

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 décembre 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

F. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 LAI**

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

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille en qualité d'aide-infirmière qualifiée pour le compte de l'EMS (établissement médico-social) de [...] à [...] depuis le 1<sup>er</sup> août 1991 à un taux de 100 %, puis à un taux de 90 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Souffrant de multiples pathologies sur le plan somatique depuis plusieurs années, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 12 mars 2015.

Le 24 août 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a adressé son rapport au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), aux termes duquel il a notamment retenu ce qui suit :

Madame F.\_\_\_\_\_ a souffert d'une sarcoïdose pulmonaire diagnostiquée en 1997, puis guérie (voir rapport de M. le Dr V.\_\_\_\_\_, ancien médecin traitant de Madame F.\_\_\_\_\_, en date du 12.12.2012). Une corticothérapie au long cours a été décidée dans le traitement de cette sarcoïdose, compliquée d'une insuffisance surrénalienne chronique, raison pour laquelle la corticothérapie est toujours en cours.

Le Docteur V.\_\_\_\_\_ avait demandé au Docteur L.\_\_\_\_\_ son avis (voir rapport joint) : ce dernier avait conclu au diagnostic de « syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur », autrement dit une fibromyalgie. Comme vous le constaterez dans son rapport, le Docteur L.\_\_\_\_\_ était sûr de son diagnostic et préconisait de ne pas aller plus avant dans les explorations paracliniques. Ce diagnostic paraît de plus conforté par la normalité de l'IRM lombaire pratiquée en octobre 2014 (rapport joint). Enfin, l'apparition du tableau de poly-insertionite postérieurement aux deux maladies chroniques (sarcoïdose et Basedow), le tout sur un terrain anxieux, va aussi dans le sens d'une fibromyalgie.

Pour étoffer et éclaircir le dossier, voici la liste des comorbidités actives et passives de la patiente.

### **COMORBIDITES :**

- S/P sarcoïdose diagnostiquée en 1997, initialement traitée par AINS en raison d'un refus de la corticothérapie par la patiente, puis corticothérapie au long cours

- Insuffisance surrénalienne iatrogène secondaire à la corticothérapie au long cours
  - S/P maladie de Basedow traitée médicalement puis par thyroïdectomie totale en juin 2009
  - S/P pyélonéphrite en 2010 (hospitalisation)
  - S/P kyste ovarien compliqué de péritonite, opéré en octobre 2010
  - S/P 2 césariennes
  - Suspicion d'adhérences pelviennes post-infectieuses, écartées par une coelioscopie diagnostique normale le 22.06.2015 (Dr M.\_\_\_\_\_)
  - S/P infection à Clostridium perfringens en octobre 2010 (iatrogène : porte d'entrée par la voie veineuse) : traitement par Vancomycine pendant 15 jours
  - Intolérance au lactose
  - Côlon irritable
  - Polyinsertionite avec forte suspicion clinique de fibromyalgie (consilium Dr L.\_\_\_\_\_ le 24.09.2012)
- (...)

#### DISCUSSION :

Le consilium du Docteur L.\_\_\_\_\_ remonte à 3 ans : un nouvel avis rhumatologique pourrait être demandé si vous le jugez utile.

Concernant l'antécédent de sarcoïdose, un autre avis pourrait être demandé (pourquoi pas au [...], en service de médecine interne?)

En annexe à son rapport, le Dr [...] a transmis à l'OAI divers documents dont un rapport du 24 septembre 2012 adressé au Dr V.\_\_\_\_\_, ancien médecin traitant de l'assurée, aux termes duquel le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, retenait que les douleurs cervico-brachiales et polyarticulaires fluctuantes et migrantes d'allure mécanique de l'assurée étaient probablement imputables à un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il a préconisé une prise en charge en balnéothérapie et précisé qu'il était à disposition pour revoir l'assurée en fonction de l'évolution de la situation.

Dans un rapport du 18 avril 2016 adressé à l'OAI, le Dr Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a indiqué que l'état de santé de l'assurée était marqué par des douleurs fibromyalgiques avec pour conséquence des douleurs articulaires diffuses et une limitation de la résistance physique, raison pour laquelle la capacité de travail était limitée à 50 % dans l'activité habituelle sur un poste à 90 %.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a également fait verser à la cause le dossier constitué par C.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie de l'assurée.

Fort des documents médicaux recueillis, l'OAI a demandé l'avis du SMR et dans un avis du 10 novembre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, tout en relevant ce qui suit :

(...)

L'assurée est suivie par le Dr K.\_\_\_\_\_ pour des problèmes somatiques multiples, traités et connus de longue date. Toutes les pièces médicales (dont un courrier du Dr L.\_\_\_\_\_, rhumatologue, du 24 septembre 2012 et un compte rendu d'hospitalisation daté du 29 janvier 2015 de l'hôpital de [...]), retiennent un problème de polyinsertionite/fibromyalgie.

Une IT [incapacité de travail] de 50 % est annoncée dès le 23 septembre 2014.

**Problèmes :**

- Fibromyalgie et côlon irritable
- Sarcoïdose traitée
- Status post thyroïdectomie en 2009 dans un contexte de Basedow
- Insuffisance surrénalienne substituée
- Migraines traitées

Dans un rapport du 20 décembre 2016 adressé à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) et de traits de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.9). Il a avancé un pronostic réservé avec un suivi psychothérapique hebdomadaire.

Par communication du 7 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire contenant des volets de médecine interne générale, de psychiatrie et de rhumatologie.

L'OAI a confié la réalisation de cette expertise au G.\_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : G.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 8 août 2018 relatif à l'évaluation consensuelle, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics d'hypothyroïdie substituée, de syndrome du côlon irritable, de céphalées de tension chronique, de rachialgies cervicales et lombaires, de suspicion de syndrome patellaire bilatéral et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ces médecins ont retenu que l'assurée présentait une capacité de travail entière tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée et qu'elle ne présentait pas de limitation fonctionnelle. Les médecins précités ont encore formulé les considérations suivantes :

(...)

Madame F.\_\_\_\_\_ est incapable de travail à 50 % en tant qu'aide infirmière depuis septembre 2014. En avril 2016 un diagnostic de douleurs fibromyalgiques est évoqué.

Actuellement l'expertisée souffre de douleurs diffuses, permanentes, gênant le sommeil, nécessitant des temps de repos au cours de la journée, traitées par morphiniques au long cours.

L'examen clinique met en évidence des douleurs rachidiennes, rétropatellaires, il n'existe pas de déficit neurologique, la recherche des signes de fibromyalgie est positive selon les critères ACR [American college of rheumatology] 2010.

(...)

A la suite du rapport d'expertise du G.\_\_\_\_\_, l'OAI a demandé l'avis du SMR et dans un avis du 31 août 2018, le Dr R.\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport d'expertise du 8 août 2018 reposait sur un examen clinique complet intégrant les résultats des examens complémentaires et comptes rendus des consultations spécialisées au dossier. Il a ainsi retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail était entière.

Par projet de décision du 4 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations de l'assurée, considérant que cette dernière ne présentait pas d'atteinte invalidante, sa capacité de travail étant totale dans toute activité.

Par courrier du 18 septembre 2018, l'assurée a fait part à l'OAI de son désaccord quant au projet de décision précité, estimant présenter des douleurs incapacitantes.

Le 29 octobre 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport d'IRM cervicale du 25 octobre 2018, dont il ressort notamment ce qui suit :

CONCLUSION :

Dégénérescence discovertébrale C5-C6 avec pincement discal et surtout, des modifications œdémateuses dans l'os spongieux sous-cortical adjacent, traduisant ainsi une Modic I [dégénérescence discovertébrale avec pincement discal marqué et modifications œdémateuses au niveau des plateaux vertébraux adjacents], et protrusions discales circonférentielles en partie ostéophytaires, légèrement plus marquées du côté droit.

Elles sont associées à une uncarthrose avec, comme conséquence, un rétrécissement des trous de conjugaisons des deux côtés, qui peuvent être en relation avec un conflit mécanique avec les racines C6 droite et gauche.

A la suite de ce rapport d'IRM, l'OAI a demandé l'avis du SMR et dans un avis du 13 novembre 2018, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu que les troubles objectivés par l'IRM étaient similaires à ceux pris en considération par les experts. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a dès lors maintenu sa position quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée.

Par décision du 30 novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

**B.** Par acte du 10 janvier 2019, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de l'OAI. Dans sa motivation, elle expliquait ne pas pouvoir travailler à plein temps, contrairement à ce que prétendait l'OAI.

Par courrier du 29 janvier 2019, l'OAI a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'écriture précitée comme objet de sa compétence.

Par courrier du 8 février 2019, l'assurée a complété son recours, en précisant que les séquelles de « son vécu médico-chirurgical » étaient invalidantes et ne lui permettaient pas de travailler à plein temps.

Par réponse du 4 mars 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en renvoyant à l'analyse réalisée par le SMR des pièces médicales au dossier de l'assurée.

Par réplique du 16 mai 2019, l'assurée a relevé que le dossier de l'OAI contenait des inexactitudes et des contradictions, tout comme l'expertise réalisée par le G.\_\_\_\_\_.

Par duplique du 7 juin 2019, l'OAI a à nouveau proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours contre la décision litigieuse du 30 novembre 2018 a été adressé le 10 janvier 2019 à l'intimé, qui l'a transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence, conformément à l'art. 30 LPGA. Ce recours a donc été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**c)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure

administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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.

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

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** 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 (ATF 141 V 281

consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a étendue à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**b)** 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**6.** Dans sa décision du 30 novembre 2018, l'intimé se fonde sur le rapport d'expertise du G.\_\_\_\_\_ du 8 août 2018 pour retenir que la recourante ne présente pas d'atteinte invalidante et que sa capacité de travail est entière dans toute activité. En revanche, la recourante soutient qu'elle ne peut pas travailler à plein temps et réfute les conclusions des experts du G.\_\_\_\_\_, qu'elle considère inexacts et contradictoires.

**a)** A l'instar de la recourante, la Cour de céans ne peut pas se rallier à la position de l'OAI. L'expertise du [...] soulève en effet de nombreuses interrogations.

**aa)** S'agissant du volet rhumatologique, on constate que la réalisation de l'expertise a été confiée à un spécialiste en médecine physique et réadaptation, et non à un spécialiste en rhumatologie, ce qui

va à l'encontre des instructions données par l'office intimé et par le Dr R.\_\_\_\_\_ (cf. avis SMR du 10 novembre 2016). La fibromyalgie étant une pathologie rhumatismale, l'examen de ce volet incombe - à tout le moins - à un rhumatologue, ne serait-ce que pour confirmer ou infirmer l'existence de ce diagnostic (cf. TF I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.2).

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ pose ensuite les diagnostics de rachialgies cervicales et lombaires ainsi que de suspicion de syndrome patellaire bilatéral, estimant que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité sans limitation fonctionnelle. On relève donc que le Dr Z.\_\_\_\_\_ écarte le diagnostic de fibromyalgie, alors même que tous les médecins intervenus dans le dossier de la recourante retiennent ce diagnostic (cf. notamment rapport du 24 septembre 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_ et rapports des 24 août 2015 et 18 avril 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_). Or le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne donne aucune explication quant à cette exclusion de diagnostic, alors même qu'il mentionne dans son rapport du 8 août 2018 que « la recherche des signes de diagnostic de fibromyalgie est positive selon les critères ARC 2010 et que le score global selon ces critères est de 17/31 ». On peine ainsi à comprendre les raisons pour lesquelles l'expert ne retient pas le diagnostic de fibromyalgie.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a, en outre, fait réaliser des radiographies de l'épaule droite, de la colonne cervicale et du rachis dorso-lombaire de la recourante, dont il ressort, notamment, que la recourante présente une discarthrose sévère C5-C6 avec, en particulier, un pincement marqué de l'interligne articulaire et une ostéophytose antérieure et postérieure, associés à une uncarthrose marquée (cf. rapport du 27 juin 2018). Ces conclusions se retrouvent également dans un rapport d'IRM du 25 octobre 2018, aux termes duquel il ressort que la recourante présente une dégénérescence discovertébrale C5-C6 avec pincement discal et, surtout, des modifications œdémateuses dans l'os spongieux sous-cortical adjacent associées à une uncarthrose avec un rétrécissement des trous de conjugaison des deux côtés, qui peuvent être en relation avec un conflit mécanique avec les racines C6 droite et gauche. Cela étant, on ne trouve nulle trace du résultat de ces radiographies dans l'évaluation médicale de

l'expert, ce qui rend les - brèves - conclusions de ce médecin particulièrement peu convaincantes.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr W.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), associé à une dysthymie estimant la capacité de travail de la recourante entière dans toute activité sans limitation fonctionnelle.

Toutefois, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'étaye guère sa position sur le sujet. Il se limite à dire qu'il n'a pas rencontré de trouble de la personnalité, ni de trouble anxieux et que le tableau clinique actuel n'atteint pas le seuil diagnostique d'une dépression (cf. rapport du 8 août 2018 du Dr W.\_\_\_\_\_ psychiatrie et psychothérapie p. 15 et 16). Le caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic retenu n'est donc pas clairement circonstancié.

Une fois le diagnostic psychiatrique 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 et cf. consid. 5 *supra*). Cet examen prête également le flanc à la critique.

Même si certains indicateurs sont décrits dans le cadre de l'expertise, la question de l'épuisement des ressources de la recourante ne fait pas l'objet d'une analyse circonstanciée, alors même qu'elle présente de nombreux problèmes médicaux depuis l'année 2010 avec une persistance des symptômes et qu'elle est traitée par morphiniques depuis longtemps. En effet, l'expert ne procède à aucune véritable constatation concernant les ressources mobilisables de la recourante et les efforts exigibles de sa part. L'expert se contente de dire que, malgré les douleurs et la fatigue, la recourante prend des vacances, s'investit dans des activités sportives comme la via ferrata, assume son ménage et préserve une capacité relationnelle (p. 17). Or il ressort du dossier que la recourante pratique certes des activités sportives, mais à un rythme réduit

et que, s'agissant de la via ferrata, elle ne peut pratiquer cette activité que durant les vacances afin de disposer de suffisamment de temps pour récupérer. Quant au ménage, elle l'exécute par tranche de trente à soixante minutes (p. 8 et 13). Concernant son emploi, on relève que plusieurs essais ont été tentés à la suite de son incapacité de travail et que ce qui convient le mieux à la recourante est de faire des horaires coupés, un ou deux jours d'affilée, puis de récupérer durant deux à trois jours afin de se reposer durant la journée et le jour suivant (p. 8).

**cc)** Quant à l'évaluation consensuelle, force est de constater qu'elle est particulièrement laconique. Au regard des constatations cliniques opérées par le spécialiste en médecine physique et réadaptation et par le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, on était clairement en droit de s'attendre à une discussion au sujet des diagnostics de fibromyalgie et de syndrome douloureux somatoforme douloureux persistant ainsi qu'à une prise de position claire et motivée sur le diagnostic à retenir et sur l'influence de la symptomatologie sur la capacité de travail de la recourante. En l'occurrence, il n'en est rien.

**b)** Compte tenu de la complexité de la situation médicale de la recourante, les autres pièces médicales au dossier (cf. rapports des 24 août 2015 et 18 avril 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_ et rapport du 20 décembre 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_) ne suffisent pas à déterminer les répercussions des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail et de gain. En effet, ces avis restent trop peu détaillés pour se faire une idée claire de l'état de santé de la recourante.

**c)** En définitive, il sied de dénier toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le G.\_\_\_\_\_. En l'absence d'une analyse exhaustive de la situation médicale de la recourante permettant d'apprécier valablement les atteintes à la santé de la recourante dans leur globalité et leurs répercussions sur sa capacité de travail et de gain, l'instruction doit être complétée. Il convient ainsi de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le

domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise qui devra notamment comprendre des volets de médecine interne générale, rhumatologique et psychiatrique et examiner la situation au regard notamment des indicateurs définis par la jurisprudence en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). Il incombera ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**7. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Dès lors que les frais judiciaires ont été mis à la charge de l'office intimé, la requête d'assistance judiciaire déposée par la recourante devient sans objet.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'étant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 10 janvier 2019 par F.\_\_\_\_\_ est admis.
  
- II.** La décision rendue le 30 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- F. \_\_\_\_\_, à [...],
- 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 :