

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mars 2019

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,  
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 43 LPGA ; 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, travaillait en tant qu'aide-soignante à 60% au sein du service de neurologie du Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_ (Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_) depuis avril 1989 lorsqu'elle a déposé une demande de prestations, en date du 28 août 2010, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant un syndrome des jambes sans repos, de l'épuisement, des troubles du sommeil ainsi qu'une apnée du sommeil, atteintes diagnostiquées en 2008.

Les différents rapports médicaux demandés par l'OAI à la suite du dépôt de la demande de prestations de l'assurée faisaient tous état d'un syndrome sévère des jambes sans repos entraînant des troubles du sommeil, une fatigue importante et des troubles de la concentration qui limitaient à 36% la capacité résiduelle de travail de l'assurée.

Le Service médical régional de l'AI (SMR) a, dans un rapport du 27 octobre 2010, confirmé les diagnostics de syndrome des jambes sans repos et de syndrome d'apnée du sommeil, retenant une capacité de travail de 36% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée avec comme limitations fonctionnelles une fatigabilité anormale, une somnolence diurne, des troubles de la concentration ainsi que des troubles de l'attention.

Il ressort d'un rapport du 15 novembre 2010 du service de réadaptation de l'OAI que l'assurée ne pouvait espérer réaliser des gains supérieurs dans une autre activité et à un autre poste que celui qu'elle occupait au Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_.

Par communication du 20 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible et qu'un éventuel droit à une rente serait examiné.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, qui s'est déroulée le 17 mars 2011. Dans son rapport du 30 mars 2011, l'enquêtrice a rapporté que l'intéressée avait travaillé dans un premier temps à 100% puis avait diminué son activité à un taux de 80% depuis 2001 pour s'occuper du ménage à 20%. Celle-ci avait dû réduire encore son taux d'activité à 60% depuis 2003 compte tenu d'une grande fatigue et des troubles du sommeil. L'intéressée a affirmé que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 80%. Au vu des explications fournies, l'enquêtrice a fixé un statut de personne active à 80 % et de ménagère à 20 %.

L'assurée a été mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 par décision du 11 novembre 2011, dès lors qu'elle présentait un degré d'invalidité de 45.96%.

Par arrêt du 26 juillet 2013 (CASSO AI 359/11 - 189/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours déposé le 13 décembre 2011 par l'assurée et confirmé la décision rendue par l'OAI le 11 novembre 2011.

Par courrier du 14 septembre 2014 adressé à l'OAI, l'assurée a fait part d'une dégradation de son état de santé entraînant une incapacité totale de travailler depuis le 1<sup>er</sup> février 2014.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de révision, l'OAI a recueilli différents rapports médicaux.

Ainsi, dans un rapport du 15 octobre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a mentionné une accentuation des somnolences diurnes et une diminution de la capacité de concentration et de déplacement de l'assurée à la suite d'un changement de médication rendu nécessaire par une situation médicale complexe, ainsi que l'apparition, en 2014, de lombosciatalgies correspondant à une discopathie L4-L5 avec des lâchages des membres inférieurs ayant causé plusieurs chutes.

Le 9 janvier 2015, la Dresse S. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et chef de clinique de la médecine du personnel du Centre hospitalier P. \_\_\_\_\_, ont confirmé l'augmentation de tous les troubles existants jusqu'alors et la diminution de la capacité de travail, désormais nulle. Ces médecins ont en particulier relevé que le traitement suivi par l'intéressée engendrait des effets secondaires à type de somnolence diurne avec attaques de sommeil et troubles de la concentration qui jouaient un rôle dans l'incapacité de travail, expliquant que ce traitement avait été modifié à plusieurs reprises. Ces médecins ont également retenu, en sus des diagnostics connus, des lombalgies récurrentes sur discopathie multi-étagée.

Dans un rapport du 16 janvier 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_, a repris, en substance, les constatations faites dans son précédent rapport, tout en concluant à une capacité de travail nulle dans toute activité.

La Dresse Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a également attesté, dans un rapport du 18 janvier 2015, une dégradation de l'état de santé de l'assurée et a expliqué divers problèmes rencontrés dans l'établissement d'une médication adéquate, tels qu'hallucinations visuelles, trouble du contrôle des impulsions entraînant un diabète, ou encore symptômes de décompensation maniaque à la suite d'un traitement proposé par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin associé au sein du Centre d'investigation et de recherche T. \_\_\_\_\_. La Dresse Z. \_\_\_\_\_ a par ailleurs rappelé que l'intéressée souffrait d'un syndrome des jambes sans repos très intense, concernant les quatre extrémités et contrôlé de façon très partielle. Elle a conclu à une capacité de travail nulle de l'intéressée, dans toute activité.

Enfin, dans un rapport du 17 décembre 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait lui aussi mentionné une aggravation de la situation et la difficulté à trouver un traitement efficace, proposant un nouveau traitement qui avait dû être interrompu à la suite d'importants effets secondaires.

Par courrier du 26 janvier 2015, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a demandé une allocation pour impotent en faveur de l'assurée. En réponse aux questions de l'OAI, celle-ci a expliqué, le 24 mars 2015, qu'elle ne pouvait plus conduire à la suite d'une perte de maîtrise de son véhicule, qu'elle peinait à gérer ses tâches ménagères et sa prise de médicaments, qu'elle n'avait quasiment plus aucune activité sociale et qu'elle était alitée environ 18 heures par jour.

Dans un avis médical du 29 janvier 2016, la Dresse D.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne se justifiait pas dans la situation de l'assurée.

Par décision du 15 mars 2016, confirmant un projet de décision du 5 février 2016, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assurée, considérant que celle-ci n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et que les investigations effectuées démontraient que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé.

Dans un avis médical SMR du 13 mai 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_, après avoir requis des informations et rapports médicaux supplémentaires, a conclu qu'aucune des pièces médicales au dossier ne démontrait une aggravation notable et durable de l'état de santé et que la mise en place d'un traitement optimal n'était pas réalisée, ajoutant que l'ajustement médicamenteux proposé par le Dr R.\_\_\_\_\_ le 17 décembre 2013 n'avait pas été pris en compte, qu'il n'y avait pas de suivi spécialisé concernant le syndrome d'apnée du sommeil par « CPAP » [Continuous Positive Airway Pressure ; en français : ventilation en pression positive continue] et qu'aucun suivi psychiatrique n'avait été mis en place. Toutefois, dans un courrier du 16 mars 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, indiquait à l'OAI qu'il était à disposition pour revoir l'intéressée qui devait de toute façon venir contrôler le bon fonctionnement de son appareil « CPAP » comme cela se faisait annuellement.

Dans un rapport du 23 juin 2016, faisant état d'un contrôle du bon fonctionnement de l'appareil « CPAP » de l'assurée, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué que la dyspnée et le syndrome d'apnée du sommeil n'étaient pas des facteurs d'aggravation de la capacité de travail.

Par projet de décision du 20 octobre 2016, l'OAI a refusé la demande d'augmentation de la rente d'invalidité de l'assurée, en reprenant les constatations faites par le SMR dans son avis du 13 mai 2016.

Par courrier du 25 novembre 2016, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. A l'appui de son opposition, elle a produit deux rapports médicaux. L'un, daté du 14 novembre 2016, de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci rappelle ce qu'elle avait expliqué dans son rapport du 18 janvier 2015, à savoir que la médication proposée par le Dr R.\_\_\_\_\_ a bel et bien été tentée mais qu'elle avait dû être interrompue à la suite de graves effets secondaires. L'autre, daté du 28 octobre 2016, du Dr M.\_\_\_\_\_, rappelant l'existence de lombosciatalgies avec lâchage et de nouvelles douleurs au niveau de l'épaule droite survenues en août 2015 qui correspondaient à des troubles dégénératifs, et concluant à une incapacité de travail totale dans toute activité. L'assurée a également produit un certificat médical du 14 novembre 2016 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci mentionne notamment une arthrose sévère de l'épaule droite et rappelle que l'assurée est incapable d'assumer une quelconque activité professionnelle, ayant même de la difficulté à effectuer les tâches ménagères et n'étant plus à même de conduire un véhicule en raison des somnolences liées à la médication.

Par courrier du 29 novembre 2016, l'OAI a fait part à l'intéressée qu'il allait examiner les nouveau éléments avancés.

Par avis médical du 22 décembre 2016, le SMR a maintenu sa position, en se fondant en particulier sur le rapport du 23 juin 2016 du Dr V.\_\_\_\_\_ ainsi que sur celui du 28 octobre 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel

ne contenait, selon lui, aucun élément objectif permettant de s'écarter de l'appréciation récente du pneumologue. Il en allait de même du certificat médical du 14 novembre 2016 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_.

Par décision du 6 mars 2017, confirmant le projet du 20 octobre 2016, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente de l'assurée.

**B.** Par acte du 3 avril 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la CASSO, en concluant à l'annulation de la décision rendue le 6 mars 2017 par l'OAI et à l'octroi, en sa faveur, d'une rente entière d'invalidité. Elle fait en substance valoir que l'OAI dispose des rapports détaillés du Dr M.\_\_\_\_\_, de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ et du Dr L.\_\_\_\_\_ qui attestent tous une dégradation de son état de santé depuis le mois de février 2014 et une incapacité totale de travailler depuis cette date. Elle mentionne également les rapports des Drs R.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, cohérents avec ceux de leurs confrères. Elle relève que seul le SMR estime cette dégradation inexistante pour des raisons qui découleraient d'une mauvaise lecture du dossier.

Par réponse du 16 mai 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant en particulier aux avis SMR des 29 janvier, 13 mai et 22 décembre 2016.

La recourante s'est déterminée le 6 juin 2017.

### **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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à une augmentation de la rente d'invalidité dont elle bénéficie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et, plus particulièrement, sur la question de savoir s'il y a eu aggravation de son état de santé entre la décision rendue le 11 novembre 2011 et celle du 6 mars 2017.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (art. 6 LPGA in fine).

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**4.** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

En l'espèce, il s'agit donc de comparer les faits tels qu'ils prévalaient au moment de la dernière décision entrée en force, soit celle du 11 novembre 2011, à l'issue de laquelle le droit à un quart de rente

d'invalidité a été octroyé et la situation existant lors de la décision du 6 mars 2017.

**5. 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).

**c)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**6.** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les avis du SMR des 13 mai et 22 décembre 2016 pour nier l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante.

Le SMR retient en effet qu'aucune pièce médicale au dossier ne démontre une telle aggravation, que l'ajustement médicamenteux proposé par le Dr R. \_\_\_\_\_ en date du 17 décembre 2013 n'a pas été pris en compte, que la recourante ne dispose d'aucun suivi concernant son syndrome d'apnée du sommeil et qu'elle n'est pas non plus suivie du point de vue psychiatrique.

Ce faisant, le SMR fait fi des rapports médicaux figurant au dossier. En effet, dans son rapport du 15 octobre 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ fait état d'une accentuation des somnolences diurnes et d'une diminution de la capacité de concentration et de déplacement de la recourante à la suite d'un changement de médication rendu nécessaire par une situation médicale complexe. Dans son rapport du 16 janvier 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail nulle dans toute activité.

La Dresse S. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_ confirment une augmentation de tous les troubles existants jusqu'alors et retiennent une capacité de travail nulle (cf. rapport du 9 janvier 2015). Ils relèvent que les effets secondaires de la médication (somnolence diurne avec attaques de sommeil et troubles de la concentration) jouent un rôle sur la capacité de travail.

La Dresse Z. \_\_\_\_\_ atteste également d'une dégradation de l'état de santé de la recourante et conclut à une capacité de travail nulle dans toute activité (cf. rapport du 18 janvier 2015).

Ainsi, tous les médecins consultés par la recourante sont d'un avis unanime quant au fait que l'état de santé de la recourante s'est dégradé, engendrant une capacité de travail nulle dans toute activité. Sur ce point, leurs constatations entrent en complète contradiction avec les conclusions auxquelles est parvenu le SMR.

Le SMR se trompe également lorsqu'il prétend que l'ajustement médicamenteux préconisé par le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a pas été pris en compte par les médecins qui suivent la recourante. En effet, tant le Dr M. \_\_\_\_\_ que les Drs S. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ expliquent que le traitement suivi par la recourante a dû être modifié à plusieurs reprises compte tenu de la situation médicale complexe et des effets secondaires indésirables présents chez celle-ci. Dans son rapport du 18 janvier 2015 en particulier, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ mentionnent que la recourante a développé des symptômes tels qu'hallucinations visuelles, troubles du contrôle des impulsions et de décompensation maniaque à la

suite du traitement proposé par le Dr R.\_\_\_\_\_. Elle confirme, dans son rapport du 14 novembre 2016, que la médication préconisée par le médecin précité a bel et bien été tentée mais qu'elle a dû être interrompue à la suite des graves effets secondaires rencontrés par la recourante.

Pour ce qui est du suivi du syndrome d'apnée du sommeil, le Dr V.\_\_\_\_\_ mentionne, dans un rapport du 16 mars 2016, qu'il était disposé à revoir l'intéressée « qui devait de toute façon venir contrôler le bon fonctionnement de son appareil « CPAP » comme cela se fait annuellement ». Celle-ci s'est rendue à un contrôle qui a donné lieu à un rapport du 23 juin 2016. Le SMR ne peut ainsi affirmer qu'aucun suivi concernant ce syndrome n'est réalisé.

Force est également de constater que le SMR ne tient pas compte du nouveau diagnostic posé par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 octobre 2014. Celui-ci fait en effet état de lombosciatalgies correspondant à une discopathie L4-L5 avec des lâchages des membres inférieurs ayant causé plusieurs chutes. Dans leur rapport du 9 janvier 2015, la Dresse S.\_\_\_\_\_ et le Dr L.\_\_\_\_\_ retiennent également des lombalgies récurrentes sur discopathie multi-étagée. Le Dr M.\_\_\_\_\_ évoque à nouveau le diagnostic de lombosciatalgies dans son rapport du 28 octobre 2016, de même que des douleurs au niveau de l'épaule droite survenues en août 2015 et correspondant à des troubles dégénératifs. La Dresse Z.\_\_\_\_\_ retient également une arthrose sévère de l'épaule droite dans son rapport du 14 novembre 2016. Or ces diagnostics n'ont fait l'objet d'aucune investigation de la part du SMR.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les conclusions du SMR comportent des lacunes et sont contredites par toutes les pièces médicales présentes au dossier de la recourante. Il subsiste donc de sérieux doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations effectuées par le Service précité.

**7.** Dans la mesure où les éléments versés au dossier permettent de mettre en doute les conclusions du SMR qui sont contradictoires et lacunaires, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise dans des spécialités que l'OAI estimera utiles pour instruire les effets des différentes atteintes que présente la recourante sur sa capacité de travail et leur interaction, conformément à l'art. 44 LPGA. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**8. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 LAI). En l'occurrence, les frais doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. et de le mettre à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 29 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. \_\_\_\_\_ le montant de 1'000 fr. (mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui (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 :