

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2017

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Bonard et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalités [...] et [...], divorcée et mère de cinq enfants adultes, est arrivée en Suisse en 2011 après avoir vécu en [...] et au [...]. Au bénéfice d'un diplôme d'aide-infirmière obtenu à [...], elle a effectué différentes activités lucratives non qualifiantes dès son arrivée en Suisse, la dernière du 16 juillet 2012 au 28 février 2014 à 100 % en qualité d'ouvrière au sein de l'entreprise P. _____ à [...], laquelle a résilié le contrat de travail en raison d'une restructuration. L'assurée a présenté une incapacité de travail totale du 12 au 20 septembre 2013, puis dès le 30 septembre 2013. Y. _____, assureur perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières.

Le 29 janvier 2014, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en précisant quant au genre de l'atteinte « lupus, arthrose, hypertension ».

Dans un rapport du 14 février 2014, l'employeur a indiqué que le salaire annuel de l'assurée dès le 1^{er} janvier 2014 était de 36'103 fr., soit 2'777 fr. mensuels. Sans atteinte à la santé, l'intéressée gagnerait actuellement 2'587 fr. par mois, plus une indemnité d'environ 200 fr. pour le travail d'équipe.

Le 20 février 2014, l'intéressée a informé l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle exercerait une activité à un taux de 100 %, ceci pour des raisons financières.

Dans un rapport du 27 février 2014 à l'OAI, la Dresse A. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lupus erythémateux disséminé en cours d'investigation depuis octobre

2013. Elle a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une hypertension artérielle, un status post-cholécystectomie en 2006, un kyste arachnoïdien existant depuis octobre 2012, d'une taille inchangée selon une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale du 17 juin 2013, ainsi qu'un nodule de la glande thyroïdienne à gauche existant depuis février 2013. La Dresse A._____ a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 30 septembre 2013. L'activité habituelle n'était plus exigible. La situation n'était actuellement pas encore stabilisée, mais l'exercice d'une activité adaptée serait certainement exigible dans le futur. Etaient joints les rapports suivants :

- un rapport du 2 septembre 2013 du Dr C._____, neurologue, concluant à un examen neurologique normal. La patiente souffrait de migraines probablement chroniques. L'IRM cérébrale du 17 juin 2013, comparée à celle de mars et mai 2009, montrait un kyste arachnoïdien de la fosse postérieure et un kyste de la glande pinéale sans changement, ce qui n'expliquait en aucun cas les céphalées ;
- un rapport du 22 décembre 2013 du Dr D._____, spécialiste en ophtalmochirurgie, retenant les diagnostics de lupus cutané, de début de presbytie, ainsi que de légère sécheresse oculaire. Les photos réalisées avaient montré une situation normale et superposable à l'examen de septembre 2013 ;
- un rapport du 29 janvier 2014 du Dr B._____, dermatologue, posant les diagnostics de lupus érythémateux systémique avec photosensibilité, de lésions cutanées discoïdes, d'ulcérations buccales rapportées par la patiente, d'anticorps anti-SSA et d'une suspicion d'arthrite non érosive. Ce spécialiste avait introduit un traitement médicamenteux ;
- un rapport du 10 février 2014 de la Dresse T._____, gastroentérologue, à qui l'assurée avait été adressée en raison de constipation, de nausées, de douleurs du creux épigastrique et de

brûlures rétrosternales. A la suite d'une œsogastroduodéoscopie, la spécialiste concluait à l'absence de lésion endoscopique ;

- un rapport du 11 février 2014 du Dr V._____, spécialiste en pathologie, posant les diagnostics de légère gastrite chronique, ainsi que de légère inflammation chronique inactive de la jonction œsogastrique.

Dans un rapport du 31 mars 2014 faisant suite à un entretien avec l'assurée, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a qualifié son niveau de français de très faible et a indiqué qu'elle s'était montrée intéressée à suivre des cours.

Dans un rapport du 16 avril 2014 à l'OAI, le Dr B._____, qui suivait l'intéressée depuis septembre 2013, a posé le diagnostic de lupus érythémateux systémique existant depuis 2013. Il a expliqué que les certificats d'arrêts de travail étaient délivrés par le médecin traitant et qu'il n'y avait pas de réduction de la capacité de travail en ce qui concernait la peau.

A la demande d'Y._____, le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à une expertise rhumatologique de l'assurée. Il l'a examinée le 6 février 2014. Dans un rapport du 14 février 2014, il a posé les diagnostics de syndrome douloureux diffus chronique, de connectivite indifférenciée avec lupus érythémateux cutané et syndrome de Sjögren secondaire, d'hypertension, ainsi que d'obésité. Il a notamment fait l'appréciation suivante du cas :

« Du point de vue rhumatologique, le diagnostic de lupus érythémateux systémique est possible, au vu de plus de 4 critères selon l'American College of Rheumatology : éruption malaire, lupus discoïde, photo-sensibilité, anticorps anti-nucléaires élevés. Il n'y a pas, par contre, d'atteinte hématologique, neurologique, rénale, cardiologique et pas non plus de réelle polyarthrite. Les arthralgies sont un critère difficile à retenir dans le contexte d'un syndrome douloureux diffus. Au final je retiens plutôt un diagnostic de connectivite indifférenciée avec des éléments de lupus et de syndrome de Sjögren secondaire, évoluant depuis plus de 3 ans mais ne remplissant pas les critères de classification.

Quoiqu'il en soit, ce tableau n'a pas de caractère de gravité importante en lui-même. C'est bien le syndrome douloureux diffus, résistant aux traitements, sans réelle explication somatique, qui est au premier plan. Il est apparu dès 2008 et s'est progressivement et inexorablement étendu. On relève l'exacerbation dans un contexte d'activité professionnelle nécessitant le maintien de position et des efforts physiques répétés sur le tronc et les membres supérieurs. Le label de fibromyalgie qui a été évoqué depuis 2009 suggère l'existence de facteurs psychologiques dans la genèse du syndrome douloureux. On retrouve effectivement des antécédents de violence subies par l'assurée dans l'enfance et dans sa vie de jeune adulte avec une symptomatologie dépressive marquée. On relève encore des facteurs défavorables tels que des problèmes d'acculturation, avec une assurée qui parle très peu le français 3 ans après son arrivée en Suisse romande, où elle n'a que son compagnon et ses 2 jumelles alors qu'elle a dû abandonner ses 3 fils en [...]. »

Le Dr Q._____ a retenu qu'un travail contraignant était contre-indiqué, compte tenu des douleurs rachidiennes et articulaires résistant à tous les traitements. Une incapacité totale de travail était justifiée dans l'activité habituelle dès le 30 septembre 2013. Une activité adaptée, évitant des ports de charges au-delà de 5 kg, des mouvements en flexion-rotation du tronc et permettant l'alternance de positions, serait exigible à un taux de 100 %, avec une diminution de rendement de 50 %, au vu des douleurs résistant aux traitements. Le Dr Q._____ a indiqué qu'une évaluation psychiatrique devrait être effectuée pour préciser les diagnostics psychiatriques et juger de leur caractère incapacitant.

A la demande d'Y._____, la Dresse Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a réalisé une expertise psychiatrique de l'assurée. L'entretien du 28 avril 2014 a été effectué en présence d'une interprète. Dans un rapport du 7 mai 2014, la Dresse Z._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de tableau psychiatrique de syndrome douloureux somatoforme persistant, sous réserve des comorbidités somatiques (F45.4). Au titre de diagnostic sans effet sur ladite capacité, elle a retenu des antécédents de violences physiques infligées durant l'enfance et par le partenaire (Z61.6 et Z63.0). Elle a notamment indiqué ce qui suit :

« [...] A l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme orientée et collaborante, munie de bonnes capacités intellectuelles. Elle se trouve actuellement en situation de crise, puisqu'elle a été admise à MM._____ le 6 avril 2014. Malgré celle-ci, le status psychiatrique

est rassurant : hormis quelques éléments dépressifs mineurs, accompagnateurs du tableau douloureux chronique, il s'agit d'une femme de bonne constitution psychique, aux ressources efficaces et dont les caractéristiques de la personnalité lui permettent de [faire] face à ses difficultés. Il n'a pas été décelé chez elle de pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

En conséquence, dès que la situation de crise sera soulagée, c'est-à-dire à quelques semaines (de l'ordre du 1^{er} juillet 2014), l'expertisée aura les moyens psychiatriques d'exercer à plein temps toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Etant donné le diagnostic posé de syndrome douloureux chronique, il y a lieu de prendre en considération les critères jurisprudentiels de gravité, qui sont évalués comme suit : l'intéressée n'a pas de comorbidité psychiatrique, les symptômes actuels étant considérés comme ponctuels et à caractère réactionnel. Les affections corporelles chroniques sont énumérées dans le rapport d'expertise du Dr Q._____, dont les limitations fonctionnelles permettent l'exercice d'une activité adaptée. Le processus maladif englobe plusieurs atteintes à la santé, dont certaines devraient être soulagées par le traitement mis en place actuellement. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, mais des modifications des liens sociaux secondaires d'une part à l'établissement en Suisse en 2011, d'autre part à l'hébergement à MM._____ dès le 6 avril 2014. Le processus défectueux de résolution de conflit n'a pas été clairement établi, mais les séquelles de violence physique, assorties à l'exercice d'activités non qualifiées avec de lourds ports de charges chez une dame qui dit avoir suivi des études universitaires, pourraient réduire la confiance en soi et exacerber la sensibilité douloureuse. Les traitements conformes aux règles de l'art devraient en tout cas soulager la composante inflammatoire de la connectivité diagnostiquée. La coopération a été tout à fait bonne.

En conséquence, l'examen des critères de gravité permet d'attester que dès la stabilisation de la situation de crise actuelle, l'assurée aura les moyens psychiatriques d'exercer à plein temps toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. [...] »

S'agissant de la capacité de travail de l'expertisée, la Dre Z._____ a indiqué que selon le rapport d'expertise rhumatologique, l'activité habituelle n'était plus exigible. Elle a ajouté que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, l'assurée aurait une capacité de travail psychiatrique de 100 % dès le soulagement de la crise actuelle, estimé au 1^{er} juillet 2014. Le pronostic était bon.

Le 15 mai 2014, Y._____ a indiqué à l'assurée qu'il résultait de ses investigations d'ordre médical qu'elle était raisonnablement apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2014, avec une diminution de rendement de 50 %. L'assureur a informé que dès le 1^{er}

octobre 2014, il verserait ses prestations à raison de 50 % pour autant que l'incapacité de travail soit toujours justifiée médicalement.

Dans un avis médical du 13 août 2014, le Dr L._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a expliqué qu'il ne comprenait pas l'exigibilité médicale retenue par Y._____. En effet, selon les experts, au plan somatique, il n'y avait pas d'affection objectivement démontrée qui puisse expliquer les douleurs alléguées par l'expert comme étant incapacitantes. Au plan psychiatrique, il y avait un syndrome douloureux somatoforme jugé totalement incapacitant et qui devrait ne plus l'être lorsque la situation de crise serait résolue, soit au 1^{er} juillet 2014 selon la projection de la Dresse Z._____. Le Dr L._____ a conclu qu'en l'état du dossier, il ne pouvait rien affirmer quant à l'exigibilité, et seulement envisager une capacité de travail résiduelle de 50 % au moins.

En réponse aux questions de l'OAI, la Dresse A._____ a indiqué le 18 août 2014 que l'état général de sa patiente était fluctuant et qu'il n'y avait pas d'amélioration. Le status clinique actuel consistait en des douleurs au toucher de la colonne cervicale et de la peau en général, des vertiges provoqués par les mouvements, une tension artérielle normale à élevée par moments, ainsi qu'une limitation des mouvements des épaules par rapport aux douleurs. Au titre des limitations fonctionnelles, une activité nécessitant le lever de poids et un travail uniquement en position debout ou assise était à exclure. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis septembre 2013, et de 20 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2014.

Par avis médical du 23 janvier 2015, le Dr L._____ du SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique était nécessaire.

Le 2 février 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il allait mandater un centre d'expertises médicales afin d'effectuer un examen médical approfondi.

Dans un courrier du 25 juin 2015 à la Dresse A._____, le Dr J._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, a posé les diagnostics de lupus érythémateux systémique (atteinte cutanée, atteinte musculo-squelettique, phénomène de Raynaud, présence d'anticorps anti-SSA et anti-RNP, possible atteinte hépatique lupique), de syndrome de Sjögren secondaire (syndrome sec, tuméfaction des glandes salivaires), d'hypertension artérielle, ainsi que d'hypersensibilité à la Nivaquine et d'intolérance au Plaquénil et à l'azathioprine. Le traitement par azathioprine avait été remplacé par le Méthotrexate. En dehors de la fatigue induite par le nouveau traitement, mieux toléré, l'assurée expliquait avoir nettement moins de plaintes articulaires.

L'OAI a confié l'expertise médicale pluridisciplinaire au G._____. L'assurée a été examinée le 21 janvier 2016 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 26 janvier 2016 par le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, en présence d'un interprète. Dans leur rapport du 27 mai 2016, les experts ont posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de connectivite indifférenciée avec lupus érythémateux cutané depuis 2013. Quant aux diagnostics sans effet sur ladite capacité, ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dans le contexte d'une fibromyalgie, une cervicalgie commune depuis 2008, une hypertension artérielle depuis 2005, un syndrome de Sjögren avec syndrome sec depuis 2013, un état migraineux depuis l'âge de 15 ans, une obésité morbide depuis 2015, des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés durant l'enfance (Z61.6), ainsi que des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0). Les experts ont indiqué qu'il n'y avait aucune interaction entre les diagnostics ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée. Ils ont précisé que la gravité de l'atteinte à la santé était relative dans la mesure où il n'existait formellement aucune atteinte lupique d'organe cible comme le cœur, le rein, le foie, ou le système nerveux central. En outre, il n'y avait pas de limitation des amplitudes articulaires. Des doutes pouvaient être émis quant au diagnostic de lupus systémique, mais la

stratégie thérapeutique administrée restait dans les règles de l'art. Ils ont retenu que l'activité habituelle, physiquement contraignante, n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, soit évitant les ports de charge au-delà de 5 kg, les mouvements en flexion-rotation du tronc, tout en alternant les positions, la capacité de travail était complète, sans diminution de rendement.

Pour le surplus, les experts ont fait l'appréciation suivante du cas :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, Madame [...] souffre de migraines depuis l'âge de 15 ans qui ont peut-être présenté un paroxysme en 2008, mais dont les investigations récentes ont montré qu'elles sont aujourd'hui identiques aux initiales. Elles n'ont jamais induit d'absentéisme dans le passé, il n'y a donc pas d'incapacité de longue durée actuellement.

L'hypertension artérielle est équilibrée, la maladie de reflux et la colopathie fonctionnelle sont maîtrisées, le syndrome sec est parfaitement soulagé. Ces conditions morbides ne constituent pas non plus une justification pour une incapacité de longue durée.

Les autres conditions, celles qui seraient associées à une maladie lupique, sont discutées dans le paragraphe suivant.

Sur le plan rhumatologique, la présente expertise ne rapporte pas de nouveaux éléments, l'examen clinique, réalisé en absence de tout signe de non-organicité, ne retient qu'une obésité morbide, des douleurs à la palpation du squelette axial et des membres et la présence des 18 points douloureux décrits dans les critères ACR [American College of Rheumatology] de 1990 pour le diagnostic de la fibromyalgie. La présence concomitante de troubles du sommeil et de dysfonctions digestives (maladie de reflux et colopathie fonctionnelle) témoigne en faveur de ce diagnostic en tenant compte des critères ACR de 2010. Cette affection n'est retenue qu'en l'absence de toute autre condition morbide, le plus souvent un rhumatisme inflammatoire chronique ou une connectivité, quelle qu'en soit l'appellation. L'expert actuel n'est malheureusement pas en mesure de trancher pour sûr entre ces deux diagnostics, il fait siennes les objections du Dr Q._____, mais reconnaît que le Dr J._____ n'avait pas d'autre choix que de tenter un traitement d'épreuve. Aujourd'hui, cette tentative semble avoir été judicieuse, mais il est encore trop tôt pour en déduire une rémission clinique avérée. Le syndrome douloureux, marqueur de l'activité de la maladie et constituant une limitation fonctionnelle, est encore présent. La fatigue intense dont l'expertisée se plaint et un symptôme commun de la maladie lupique et la fibromyalgie, présente également elle justifierait aussi une limitation fonctionnelle au travail.

L'activité habituelle, même en cas de rémission clinique acquise de la maladie et disparition de ces deux limitations, est physiquement

astreignante et incompatible dans une telle condition. Une activité adaptée qui éviterait les ports de charges au-delà de 5 kg, les mouvements en flexion-rotation du tronc tout en alternant les positions serait exigible à temps et rendement plein.

Sur le plan psychique, spontanément l'expertisée mentionne des douleurs diffuses, mal systématisées, globales, de toutes les articulations.

L'anamnèse ne retrouve pas d'épisodes de thymie dépressive significative. Il n'y a pas eu de prescription d'antidépresseur.

L'anamnèse retrouve des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés durant l'enfance (Z61.6) et des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0). Il n'y a pas de sémiologie évoquant un état de stress post-traumatique.

L'anamnèse et l'examen clinique ne relèvent pas de trait de personnalité pathologique en nombre suffisant pour être significatif, il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

L'analyse des activités quotidiennes et sociales objective une expertisée autonome, hormis le problème linguistique.

Il y a de nombreux comportements douloureux observés, l'humeur est anxieuse (intensité moyenne) et déprimée (intensité faible), il n'y a pas de troubles cognitifs.

Il n'y a pas eu, il n'y a pas de traitement psychiatrique psychothérapeutique.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 2003.

L'expertisée se décrit comme douloureuse, fatiguée, triste et anxieuse en lien avec ses douleurs. Les fluctuations thymiques dépressives sont insuffisantes pour retenir un diagnostic spécifique à ce niveau.

Il existe un certain sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique dans un contexte de conflit émotionnel (elle doit assurer son identité sociale, sa subsistance et celle de sa famille).

En l'absence d'organisation pathologique de la personnalité, l'expertisée a une bonne perception de soi et des autres.

Elle a la capacité d'initier des actions, de les conduire à leur terme de façon cohérente et adaptée lorsqu'elle est motivée. C'est notamment le cas dans ses relations avec ses filles jumelles qui vivent avec elle.

Le rhumatologue retient la présence d'un syndrome fibromyalgique.

Ce diagnostic ne peut pas être retenu comme incapacitant, le rendement est complet.

La jurisprudence du Tribunal fédéral par arrêt du 03.06.2015 (9C_492/2014) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques nous amène à prendre en considération les éléments suivants. On retiendra que ce trouble n'est pas associé à un autre trouble psychiatrique sévère, il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. On ne trouve pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte de l'intégration sociale, pas d'échec des traitements ambulatoires. L'expertisée a vécu des manques et des agressions, elle a fait preuve de résilience. Elle a réussi à conserver et développer son rôle de mère de famille. Elle a réussi à migrer deux fois. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles. »

Dans un rapport du 20 juin 2016, le Dr N._____, médecin au SMR, a retenu comme atteinte principale à la santé une connectivité indifférenciée avec lupus érythémateux cutané depuis 2013. Au titre de diagnostics ne ressortant pas à l'AI, il a fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant dans le cadre d'une fibromyalgie, de cervicalgies communes, de syndrome de Sjögren, de migraines sans aura, d'hypertension artérielle, d'obésité, de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés durant l'enfance, ainsi que de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire. Le Dr N._____ a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 30 septembre 2013. Cette capacité était totale dans une activité adaptée dès cette date. Les limitations fonctionnelles étaient celles exposées par les experts du G._____. Il a expliqué que ces experts ne contestaient pas le diagnostic de connectivité indifférenciée, mais précisait que les douleurs musculo-squelettiques annoncées par l'assurée n'y étaient pas liées, mais qu'elles relevaient d'un trouble somatoforme, lequel ne s'accompagnait ni d'une comorbidité psychiatrique, ni d'une perte de ressources adaptatives, et ne revêtait donc pas de caractère incapacitant. Il a dès lors énoncé qu'une activité professionnelle légère aurait été possible déjà au moment de l'apparition des troubles.

Dans un rapport du 23 juin 2016, un spécialiste en réadaptation professionnelle de l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 51'791 fr. 40 en 2013, en se fondant sur les données statistiques de l'ESS. Il a fixé le revenu avec invalidité à 51'791 fr. 40 également, en expliquant que les limitations fonctionnelles retenues ne justifiaient pas de réduction supplémentaire. Il n'y avait donc aucun préjudice économique.

Par projet de décision du 3 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'un reclassement professionnel et d'une rente. Il a indiqué qu'une activité adaptée était pleinement exigible et que les revenus qu'elle pouvait réaliser dans une telle activité étaient au moins équivalents à ceux que lui procurait son ancien emploi. Elle ne subissait ainsi pas de préjudice.

Le 30 novembre 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision, soutenant que son état de santé s'était gravement détérioré depuis le dépôt de sa demande de prestations en janvier 2014. Le lupus érythémateux systémique dont elle souffrait pouvait connaître des évolutions importantes. Actuellement, elle avait besoin de l'aide d'un tiers pour se laver et s'habiller. Outre la sphère professionnelle, les sphères sociales, relationnelles et domestiques étaient affectées.

Dans un rapport du 9 décembre 2016 à l'OAI, la Dresse A._____ a posé les diagnostics de lupus érythémateux systémique (atteinte cutanée, atteinte musculo-squelettique, phénomène de Raynaud, présence d'anticorps anti-SSA et anti-RNP, possible atteinte hépatique lupique), de syndrome de Sjögren secondaire (syndrome sec, tuméfaction des glandes salivaires), d'hypertension artérielle, de dépression réactive, de douleurs polyarticulaires d'allure mixte sur probable lupus érythémateux disséminé en septembre 2014, de status post-cholécystectomie en 2006, de kyste arachnoïdien d'une taille inchangée selon une IRM cérébrale du 17 juin 2013, de nodule de la glande thyroïdienne à gauche existant depuis février 2013, ainsi que de syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur discopathie C5-C6 depuis septembre 2014. La Dresse A._____ a ajouté que les symptômes du lupus érythémateux disséminé s'étaient montrés davantage depuis 2014. Sa patiente était dans l'incapacité de travailler à 100 %. Le ménage de cette dernière était effectué par ses filles. Malgré son traitement, elle souffrait énormément de douleurs articulaires. Il semblait nécessaire de réévaluer le droit de l'intéressée à une rente. Etaient notamment joints les documents suivants :

- un rapport du 18 septembre 2014 du Dr W._____, rhumatologue, concluant à des douleurs poly- et périarticulaires touchant essentiellement les IPP (interphalangiennes proximales) et IPD (interphalangiennes distales), ainsi que les épaules et les poignets, dont l'origine restait peu claire, le diagnostic différentiel se posait au vu du laboratoire par un lupus érythémateux disséminé avec

atteinte articulaire sous forme d'arthralgies et cutanées, un MCTD (Mixed connective tissue disease, connectivite mixte). Il n'y avait que peu de signe parlant en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait cependant pour une diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec syndrome polyinsertionnel multiple primaire voire secondaire. Les cervicalgies et douleurs occipitales étaient probablement imputables à une cervicarthrose sous-jacente ;

- un rapport du 30 septembre 2014 du Dr F._____, spécialiste en angiologie, concluant à une capillaroscopie normale et à une absence d'artériopathie occlusive digitale ;
- un rapport du 5 novembre 2014 de la Dresse RR._____, radiologue, consécutif à un CT-scan cérébral avec angio-CT veineux, concluant à un kyste arachnoïdien cérébelleux gauche avec hypoplasie du sinus transverse gauche, cependant sans thrombose associée ;
- un rapport du 11 février 2015 du Dr K._____, radiologue, indiquant une densité osseuse dans les limites de la norme au niveau de la colonne lombaire et de la hanche gauche ;
- un courrier du 28 mars 2015 adressé par le Dr J._____ au Dr W._____, expliquant initier un traitement par Imurek (azathioprine) au vu des très importantes plaintes articulaires et cutanées ;
- un courrier du 13 août 2015 du Dr X._____, spécialiste en ophtalmochirurgie, à la Dresse A._____, exposant que la patiente présentait un déficit campimétrique de l'œil gauche qui semblait concomitante avec la prise de corticoïde et pourrait être en rapport avec une myopie indicielle, liée à un début de phacosclérose, mais que l'on ne pouvait toutefois exclure d'autres pathologies ;

- un rapport du 20 août 2015 du Dr PP._____, radiologue, consécutif à une IRM cérébrale, concluant à un examen pratiquement dans les normes et à la persistance d'un kyste arachnoïdien de la fosse postérieure inchangée par rapport à 2009 ;
- un courrier du 4 novembre 2015 du Dr X._____ à la Dresse A._____, expliquant notamment que le déficit campimétrique de l'œil gauche s'était accentué et qu'il avait prescrit une IRM des voies optiques et cérébrale ;
- un courrier du 16 février 2016 du Dr J._____ à la Dresse A._____, exposant que les traitements par azathioprine, puis par Méthotrexate, n'avaient pas été tolérés, et que la patiente suivait actuellement un traitement de Cellcept qui semblait lui convenir. Elle s'était plainte d'un syndrome douloureux diffus. Un suivi par le Dr LL._____, psychiatre, avait été initié. Au niveau immunologique, la situation semblait être satisfaisante ;
- un courrier du 2 juin 2016 du Dr J._____ à la Dresse A._____, indiquant qu'au cours de ces dernières semaines, et en grande partie depuis l'introduction d'un traitement anti-dépresseur par le Dr LL._____, l'évolution de la patiente était favorable. Cette dernière n'avait pas observé de récurrence des lésions cutanées liées à sa maladie auto-immune et ne signalait pratiquement pas de douleurs musculo-squelettiques, malgré la baisse de corticostéroïdes. Les examens sanguins étaient également rassurants avec l'absence de syndrome inflammatoire. La plainte principale était la présence d'œdèmes. La maladie auto-immune était bien contrôlée ;
- un rapport du 21 juillet 2016 du Dr ZZ._____, cardiologue, posant les diagnostics de douleurs thoraciques de présentation atypique sans élément parlant pour une cardiopathie sous-jacente, d'hypertension artérielle sans remaniement cardiaque décelable à l'échocardiographie, d'échocardiographie transthoracique dans les limites de la norme, de lupus érythémateux systémique (atteinte

cutanée, musculo-squelettique, phénomène de Reynaud), de syndrome de Sjögren secondaire avec syndrome sec et tuméfaction des glandes salivaires. Le spécialiste indiquait que la patiente ne présentait aucun élément parlant pour une cardiopathie sous-jacente. L'origine des douleurs était très vraisemblablement musculo-squelettique. Concernant l'hypertension artérielle, l'échocardiographie transthoracique restait plus que rassurante et parlait pour une excellente prise en charge sous le traitement actuel ;

- un courrier du 22 novembre 2016 du Dr X._____ à la Dresse A._____, indiquant que les résultats de l'IRM cérébrale étaient rassurants.

Par décision du 19 décembre 2016, l'OAI a confirmé le refus d'un reclassement professionnel et d'une rente, au motif que l'assurée ne subissait pas de préjudice, car une activité adaptée lui permettant de réaliser des revenus au moins équivalents à ceux que lui procurait son ancien emploi était exigible. Dans un courrier du même jour adressé au Centre social protestant, représentant désormais l'intéressée, l'OAI a expliqué que suite à une expertise pluridisciplinaire, il avait reconnu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport du 9 décembre 2016 de la Dresse A._____ ne rendait pas plausible une modification de sa position.

Le 23 décembre 2016, la Dresse A._____ a indiqué à l'OAI que la décision précitée n'était pas fondée sur les faits actuels, car il n'avait pas revu la patiente, qui était vraiment très malade.

B. Par acte du 1^{er} février 2017, H._____, toujours représentée par le Centre social protestant, recourt contre la décision du 19 décembre 2016, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 18 septembre 2014, subsidiairement à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir de cette même date. Elle soutient que dans son rapport d'expertise du 27 mai

2016, le Dr R._____ du G._____ a indiqué ne pas être en mesure de trancher entre les deux diagnostics de lupus systémique et de fibromyalgie. Il a préféré pencher pour la fibromyalgie, sans en expliquer les raisons, alors que les Drs A._____, B._____ et J._____ ont diagnostiqué un lupus systémique. En conséquence, elle fait valoir que ce sont les conclusions du rapport du Dr Q._____, soit une diminution de rendement général d'au moins 50 %, qui doivent être suivies. La recourante relève encore que selon le rapport d'expertise du G._____, le taux minimal de deux heures par jour et quatre jours par semaine était exigible, ce qui correspond à un taux d'activité inférieur à 50 %. Par ailleurs, elle traverse actuellement un épisode de douleurs aiguës qui l'obligent à recourir à l'aide d'une tierce personne pour s'habiller et se laver. Elle soutient que son incapacité de gain est en ce moment totale. Sont joints des documents d'information relatifs au lupus érythémateux systémique.

Par décision du 14 février 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 1^{er} février 2017.

Dans sa réponse du 16 mars 2017, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il affirme que l'intéressée n'a pas amené d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés par les experts du G._____ ou qui seraient survenus depuis la rédaction de leur rapport d'expertise.

Par réplique du 24 avril 2017, la recourante répète que le diagnostic de lupus érythémateux systémique est établi. Les conclusions de l'expert, lequel admet lui-même avoir des doutes, sont en contradiction avec les autres rapports médicaux et l'évolution de la maladie. Etait joint un rapport du 9 avril 2017 du Dr J._____, posant les mêmes diagnostics que ceux figurant dans son courrier du 25 juin 2015 et ceux de syndrome anxio-dépressif réactionnel et d'hypersensibilité au Méthotrexate. Le spécialiste ajoute qu'au cours de ces derniers mois, et surtout depuis la fin

du mois de décembre 2016, il a observé une récurrence de l'activité de la maladie, qui se caractérisait par un érythème de la face et des lésions d'alopecia areata du scalp. Ceci s'explique probablement par le sevrage complet de la Prednisone début novembre 2016. La patiente signale toujours des douleurs musculo-squelettiques diffuses. En mars 2017, elle a présenté une nouvelle poussée de lupus. Elle a développé, entre autres, des douleurs thoraciques extrêmes qui ont nécessité une prise en charge hospitalière. Pour l'instant, au vu de l'absence d'atteinte d'organe et d'un bilan sanguin plutôt rassurant, il estimait qu'il n'y avait pas suffisamment d'argument pour que le Rituximab soit administré.

Par duplique du 15 juin 2017, l'intimé relève que les événements décrits par le Dr J._____ sont survenus postérieurement à la décision attaquée et n'ont pas à être pris en compte dans le cadre du recours. Se fondant sur un avis médical du 31 mai 2017 du Dr N._____ du SMR, produit en annexe, l'intimé maintient que le rapport du G._____ ne doit pas être écarté. Dans cet avis, le Dr N._____ explique que les experts du G._____ n'ont pas contesté la notion de connectivité indifférenciée, mais en ont nié le caractère incapacitant dans une activité adaptée en l'absence d'atteinte lupique d'organe cible comme le cœur et les vaisseaux. S'agissant des atteintes articulaires périphériques, les différents rhumatologues n'ont jamais mis en évidence de synovite. Il n'y a aucun argument clinique en faveur d'une lésion articulaire fonctionnellement compromettante objectivable liée à la maladie immunologique elle-même. Le rapport du 2 juin 2016 du Dr J._____ confirme l'absence de synovite et la maîtrise du syndrome inflammatoire par le traitement en cours. Selon le Dr N._____, la maladie auto-immune étant elle-même sous contrôle, il est cohérent d'admettre que la permanence des plaintes douloureuses articulaires et des empêchements fonctionnels ne pouvait être imputés à cette affection-là, mais à un trouble douloureux chronique de type fibromyalgique. Ainsi, les pièces médicales au dossier confirment l'existence d'un lupus érythémateux disséminé n'ayant, hormis l'atteinte dermatologique, entraîné aucune atteinte fonctionnelle des organes cibles principaux. Le Dr N._____ retient que ses conclusions sont les mêmes que celles de l'expertise du G._____ et

qu'il n'y a aucun argument médical objectif qui inciterait à contester la décision litigieuse.

Le 10 juillet 2017, la recourante produit une copie du contrat signé avec le SS._____, en indiquant que l'amie qui l'aidait jusqu'à présent ne pouvait plus le faire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'OAI a refusé à la recourante le droit à une rente et à un reclassement professionnel. L'intéressée n'a pas remis en question le refus d'une mesure de reclassement et a uniquement conclu à l'octroi d'une rente. Le présent litige porte donc sur le droit de la recourante à une rente AI, singulièrement sur l'estimation de sa capacité de travail.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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 (art. 16 LPGA).

4. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment 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 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 objectivé 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 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).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le

niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

6. En l'espèce, la recourante, se référant notamment aux rapports de la Dresse A._____, soutient qu'elle est incapable de travailler en raison d'un lupus systémique. Elle fait valoir qu'elle traverse actuellement un épisode de douleurs aiguës, lesquelles l'obligent à recourir à l'aide d'une tierce personne pour certains actes de la vie

quotidienne. L'intimé, se fondant en particulier sur le rapport d'expertise du 27 mai 2016 du G._____, retient que l'intéressée n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle depuis le 30 septembre 2013, mais qu'elle dispose, dès sa date, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

a) Sur le plan somatique, les experts du G._____ ont tout d'abord retenu les diagnostics de cervicalgie commune, d'hypertension artérielle, de syndrome de Sjögren avec syndrome sec, d'état migraineux, ainsi que d'obésité morbide (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2016 du G._____, p. 26). S'agissant des migraines, ils ont expliqué que la recourante souffrait de cette affection depuis l'âge de 15 ans. Les migraines avaient peut-être présenté un paroxysme en 2008, mais celles dont souffrait actuellement l'assurée étaient identiques aux initiales. Elles n'avaient jamais induit d'absentéisme dans le passé, de sorte qu'il n'y avait pas d'incapacité de longue durée actuellement du fait de cette atteinte. Les experts ont ajouté que l'hypertension artérielle était quant à elle équilibrée. La maladie de reflux et la colopathie fonctionnelle étaient maîtrisées, et le syndrome sec parfaitement soulagé. En conséquence, selon les experts, ces conditions morbides ne justifiaient pas une incapacité de longue durée.

Par ailleurs, les experts ont retenu, en tant que diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, une connectivite indifférenciée avec lupus érythémateux cutané (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2016 du G._____, p. 26). Ils ont précisé que la gravité était relative dans la mesure où il n'existait formellement aucune atteinte lupique d'organe cible comme le cœur, le rein, le foie, ou le système nerveux central. En outre, il n'y avait pas de limitation des amplitudes articulaires (cf. rapport précité, p. 25). Ils ont estimé que l'activité habituelle, physiquement astreignante, était incompatible avec l'état de santé de l'assurée. Toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail serait exigible à temps et rendement plein.

Le rapport d'expertise du G._____, faisant suite à l'examen clinique de l'intéressée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les experts ont notamment tenu compte de l'appréciation des Drs Q.____ et J.____. De plus, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. La description du contexte médical est claire. Les experts ont expliqué les différents éléments les ayant amenés à leurs conclusions, qui sont bien motivées. Contrairement à ce que soutient la recourante, les experts n'ont pas écarté le diagnostic de connectivité indifférenciée avec lupus érythémateux cutané, mais en ont nié le caractère incapacitant, en expliquant les raisons pour lesquelles ils aboutissaient à ce constat. Cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr N._____ du SMR, dans son rapport du 20 juin 2016 et son avis médical du 31 mai 2017. Dans ce dernier, le Dr N._____ a notamment expliqué que, s'agissant des atteintes articulaires périphériques, les différents rapports figurant au dossier n'avaient pas mis en évidence de synovite. Il n'y avait donc aucun argument clinique en faveur d'une lésion articulaire fonctionnellement compromettante objectivable liée à la maladie immunologique elle-même. La maladie auto-immune étant sous contrôle, selon le rapport du 2 juin 2016 du Dr J._____, il était cohérent d'admettre que la permanence des plaintes douloureuses articulaires et les empêchements fonctionnels ne pouvaient pas être imputés à cette affection.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du G._____. En particulier, le rapport d'expertise du 14 février 2014 du Dr Q._____ est plus ancien. Par ailleurs, sur le plan somatique, ce spécialiste a posé les diagnostics de connectivité indifférenciée avec lupus érythémateux cutané et syndrome de Sjögren secondaire, en indiquant que le tableau présenté par l'assurée n'avait pas de caractère de gravité importante en lui-même, tout comme les experts du G._____. Il a conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée à un taux de 100 %. Cependant, il a fait état d'une diminution de rendement de 50 %, en expliquant que c'était le syndrome douloureux diffus, sans réelle explication somatique, qui était

au premier plan. Selon le Dr Q._____, c'est donc ce syndrome qui justifie une diminution de rendement. Toutefois, le syndrome douloureux a été considéré comme non incapacitant par tous les autres médecins (cf. consid. 6b infra).

Quant au Dr B._____, il a indiqué que la recourante ne subissait aucune réduction de la capacité de travail en ce qui concernait la peau (cf. rapport du 16 avril 2014).

Le Dr J._____, quant à lui, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée. Dans son courrier du 2 juin 2016, il a indiqué que l'évolution était favorable. En particulier, la patiente ne signalait pratiquement pas de douleurs musculo-squelettiques. Les examens sanguins étaient également rassurants, avec l'absence de syndrome inflammatoire. Le Dr J._____ a conclu que la maladie auto-immune était bien contrôlée. Toutefois, dans son rapport du 9 avril 2017, produit par la recourante avec sa réplique, ce spécialiste a fait état d'une récurrence de la maladie dès la fin du mois de décembre 2016. Il n'y a cependant pas lieu d'en tenir compte dans le présent litige. En effet, 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 (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012). En l'occurrence, la récurrence décrite par le Dr J._____ et dont se prévaut l'intéressée dans son recours a eu lieu postérieurement à la décision attaquée, laquelle date du 19 décembre 2016. La recourante pourra quoi qu'il en soit déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé et se prévaloir dans ce cadre du rapport du 9 avril 2017 du Dr J._____. Il en va de même pour le contrat qu'elle a conclu avec le SS._____ dans le courant de l'année 2017.

La Dresse A._____ a, quant à elle, attesté une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2014 (cf.

rapport du 18 août 2014), puis, par la suite, une incapacité totale (cf. rapport du 9 décembre 2016). Cependant, elle n'est pas spécialiste, et est au demeurant le médecin traitant de la recourante, dont les constatations doivent de ce fait être admises avec réserve (cf. consid. 5b supra).

Les autres éléments figurant au dossier ne sont pas non plus de nature à remettre en question les conclusions du rapport d'expertise du G._____. En particulier, le rapport du 21 juillet 2016 du Dr ZZ._____, exposant qu'il n'y avait aucun élément parlant pour une cardiopathie et soulignant l'excellente prise en charge de l'hypertension artérielle, confirme les constatations des experts du G._____. De plus, selon le courrier du 22 novembre 2016 du Dr X._____, les résultats de l'IRM cérébrale sont rassurants. Quant au kyste arachnoïdien, il n'a jamais été considéré comme incapacitant et, au demeurant, reste inchangé (cf. rapport du 27 février 2014 de la Dresse A._____, rapport du 20 août 2015 du Dr PP._____).

Sur le plan somatique, il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du G._____, selon lesquelles l'assurée dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Contrairement à ce que soutient l'intéressée dans son recours, les experts n'ont pas retenu une activité exigible correspondant à un taux d'activité inférieur à 50 %. En effet, c'est en réponse à une question concernant d'éventuelles mesures de réadaptation que les experts ont énoncé que le taux *minimal* de deux heures par jour, quatre jours par semaine, était exigible et l'avait toujours été. Il ne s'agit pas de leur conclusion quant à la capacité de travail de la recourante.

b) Au plan psychiatrique, les experts du G._____ n'ont posé aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Ils ont exposé les raisons pour lesquelles ils retenaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dans le contexte d'une fibromyalgie, en indiquant notamment que la recourante mentionnait des douleurs diffuses, mal systématisées, globales, de toutes les articulations. Ils ont dès lors procédé à l'évaluation de la capacité de travail de l'expertisée selon les

indicateurs décrits par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes. En particulier, ils ont relevé que le trouble n'était pas associé à un autre trouble psychiatrique sévère et qu'il n'y avait pas d'organisation pathologique de la personnalité. Il n'y avait pas non plus d'échec des traitements ambulatoires. En outre, l'expertisée disposait de ressources personnelles, ayant notamment réussi à émigrer à deux reprises, ainsi qu'à conserver et développer son rôle de mère de famille. Les experts ont dès lors conclu que le trouble somatoforme ne pouvait être retenu comme incapacitant. Il en allait de même des autres diagnostics posés, soit ceux de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés durant l'enfance (Z61.6) et de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0) (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2016 du G._____, p. 24).

Sur le plan psychique également, l'expertise du G._____ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en considération les plaintes de la recourante. En outre, l'appréciation des experts est claire et leurs conclusions sont bien motivées. L'expertise dispose ainsi d'une pleine valeur probante. Ces conclusions rejoignent d'ailleurs celles du rapport du 7 mai 2014 de la Dresse Z._____. Cette spécialiste a également retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant - sous réserve des comorbidités somatiques - (F45.4) et conclu, après avoir examiné les indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral, que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale au plan psychiatrique. Elle a toutefois fixé cette dernière à compter du 1^{er} juillet 2014, dès la stabilisation de la situation de crise que vivait l'intéressée, laquelle avait été admise au MM._____. Ceci ne change cependant en rien l'issue du litige, dès lors que pour se voir octroyer une rente, l'assurée doit notamment avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant une année (cf. consid. 3 supra). En l'occurrence, même en retenant une incapacité totale jusqu'au 1^{er} juillet 2014, la durée minimale requise d'une année ne serait pas atteinte. Au surplus, la Dresse Z._____ a aussi relevé que les diagnostics d'antécédents de violences physiques infligées durant l'enfance (Z61.6) et par le partenaire (Z63.0) n'avaient pas d'influence sur la capacité de

travail. Par ailleurs, dans son rapport du 20 juin 2016, le Dr N._____ a fait siennes les conclusions des experts du G._____.

Les autres documents médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du G._____. Le seul fait qu'un suivi par un psychiatre a été initié au début de l'année 2016, avec la prescription d'un traitement antidépresseur, selon les courriers des 16 février et 2 juin 2016 du Dr J._____, n'est pas suffisant. En effet, dans son avis médical du 31 mai 2017, le Dr N._____ a indiqué qu'après avoir examiné les pièces médicales du dossier, il parvenait aux mêmes conclusions que celles exposées par les experts du G._____. La recourante n'a d'ailleurs pas mentionné ce suivi lors de ses entretiens avec ces experts, qui ont eu lieu à la fin du mois de janvier 2016. Elle n'a au demeurant produit aucun rapport de son psychiatre traitant.

Ainsi, il convient de se rallier aux conclusions des experts du G._____ quant à la pleine capacité de travail de l'intéressée sur le plan psychiatrique.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que si la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'ouvrière, sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles reste entière.

7. Cela étant, il convient encore d'examiner le calcul du préjudice économique subi par l'intéressée.

a) Afin de déterminer si la recourante subit une invalidité, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle. 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 du 12

mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). S'agissant du revenu d'invalidé, en l'absence d'activité effectivement exercée par l'assurée dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de se reporter à l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 76 consid. 3a/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2).

b) En l'occurrence, dans la décision litigieuse, l'intimé ne fournit pas de calcul quant à la comparaison des revenus. Il s'est toutefois fondé sur un rapport du 23 juin 2016 de l'un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle.

Contrairement à ce qui a été fixé dans ce rapport, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est 2014, à l'issue du délai d'attente d'un an dès le 30 septembre 2013, correspondant à la date où l'incapacité de travail dans l'activité habituelle a été constatée.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'ancien employeur de la recourante a indiqué que dès le 1^{er} janvier 2014, le salaire annuel de cette dernière était de 36'103 fr. (rapport du 14 février 2014). Le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI n'a toutefois pas retenu ce chiffre, expliquant qu'il s'agissait là d'un premier emploi pour l'intéressée, qui venait d'arriver en Suisse, et qu'elle avait visiblement subi un désavantage salarial au vu de son permis. Il s'est dès lors référé à l'ESS. Le salaire mensuel retenu par l'ESS 2014 pour les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élève à 4'300 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2014, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises

en 2014, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu sans invalidité, sur la base de l'ESS, s'élève ainsi à 4'482 fr. 75 par mois (4'300 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 53'793 fr. par année.

Quant au revenu d'invalidé, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle reconnue en Suisse, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. En l'occurrence, l'on aboutit donc également au montant susmentionné de 53'793 fr. de revenu annuel. Dans son rapport, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI n'a pas opéré d'abattement sur ce revenu, estimant que les limitations fonctionnelles de l'assurée ne justifiaient pas de réduction supplémentaire.

Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus que la recourante ne présente aucune incapacité de gain, ceci que l'on se fonde sur le revenu sans invalidité fixé selon les indications de l'ancien employeur ou selon l'ESS. Dès lors, elle ne peut se voir octroyer une rente. Il y a lieu de relever que même avec un abattement sur le revenu d'invalidé - dont le maximum autorisé par la jurisprudence est de 25 %, étant précisé qu'un tel taux ne doit pas être retenu ici, au vu des limitations fonctionnelles de l'intéressée - le taux d'invalidité aurait été inférieur au minimum requis pour bénéficier d'une rente (cf. consid. 3 supra).

8. a) En définitive, l'intimé était fondé à retenir, dans la décision litigieuse, que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'elle ne subit aucun préjudice économique, de sorte que l'octroi d'une rente est exclu. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis

LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGa). L'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 19 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

- IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

- V. 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 :

- Centre social protestant (pour H. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :