Dans l'IRM des mains en prieur du 2 mai 2013 adressée à la Dresse R._____, les radiologues ont conclu à de multiples lésions inflammatoires des poignets et des mains des deux côtés, compatibles avec une polyarthrite rhumatoïde en premier lieu, au vu de leur distribution.

Dans une IRM du rachis cervical du 16 mai 2013 adressée au Dr Z._____, la Dresse D._____, spécialiste en radiologie, a posé les conclusions suivantes :

- Discarthrose étagés de C4-C5 à C6-C7 prédominant en C5-C6 et C6-C7.
- Hernie discale médiane C5-C6 entraînant un rétrécissement canalaire important, un effet de masse sur la face antérieure du cordon médullaire sans myélopathie.
- Bombement discal circonférentiel C6-C7 associé à une protrusion discale paramédiane droite entraînant un rétrécissement canalaire modéré sans myélopathie.
- Arthrose postérieure prédominant en C3-C4 gauche avec des remaniements inflammatoires significatifs ainsi qu'en C7-D1 gauche.

Dans un rapport de radiographies du 21 mai 2013 au Dr Z._____, la Dresse D._____, a attesté l'absence de lésions importantes tant au rachis cervical que lombaire, ainsi qu'au bassin sous réserve d'une discarthrose cervicale étagée de C4-C5 à C6-C7 et d'une uncarthrose étagée évoluée de C4-C5 à C6-C7.

Par arrêt du 30 octobre 2013, le Tribunal fédéral a admis le recours de Y._____, annulé le jugement de la Cour de céans du 19 avril 2013, lui renvoyant la cause pour statuer à nouveau conformément aux considérants.

F. Reprenant l'instruction de la cause à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral, la juge instructrice a invité l'assurée, par ordonnance du 28 novembre 2013, à produire les rapports médicaux utiles, ainsi que les pièces réactualisées relatives à sa requête d'assistance judiciaire. La recourante a produit les pièces annexées au recours en matière de droit public le 6 janvier 2014. Elle a en outre demandé une prolongation de délai pour permettre à la Dresse R._____ de rédiger un rapport complémentaire, et éventuellement pour déposer un mémoire complémentaire à son recours, selon les conclusions des rapports médicaux.

Dans un rapport du 25 février 2014 au Dr S. _____, la Dresse R. _____ a indiqué ce qui suit :

« Le diagnostic de polyarthralgies dans le cadre d'une atteinte rhumatismale inflammatoire s'est affiné lorsque j'ai constaté aux coudes de la patiente une hyperkératose et aux ongles de ses orteils des lésions en taches d'huile susceptibles de signer un psoriasis cutané-unguéal. J'ai adressé la patiente à son dermatologue qui confirme la présence d'un psoriasis des coudes et des ongles. On relèvera que le père de la patiente a souffert d'un psoriasis du cuir chevelu. Un traitement Daivobet a été instauré.

Le Docteur Z. _____, consulté le 7 septembre 2013, a organisé un bilan radiologique avec IRM cervicale et radiographies du rachis cervical et lombaire et du bassin pour bilancer les cervico-dorso-lombalgiques chroniques et a directement adressé la patiente pour avis neurochirurgical au Docteur [...]. Celui-ci constate que les lésions cervicarthrosiques sont majeures, en présence d'un ostéophyte postérieur médian allant du bas de C4 jusqu'au sommet de C6, refoulant la moelle épinière, sans encore de signes radiologiques de myélopathie cervicale, en présence également d'une fusion antérieure des corps vertébraux C5 et C6. Il estime qu'actuellement, sur une intervention potentiellement majeure (corporectomie partielle de C5 et de C7 et complète de C6), les risques d'un geste neurochirurgical excèdent très largement les bénéfices que pourrait en retirer la patiente. Si une intervention devait toutefois avoir lieu, il estime qu'elle devrait se faire en milieu universitaire au [...].

De retour de vacances, début septembre, la patiente a dû être hospitalisée à la clinique [...] pour une septicémie en relation avec un abcès rénal qui a été drainé.

Actuellement, après cet épisode qui a accentué sa fatigabilité et qui a généré une perte pondérale de 7 kilos, Madame Y. _____ présente toujours des arthralgies des mains, prédominant du côté droit, côté où un syndrome du canal carpien lui est connu. Elle accuse toujours des douleurs des pieds et de la cheville droite. Les douleurs axiales ne se sont pas améliorées et les cervico-scapulo-dorsalgies avec irradiations dans les membres supérieurs sont très présentes.

En ce qui concerne le traitement, la patiente refuse un traitement de fond par Méthotrexate par crainte des effets secondaires et parce que, dit-elle, elle n'est pas prête psychologiquement. Ponctuellement, elle prend des AINS, des antalgiques, des myorelaxants. En décembre 2013, j'ai reconduit une prescription de 9 séances de physiothérapie douce.

Il conviendra au prochain contrôle d'évaluer l'indication à une intervention de libération du nerf médian au canal carpien droit.

Par ailleurs, sur le plan asséculo-logique, soutenue par son avocat Maître Yilmaz, la patiente a obtenu gain de cause auprès du Tribunal Fédéral.

Sur le plan cervical, les investigations actuelles radiologiques avec IRM ont conduit à un nouveau diagnostic majeur, tellement potentiellement sévère que le neurochirurgien consulté prône plutôt l'abstention chirurgicale.

Par ailleurs, mon "affinage" du diagnostic rhumatologique initial mène à considérer le tableau polyarthralgique de Madame Y. _____ comme probablement attribuable à un rhumatisme psoriasique.

Ces deux nouveaux diagnostics, potentiellement bien antérieurs à la date de l'expertise médicale du 12 juin 2012 font que celle-ci m'apparaît ne pas s'appuyer sur des investigations qu'il aurait été nécessaire d'effectuer avant que de se prononcer sur la capacité de travail de Madame Y. _____.

En ce qui concerne la capacité de travail actuelle, je ne pense pas que la patiente puisse prétendre à une quelconque activité ce qui, non seulement pourrait augmenter ses douleurs et qui, potentiellement, pourrait être dangereuse sur le plan neurologique ».

Par des déterminations du 10 mars 2014, la recourante a confirmé ses allégations s'agissant du rapport d'expertise de la G. _____ du 12 juin 2012, le considérant incomplet, sur la base du nouveau rapport médical du 25 février 2014 de la Dresse R. _____. A son avis, elle pouvait en outre prétendre à une rente d'invalidité en raison de son âge avancé. Elle a modifié la conclusion préliminaire III de son recours du 4 mars 2013 en ce sens qu'elle réclamait une expertise judiciaire rhumatologique et orthopédique, confirmant pour le surplus l'intégralité de ses conclusions.

Dans sa réponse du 12 mai 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport d'expertise de la G. _____ avait pris en compte l'état de santé de la recourante dans son ensemble, et qu'âgée de 56 ans en 2012, elle ne pouvait prétendre à une rente en se prévalant de la règle de l'âge proche de la retraite. L'intimé s'est fondé de surcroît sur un avis SMR du 5 mai 2014, dans lequel les Drs M. _____ et [...] indiquaient que la polyarthrite rhumatoïde séronégative érosive nodulaire vs MCTD évoquée dans le rapport du 27 mai 2013 de la Dresse R. _____ n'était plus retenue en 2014 et que si les troubles dégénératifs cervicaux avaient été objectivés par IRM du 16 mai 2013, rien ne permettait d'établir sur ce point une aggravation durable des empêchements depuis le rapport du Dr W. _____ du 11 juin 2009 et l'expertise de la G. _____ du 12 juin 2012. Selon les médecins du SMR, les rapports de la Dresse R. _____ des 27 mai 2013 et 25 février 2014 faisaient état de diagnostics nouveaux évoqués à partir du 15 avril 2013 mais aucune modification de l'état de santé n'était démontrée antérieurement à avril 2013. Toutefois, une

aggravation durable rhumatologique postérieure à cette date ne pouvait pas être écartée.

Par réplique du 24 juillet 2014, la recourante a requis du Tribunal cantonal qu'il rende une décision incidente sur sa requête de mise sur pieds d'une expertise judiciaire rhumatologique et orthopédique, vu les rapports médicaux de la Dresse R._____.

Par duplique du 13 août 2014 l'intimé a confirmé ses conclusions, se fondant sur un nouvel avis médical SMR du 6 août 2014 du Dr M._____, rédigé notamment en ces termes :

« Le Dr R._____, rhumatologue FMH, retient comme problème dans son courrier du 25 février 2014 une atteinte rhumatismale inflammatoire "probablement attribuable à un rhumatisme psoriasique". La "polyarthrite rhumatoïde séronégative, érosive, nodulaire versus Mixed connective Tissue Disease (MCTD)" évoquée dans le courrier du 27 mai 2013 n'est plus retenue en 2014 par le Dr R._____, rhumatologue FMH. Le diagnostic a donc été affiné sans qu'aucune aggravation des symptômes ou d'élément nouveau n'ait été identifié à l'exception d'une "hyperkératose et aux ongles de ses orteils des lésions en taches d'huile susceptibles de signer un psoriasis cutané unguéal. J'ai adressé la patiente à son dermatologue qui confirme la présence d'une psoriasis des coudes et des ongles". L'avocat de l'assurée allègue que cette atteinte existait avant l'expertise de juin 2012 ce que nous ne contestons pas, bien que le Dr R._____ elle-même n'ait évoqué ce problème qu'en 2014. Il convient cependant de constater que les empêchements somatiques restent similaires quelques soit leur origine et/ou la maladie causale (rhumatisme psoriasique) car ce n'est pas la maladie qui justifie l'incapacité de travail mais bien les limitations fonctionnelles durables source d'empêchements. La capacité de travail appréciée par les experts reste donc inchangée.

Des troubles dégénératifs cervicaux ont été objectivés par l'IRM du 16 mai 2013 et rien ne permet d'établir sur ce point une aggravation durable des empêchements depuis le rapport du Dr W._____ du 11 juin 2009 et l'expertise G._____ du 12 juin 2012.

Les rapports médicaux du Dr R._____ des 27 mai 2013 et 25 février 2014 font état de diagnostics nouveaux évoqués à partir du 15 avril 2013, date de la première consultation du Dr R._____. Aucune modification de l'état de santé n'est démontrée antérieurement à avril 2013.

Antérieurement à la décision querellée du 25 janvier 2013, notre position est inchangée ».

Dans ses déterminations du 30 octobre 2014, la recourante a maintenu sa position relevant que la Dresse R._____ avait précisé que

les troubles diagnostiqués existaient avant l'expertise de la G._____, réclamant de surcroît que la question préalable de la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit tranchée par la Cour de céans.

Par ordonnance du 4 août 2015, la juge instructrice a informé les parties qu'elle entendait mandater le Bureau P._____, (ci-après : le P._____) pour la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, rhumatologique et orthopédique.

La Dresse H._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteurs, ont rendu leur rapport le 28 juin 2016. Ils ont posé les diagnostics suivants :

- cervicarthrose sévère sans myélopathie ni radiculopathie clinique avec discopathies, dans le cadre d'une spondylarthrose généralisée (M47.8),
- gonarthrose modérée prédominante à droite (M17.9),
- arthrose nodulaire des doigts (M19.9),
- douleurs résiduelles et discrètes de la cheville droite après plastie ligamentaire (R52.2),
- syndrome du tunnel carpien bilatéral (G62.9),
- très discrète insuffisance mitrale sans répercussion hémodynamique significative (I34.0),
- syndrome métabolique avec excès pondéral, HTA, hypercholestérolémie (E88.9),
- décollement postérieur du vitré bilatéral sans déchirure rétinienne (H33.2), et cataracte débutante (H26.9),
- syndrome des yeux secs (H04.1),
- fibromyalgie (M79.0).

Les experts ont en particulier exclu la présence d'un rhumatisme inflammatoire (arthrite rhumatoïde/arthrite psoriasique) évoqué par la Dresse R._____, expliquant à cet égard qu'il n'y avait pas d'évolution clinique depuis le rapport du Dr T._____ de 2012. Ils ont exposé qu'ils pouvaient se baser sur des radiographies de 2015 et des

examens sanguins répétés leur permettant de conclure qu'il n'y avait à ce jour aucun argument pour un rhumatisme inflammatoire, en se référant aux lignes directrices internationales en la matière. Ils ont précisé que les nodules et érosions mentionnées par la Dresse R._____ étaient en relation avec une arthrose nodulaire des doigts, ainsi que cela avait déjà été établi par différents médecins depuis les années 1990, par le rhumatologue T._____ en 2012 et par les experts de G._____ et que le descriptif d'IRM des mains du 2 mai 2013 n'était pas typique d'une polyarthrite. Les experts ont cependant admis à l'instar la Dresse R._____, la gravité des lésions cervicales dégénératives, relevant qu'elles étaient déjà identifiées par le Dr [...] en 2008 et relativement stables depuis cette époque (expertise p. 40 : « les éléments arthrosiques et discopathiques restent sans répercussion sur la moelle et les racines. Cliniquement, l'examen neurologique couplé à l'examen rhumatologique est en corrélation et ne montre pas de signe de souffrance médullaire ni radiculaire, en dépit des protrusions discales »). Ils ont exposé qu'il y avait une nette différence entre l'importance des lésions au niveau cervical, où les lésions étaient importantes, et au niveau dorso-lombaire où elles étaient plus discrètes et compatibles avec l'âge. Ils se sont écartés de l'appréciation des experts de G._____ qui reconnaissaient à l'assurée, une pleine capacité de travail en dépit du problème cervical. Les experts ont en outre posé, comme le Dr T._____ dans son rapport du 5 janvier 2012, un diagnostic de fibromyalgie de forme secondaire, sans incidence significative sur l'atteinte à la santé (cf. rapport d'expertise pp. 42-46). En réponse au questionnaire du 15 septembre 2015 de la recourante qui interrogeait les experts notamment sur la question de savoir comment les troubles diagnostiqués agissaient sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle de blanchisseuse entre les mois de mars 2008 et janvier 2013, ces derniers ont indiqué ce qui suit :

« En 2008, la cervicarthrose sévère était documentée. Le Prof. [...] en avait reconnu la sévérité clinique. Elle n'a pas significativement évolué de mars 2008 à janvier 2013, ni de janvier 2013 à mai 2015 sur le plan radiologique. Sur le plan clinique, le status est tout à fait stable entre ce qui est documenté en 2008 et nos examens cliniques de février 2016.

Les discopathies C5-C6 et C6-C7 ne sont pas retenues avec le descriptif de hernies selon le Dr [...] (radiologue) sur les clichés de 2015. Elles restent sous-ligamentaires et non luxées, elles gardent sur

les images un rayon de courbure suivant celle des vertèbres. Il s'agit de protrusions discales.

Notre appréciation quant aux répercussions sur la capacité de travail est différente de celle des experts de G. _____ qui identifiaient en premier lieu un syndrome somatoforme douloureux, ne retenant pas de substrat organique au-devant de la scène des manifestations.

Il nous apparaît que, soit le syndrome somatoforme douloureux, soit la fibromyalgie selon la terminologie que l'on attribue au trouble douloureux, ne devraient pas être retenus en présence d'une autre affection documentée. Dans ce cas, ces entités diagnostiques sont des entités non pas primaires mais secondaires si l'on s'en tient aux critères stricts de ces diagnostics.

Le socle lésionnel de la cervicarthrose doit être considéré à notre avis comme une lésion primaire et c'est la plus significative parmi les arthroses de Mme ».

Compte tenu de leurs constatations, les experts ont finalement retenu que l'assurée avait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de blanchisseuse, repasseuse, femme de ménage, gouvernante ou toute activité semblable, depuis le mois de mars 2008. Ils ont posé les limitations fonctionnelles suivantes, valables depuis mars 2008 au moins : « pas de travail statique, debout ou assis, plus de 2h d'affilée ni en hauteur en extension prolongée de la nuque, ni en zone basse en flexion prolongée de la nuque. Pas de charge supérieure à 10 kg de manière occasionnelle et de plus de 5 kg de manière répétée. A partir de l'IRM des mains de mai 2013 confirmant un aspect congestif de l'arthrose nodulaire (malgré l'absence de confirmation évidente selon les critères d'un rhumatisme inflammatoire) : pas d'activité en force des mains de manière répétitive, pas d'activité avec des engins provoquant des vibrations ». Dans une activité adaptée à ces limitations (activité légère avec changement de position aux 2h, semi-sédentaire, sans devoir travailler en hauteur ni en zone basse), les experts ont considéré qu'une activité était théoriquement exigible à 70%, depuis mars 2008.

Dans ses déterminations du 9 août 2016, l'OAI s'est rallié aux conclusions des experts, se référant en outre à un avis médical du Dr M. _____ du 15 juillet 2016, qui considérait que l'expertise était convaincante. Procédant au calcul du préjudice économique, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à 52'843 fr. 40 et le revenu d'invalidité à 36'990 fr. 40 (52'843 fr. 40 x 70%), précisant qu'un abattement sur le revenu

d'invalidé ne se justifiait pas. Le taux d'invalidité s'élevait donc à 30% et n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

Dans ses déterminations du 30 septembre 2016, la recourante a reproché aux experts d'avoir donné peu de place à l'examen proprement médical, considérant que les aspects médicaux nécessitaient plus de nuances et devaient être appréciés dans le temps. Elle reproche en particulier l'évaluation de la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée posée par les experts et demande à ce que ces derniers soient interpellés sur une diminution de rendement dont il faudrait tenir compte selon elle, même dans une activité adaptée à 70%. Elle fait en outre valoir qu'elle devrait pouvoir bénéficier d'un abattement de 25% minimum, au vue de son âge, de sa formation et de ses limitations fonctionnelles et se réfère sur ce point aux développements contenus dans son acte de recours. Elle demande enfin à être reconnue invalide à 100%, compte tenu de son âge avancé qui ne lui permettra plus de retrouver un emploi sur un marché du travail équilibré.

Dans un courrier du 7 octobre 2016, la recourante a maintenu ses conclusions.

G. L'assistance judiciaire a été accordée à la recourante par décision du 30 janvier 2014.

Le 27 octobre 2016, Me Hüsnü Yilmaz a fait parvenir au tribunal sa liste des opérations.

E n d r o i t :

1. La présente cause procède du renvoi ordonné par le Tribunal fédéral à la juridiction de céans, par son arrêt du 30 octobre 2013.

2. Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, compte tenu de l'instruction médicale

complémentaire qui a été effectuée par la Cour de céans, à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'incapacité de gain se définit comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) aa) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, en cas de recours - a besoin de documents que des médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore,

raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

bb) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGA). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

cc) 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

4. a) En l'espèce, compte tenu des rapports des 27 mai 2013 et 25 février 2014 rédigés par la Dresse R._____, et des IRM et radiographies du rachis du 16 mai 2013 adressées au Dr Z._____, lesquels faisaient état d'éléments ne ressortant pas du rapport d'expertise du 12 juin 2012 de la G._____, une expertise judiciaire a été mise en oeuvre auprès du Bureau P._____. (P._____).

Malgré les critiques formulées par la recourante dans ses déterminations du 30 septembre 2016 à l'encontre de l'expertise du P._____, que ce soit au sujet de la place réservée à l'examen médical ou de l'appréciation de la capacité de travail par les experts, aucun élément objectif, de nature formelle ou médicale, ne permet de mettre en doute leurs conclusions. En effet, les experts se sont livrés à une anamnèse minutieuse, ont recueilli les plaintes de la recourante dans le cadre de leurs examens cliniques, ont actualisé le dossier d'imagerie en procédant à des examens radiologiques supplémentaires et ont fondé leur appréciation sur un examen complet du dossier médical de l'assurée. Ils ont en particulier expliqué les raisons des redondances dans la rédaction, par le souci de reproduire précisément les plaintes de l'expertisée recueillies par chaque expert, et ont procédé aux constatations objectives en distinguant chaque partie du corps atteinte, permettant ainsi une lecture claire de leur discussion.

L'experte H._____ a indiqué dans les détails, les raisons lui permettant de s'écarter du diagnostic de rhumatisme inflammatoire posé par la Dresse R._____. Elle a en particulier exposé que ni l'anamnèse, ni la sérologie négative, ni les examens radiologiques, en particulier les récents, ne plaidaient en faveur d'une arthrite rhumatoïde ou psoriasique. Elle a également indiqué que le status évoqué par la Dresse R._____ n'était en réalité guère différent de celui du Dr T._____ dans son rapport du 5 janvier 2012, de celui de la G._____ dans le rapport d'expertise du 12 juin 2012, ou encore du status rhumatologique ou orthopédique actuel (cf. rapport d'expertise du P._____, pp. 34-35). L'experte a relevé que l'arthrose nodulaire des doigts, déjà décrite par le Dr T._____ en 2012, n'avait pas évolué cliniquement, ce qu'avaient confirmé les examens

radiologiques complémentaires effectués en 2015, relevant en outre que le descriptif de l'IRM des mains du 2 mai 2013, n'était pas typique d'une polyarthrite. Elle n'observait au demeurant aucune incidence de cette arthrose nodulaire dans la gestuelle fine spontanée de la recourante, notant à cet égard une discordance entre l'examen clinique et les plaintes subjectives (cf. rapport d'expertise pp. 35-36). L'experte H._____ a admis en revanche, à l'instar du médecin traitant, que la gravité des lésions cervicales, déjà identifiées par le Prof. [...] en 2008, avait été sous-estimée par les experts de G._____. La cervicarthrose importante de la recourante imposait de retenir des limitations fonctionnelles depuis 2008 au moins pour l'exercice de l'activité de blanchisseuse ou de femme de ménage. L'experte s'est ainsi distancée de l'appréciation des experts de G._____, lesquels avaient retenu que l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité (cf. rapport d'expertise du P._____, pp. 36-37 notamment). S'agissant des membres inférieurs, l'expert Q._____ n'a relevé aucune lésion radiologique significative de la cheville, ni de laxité anormale (cf. rapport d'expertise, p. 31. Au niveau des genoux, l'expert a noté la présence de gonarthroses modérées, avec prédominance des lésions à droite, compatible radiologiquement avec des arthroses débutantes limitant la recourante dans l'exercice d'activités en position fléchie basse répétée (cf. rapport d'expertise, pp. 31 et 41).

b) Enfin, là où les experts de la G._____ avaient diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux, les experts H._____ et Q._____ ont reconnu, à l'instar du Dr T._____ notamment, que les symptômes de l'expertisée répondaient aux critères de la fibromyalgie (cf. rapport d'expertise, p. 42).

aa) Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait notamment partie la fibromyalgie. Il a en particulier abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et a introduit

un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou

partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid 4.3, 4.4 et référence citée).

bb) Dans le cas particulier, les experts du P. _____ se sont livrés de manière convaincante à cet examen en procédant à une analyse complète des indicateurs standards de la fibromyalgie et en évaluant les critères de cohérence leur permettant de la qualifier de secondaire et sans incidence sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise, pp. 42-46 et pp. 48-49 point 5). Leurs conclusions sont ainsi superposables à celles des experts de la G. _____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

c) Contrairement à ce que soutient la recourante, la Cour de céans ne voit aucune confusion de la part des experts entre la notion d'incapacité de travail et celle de diminution de rendement. Il ressort en effet de leur rapport qu'ils ont tenus compte dans leur appréciation du taux de capacité de travail résiduelle, des nombreux troubles et limitations fonctionnelles de la recourante. En conséquence, rien ne permet d'admettre, comme elle le soutient, qu'ils auraient omis d'évaluer le rendement qu'elle seule juge limité. Sa requête visant à interpeller les experts à ce sujet doit ainsi être rejetée, le dossier apparaissant complet à cet égard.

d) Enfin, la recourante reproche aux experts du P. _____ de n'avoir pas pris en considération l'opération du tunnel carpien pour évaluer sa capacité de travail résiduelle. Or, la lecture de l'expertise permet d'admettre que l'expertisée a renoncé à une telle opération, jugeant que la situation demeurerait stable sur le plan fonctionnel, malgré l'existence de fourmillements intermittents qui n'entravent pas sa vie quotidienne (cf. rapport d'expertise, p. 45).

e) En conclusion, l'expertise du P._____, extrêmement bien conduite, est convaincante. L'évaluation des experts selon laquelle la recourante a une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis 2008 (décrites en p. 49 de l'expertise, point 7 et supra) emporte la conviction de la Cour de céans. Les griefs que soulève la recourante dans ses dernières déterminations, en particulier l'allégation que cette appréciation de sa capacité de travail n'est pas compatible avec ses nombreuses atteintes à la santé ne sont, comme relevé précédemment, corroborés par aucun nouvel élément médical objectif.

5. Dans plusieurs de ses écritures, la recourante a allégué qu'en raison de son âge avancé, aucun employeur ne consentirait à l'engager sur un marché du travail équilibré, de sorte que sa capacité de gain doit être considérée comme nulle.

a) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur — comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques — joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

b) La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à

déterminer, dans le cas concret soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 s. et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; voir aussi JACQUES-ANDRÉ SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in : Grenzfälle in der Sozialversicherung, Zurich 2015, p. 5). Au demeurant, la limite d'âge au-delà de laquelle une mise en valeur est exclue n'a, à ce jour, pas été fixée par le Tribunal fédéral (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

c) En l'espèce, la recourante était âgée de 60 ans au moment du rapport d'expertise du P._____ et connaissait déjà de longue date, à tout le moins depuis l'expertise de la G._____ du 12 juin 2012, les limitations fonctionnelles que lui imposaient ses problèmes de dos et de genoux, de même que le fait qu'elle disposait d'une capacité résiduelle de travail. Certes, les experts judiciaires ont apprécié cette capacité résiduelle de manière différente puisqu'ils ont admis une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de blanchisseuse et une capacité de travail de 70% seulement dans une activité adaptée. Cependant, leurs constatations médicales objectives sont bel et bien superposables à celles des experts de la G._____. En effet, malgré les allégations de la recourante, les multiples démarches faites auprès de ses médecins dont

elle a au demeurant régulièrement changé et les nombreux rapports médicaux produits, force est de constater que sa situation médicale est restée la même et ne s'est pas péjorée. Vu qu'en l'espèce, la différence d'appréciation de la capacité de travail résiduelle ne découle pas d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, basée sur des critères médicaux objectifs, mais de l'évaluation différente d'une situation semblable, la Cour est d'avis que le seul écoulement du temps jusqu'à ce que soit rendu le rapport d'expertise judiciaire, auquel la recourante a contribué en multipliant les démarches médicales, ne saurait servir de facteur déterminant pour l'octroi d'une rente sur la base du critère de l'âge avancé. Ainsi, à la date de l'expertise de la G._____ (en 2012), la recourante était âgée de 56 ans et n'avait pas encore atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité de travail résiduelle sur un marché de l'emploi équilibré (ATF 138 V 457 consid 3.1). Quoiqu'il en soit, la recourante a indiqué aux experts qu'elle était en Suisse depuis l'âge de 14 ans, y avait terminé sa scolarité obligatoire et fait un apprentissage de secrétaire pendant trois ans avant d'échouer aux examens finaux et de renoncer à se représenter. Elle a expliqué qu'elle avait occupé différents emplois de secrétaire, vendeuse et caissière avant de trouver un poste de secrétaire de direction qu'elle a quitté pour s'occuper de l'éducation de ses enfants, après quoi, elle a repris une activité d'indépendante dans une blanchisserie durant dix ans (rapport d'expertise P._____, p.16). Dès lors, la recourante qui n'est certes pas au bénéfice d'une formation certifiée, a effectué sa formation professionnelle en Suisse et occupé des postes nécessitant de sérieuses capacités, faisant ainsi preuve de ressources d'adaptation qu'elle a au demeurant également démontrées dans sa vie privée familiale. Disposant d'autre part d'expériences dans diverses activités simples, on peut admettre que, malgré qu'elle considère ne plus être en mesure de reprendre une quelconque activité et avoir droit à une rente entière (rapport d'expertise P._____ pp. 15 et 16), elle est encore en mesure de prétendre à un emploi simple respectant ses limitations fonctionnelles sur un marché du travail équilibré.

Compte tenu de ce qui précède, la recourante ne peut prétendre à une rente d'invalidité en raison de son âge.

7. Reste à procéder à l'évaluation économique de l'invalidité de la recourante vu sa capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, définie par les experts judiciaires.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). Il s'agit de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI).

b) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé — comme c'est le cas en l'espèce — sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb).

c) aa) En l'espèce, la Cour de céans relève que la recourante ne conteste pas le fait que l'OAI se soit fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour fixer les revenus sans et avec invalidité (cf. notamment les déterminations de l'intimé du 9 août 2016). Dans la mesure où l'intéressée est sans activité professionnelle régulière depuis 2003, l'intimé avait déjà établi ces chiffres, dans sa décision du 11 mars 2010 annulée par arrêt de la Cour de céans du 13 décembre 2011, en se fondant sur le revenu statistique de l'ESS 2006, indexés à 2009 pour le niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services). Si le niveau de qualification 4 retenu par l'intimé ne souffre aucune critique, l'utilisation du tableau de l'ESS de 2008 (TA1, salaire mensuel brut (valeur centrale) et ses montants indexés à 2009 apparaît toutefois plus adéquate.

bb) La recourante considère, en revanche, que le taux maximal d'abattement de 25% admis par la jurisprudence devrait être appliqué sur le revenu d'invalidité, alors que l'intimé soutient qu'un abattement ne se justifie pas dans le cas particulier.

En l'occurrence, si les limitations fonctionnelles sont de nature à influencer les perspectives salariales de la recourante, force est de constater que leurs incidences ont déjà été prises en considération par les experts du P._____ dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de 70%. En conséquence, elles ne sauraient entrer une nouvelle fois en ligne de compte dans l'évaluation globale des circonstances conduisant à retenir un abattement. S'agissant du manque de formation allégué par la recourante, outre le fait qu'elle a effectué un apprentissage de trois ans en Suisse, même si ce dernier n'a pas été couronné par un certificat, il ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles (tâches simples et répétitives). Enfin, l'intéressée étant en Suisse depuis 1968, soit depuis qu'elle a 12 ans, la question de la nationalité ou du permis de séjour n'entre pas en considération. En revanche, il se justifie de retenir une réduction de 10% pour tenir compte de l'âge de la recourante. Un tel

abattement tient compte de cette circonstance particulière de manière adéquate.

d) Il résulte de ce qui précède que le revenu sans invalidité s'élève à 56'345 fr. 48. En effet, ce montant correspond au salaire mensuel brut (valeur centrale) en 2008, soit 4'422 fr., multiplié par 12, soit 53'064 fr., indexé en 2009 [2.1%], soit 54'178 fr. 34 (cf. TF 8C_144/2012 du 9 novembre 2012). Il convient encore d'adapter ce dernier montant compte tenu de la durée hebdomadaire normale du travail dans les entreprises en 2009, soit 41,6 heures, le salaire statistique tenant compte d'une durée de 40 heures par semaine (cf. TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.3).

Quant au revenu d'invalidité, il correspond à 70% de 56'345 fr. 48, soit 39'441 fr. 83 auquel il y a lieu de déduire un abattement de 10%, ce qui donne un revenu de 35'497 fr. 65.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un taux d'invalidité de 37% ($(56'345 \text{ fr. } 48 - 35'497 \text{ fr. } 65) \times 100 / 56'345 \text{ fr. } 48$). Ce taux, inférieur à 40%, n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI).

8. a) Vu ce qui précède, les conclusions de la recourante doivent être rejetées et la décision attaquée du 25 janvier 2013 confirmée en ce sens que l'intéressée n'a pas droit à une rente d'invalidité.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi et le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, leur montant étant fixant en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'occurrence, les frais judiciaires sont laissés à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19

décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), la requérante ayant obtenu l'assistance judiciaire gratuite, en la forme de l'exonération d'avances et de frais judiciaires notamment.

c) La requérante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

Cette dernière ayant également été mise au bénéfice de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Hüsnü Yilmaz, pour la procédure de recours, il y a lieu de fixer la rémunération équitable de ce dernier (art. 122 CPC). Invité le 13 octobre 2016 à fournir sa liste des opérations au tribunal, Me Yilmaz a procédé le 27 octobre 2016. Cette liste ne saurait être considérée comme une liste d'opérations détaillées, dans la mesure où aucune date n'y figure et où les durées y sont indiquées de manière globale. La Cour de céans statue donc en équité et fixe l'indemnité d'office de Me Yilmaz à 3'657 fr. 60, débours et TVA compris (18 heures de travail x 180 fr. /heure + TVA (8%) + 158 fr. 40 de débours).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Yilmaz est fixée à 3'657 fr. 60 (trois mille six cent cinquante-sept francs et soixante centimes), débours et TVA compris.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Hüsnü Yilmaz (pour Y. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :