

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juin 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dormond-Béguelin et Férolles, juges assesseurs
Greffière : Mme RoCHAT

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourante,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. M._____, née en [...] a travaillé en qualité d'aide de cuisine auprès de la H._____ à [...] dès 2010 à un taux de 35%, ainsi que comme femme de ménage chez des privés. Depuis 2012, elle a présenté des périodes d'absences répétées en raison de douleurs récidivantes au talon gauche.

L'assurée a bénéficié d'un arrêt complet de travail dès le 25 avril 2013, renouvelé par la suite pour une durée indéterminée.

La H._____ a déposé le 10 juin 2013 un formulaire de détection précoce pour adultes concernant l'assurée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

A l'issue d'un entretien du 6 août 2013, l'OAI a considéré qu'une demande de prestation n'était pas justifiée, invitant toutefois l'assurée à requérir la prise en charge de chaussures orthopédiques. Cette dernière a déposé le formulaire correspondant le 7 août 2013, puis l'a retiré le 21 novembre 2013, le Dr U._____, médecin-traitant de l'assurée, ayant considéré la demande prématurée.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] réalisée le 11 octobre 2013 par la Dresse S._____, spécialiste en radiologie, a montré une minime aponévrosite plantaire proximo-médiale non fissuraire, associée à une atrophie complète du muscle abducteur du petit orteil. La Dresse S._____ a exclu une lésion du tunnel tarsien.

Par courrier du 6 mars 2014 à l'OAI, la H._____ a sollicité la réouverture du dossier de l'assurée, précisant que la situation de cette dernière s'était aggravée.

Suite à un entretien du 3 avril 2014, l'assurée a déposé le 14 avril suivant une demande de prestation auprès de l'OAI, sollicitant l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente.

Le 16 avril 2014, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à des mesures d'intervention précoce et dans ce cadre, a requis des informations auprès de ses médecins-traitants.

Dans son rapport médical du 26 avril 2014 à l'OAI, le Dr U._____ a retenu une fasciite plantaire réfractaire comme incapacitante, ainsi qu'une suspicion de neuropathie du nerf tibial gauche. Il a indiqué que l'assurée a bénéficié d'infiltrations et qu'une talonnette a été prescrite. Il a encore précisé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles de l'assurée, celle-ci étant encore en traitement.

Le 12 mai 2014, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a adressé l'assurée à la Dresse Z._____, spécialiste en médecine de la douleur auprès K._____ pour une consultation dans le service d'antalgie. Dans son rapport à sa consœur, il a retenu des douleurs chroniques mal systématisées du pied gauche et s'est référé à l'IRM du 11 octobre 2013 pour exclure une fasciite plantaire ou un syndrome du tunnel tarsien. Il a rappelé l'examen neurologique du 17 janvier 2014 effectué par le Dr T._____, qui concluait à un bilan électrophysiologique normal, avec toutefois une allodynie et une hyperalgie clinique laissant penser à une neuropathie de la branche calcanéenne du nerf tibial gauche. Il a conclu à un arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée, et s'en est remis au médecin-conseil de l'assurance-invalidité pour déterminer la date de la reprise du travail.

Dans leur rapport du 29 juillet 2014 au Dr Q._____, les Dresses Z._____ et G._____, spécialiste en anesthésie, ont diagnostiqué une douleur chronique neuropathique du pied gauche, avec une boiterie, une marche difficile sur les talons et une marche avec une attitude vicieuse sur le bord interne du pied. Elles ont constaté l'absence de rougeur et d'œdème au niveau du pied mais une hypersensibilité et une hyperalgie lors de la charge sur les talons, ainsi que des douleurs à la palpation. Elles ont observé que l'IRM du 11 octobre 2013 n'a révélé aucun argument en faveur d'une fasciite plantaire ou d'un syndrome du tunnel

tarsien. Elles ont préconisé un traitement médicamenteux et un suivi médical, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.

Suite à ces rapports médicaux, la Dresse B. _____, du Service médical régional (ci-après : le SMR), a indiqué dans un avis médical du 7 août 2014 qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de la situation médicale de l'assurée pas encore stabilisée.

L'assurée a repris son activité auprès de la H. _____ le 1^{er} septembre 2014.

Dans un second avis médical du 26 novembre 2014, la Dresse B. _____ et le Dr D. _____ du SMR ont préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique, vu l'absence d'éléments cliniques objectifs pour soutenir la longue incapacité de travail de l'assurée.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 13 février 2015 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin auprès du Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans la partie « appréciation du cas » de son rapport du 23 février 2015 y relatif, il a indiqué notamment ce qui suit :

« [...]

De façon inattendue, Mme M. _____ nous informe avoir repris son travail à 100% de son taux habituel à partir du 1.09.2014, dans un poste identique. Elle était en arrêt de travail complet depuis le 25.4.2013. L'assurée porte des sandales adaptées, elle a également des supports plantaires. Lorsqu'elle est en cuisine, l'assurée n'a pas la possibilité de s'asseoir. Lorsqu'elle se rend dans la partie arrière de la cuisine, elle en profite pour décharger son membre inférieur G et faire quelques exercices.

Mme M. _____ se plaint de la persistance de douleurs du calcanéum et de la face interne de la cheville gauche, quasi quotidiennes, revêtant selon l'anamnèse une composante de douleurs neurogènes ; l'assurée décrit que c'est comme si une aiguille pique, elle a également des douleurs même au repos.

Il existe des incohérences par rapport à la réponse aux traitements, initialement l'assurée dit que c'est pire actuellement ; plus loin dans l'entretien, elle nous explique qu'initialement elle était incapable de

sortir de chez elle et qu'actuellement elle peut marcher 1heure1/2. Une évolution favorable est également décrite dans le dossier dans les consultations d'antalgie, également dans le bilan de la situation du 12.05.2014, faite par le Dr Q. _____, orthopédiste.

Point important par rapport aux douleurs du pied, l'assurée ne se plaint pas de sa région lombaire, elle ne décrit pas de sciatalgies. Elle ne décrit pas non plus de symptôme pouvant orienter vers un rhumatisme inflammatoire.

Mme M. _____ est capable de faire en très grande partie son ménage, elle le fractionne, elle a l'aide son mari pour faire les courses.

L'assurée n'a plus de suivi orthopédique, elle est toujours suivie à K. _____.

[...]

L'examen neurologique est normal, il n'y a pas d'évidence pour un syndrome radiculaire S1 pouvant expliquer les douleurs du talon. Nous n'avons cliniquement pas de syndrome du tunnel tarsien du côté G. Pour rappel, un syndrome du tunnel tarsien se manifeste par une hypoesthésie plantaire associée à des douleurs à caractère causalgique et une induration douloureuse de la région rétromalléolaire interne [...]. L'assurée n'a aucune hypoesthésie au niveau plantaire, il n'a y pas de signe de Tinal au niveau du tunnel tarsien. Par ailleurs, l'étendue des douleurs à la palpation dépasse très largement la région malléolaire interne, l'assurée a également des douleurs sous la malléole externe, elle a des douleurs à la face interne et externe du calcaneum.

Au niveau ostéoarticulaire, nous avons une douleur à l'insertion de l'aponévrose plantaire sur le calanéum, compatible avec une aponévrosite, mais également des douleurs sur les versants interne et externe du calcaneum, que nous ne pouvons expliquer. L'assurée marche avec une vitesse de marche normale, une boiterie G qui fluctue de légère à modérée. A pieds nus, elle décharge la partie externe du pied, alors qu'on s'attendrait, si elle avait un syndrome du tunnel tarsien, qu'elle décharge plutôt l'intérieur du pied. Cet appui sur le bord interne du pied est constaté également par le Dr Q. _____.

Le seul document radiologique à disposition est une IRM de l'arrière-pied du 11.10.2013, sur laquelle on peut voir un minime rehaussement du signal sur l'insertion de l'aponévrose plantaire sur le calcaneum, à la limite du significatif. Le Dr Q. _____ considère cette IRM normale (lettre du 12.05.2014). La Dresse S. _____, radiologue, confirme que l'inflammation aponévrotique est minime ; elle annonce également qu'il n'y a pas de lésion du tunnel tarsien.

En conclusion, l'étude du dossier et l'examen de ce jour montrent qu'il y a une discordance majeure entre les allégations de l'assurée et les constatations objectivables. Il existe des incohérences par rapport à la réponse au traitement, des incohérences par rapport à l'importance des symptômes, l'assurée annonçant avoir des douleurs très importantes alors qu'elle sourit. Sur le plan purement

ostéoarticulaire, l'assurée a présenté une aponévrosite plantaire, sans degré de gravité, puisque toute juste visible à l'IRM, avec une évolution favorable lui permettant de retrouver une durée de marche sans s'arrêter de 1 heure ½.

Lors de l'entretien et de l'examen, l'assurée est souriante, elle n'a pas de perte d'élan, elle plaisante par intermittence. Nous n'avons pas de troubles thymiques.

Limitation fonctionnelles

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles durables au vu de l'évolution favorable de l'aponévrosite plantaire.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'incapacité de travail totale a été reconnue par le médecin traitant de l'assuré[e] et par l'orthopédiste traitant, le Dr Q._____, depuis le 25.04.2013 ; nous nous alignons initialement sur cet avis, le temps des investigations complémentaires et qu'un traitement léger soit effectué.

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

Il y a lieu de reprendre la consultation détaillée du 12.05.2014 du Dr Q._____, retenant finalement des douleurs chroniques d'origine indéterminée, avec toutes les mesures de traitements conservateurs qui ont été inefficaces, en se basant sur les éléments subjectifs fournis par l'assurée. A ce moment, l'assurée a été vue également par le Dr T._____, neurologue, le 17.01.2014, qui exclut, par son EMG (électromyogramme) une compression tronculaire ou radiculaire. Au moment de la rédaction du document, le Dr Q._____ décrit que l'assurée dit marcher mieux avec ses semelles orthopédiques, elle note une légère amélioration. L'allodynie constatée et les douleurs du pied G sont diffuses et ne peuvent pas être expliquées par un syndrome du tunnel tarsien. Au moment de la rédaction du document, il n'y a pas d'étiologie, que ce soit ostéoarticulaire ou neurologique, pouvant expliquer l'importance des symptômes décrits par l'assurée.

En l'absence d'atteinte organique objective, il y a lieu de conclure qu'à partir du 12.05.2014, la capacité de travail est complète dans l'activité habituelle. C'est ce qu'a démontré également l'assurée qui a été capable, 3 mois ½ après, de reprendre son travail dans le même poste, ceci alors que finalement elle estime que les douleurs sont toujours présentes et que l'évolution est pire.

En ce qui concerne la capacité de travail exigible, elle est complète dans l'activité habituelle d'aide de cuisine depuis mi-mai 2014 (cf. synthèse de la situation faite depuis le 12.05.2014 par le Dr Q._____) ».

Dans son rapport du 10 mars 2015, la Dresse B._____ du SMR a indiqué n'avoir aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr L._____, estimant la capacité de travail de l'assurée entière dans toute activité adaptée à sa formation et ses motivations à partir de mi-mai 2014.

Par décision du 8 juin 2015, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles à l'assurée, retenant que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis le mois de mai 2014.

B. Par acte du 6 juillet 2015, M._____ recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 8 juin 2015. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de sa contestation, la recourante fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis le début de la procédure, renvoyant à son médecin traitant pour toutes informations complémentaires.

Dans un courrier complémentaire non daté, la recourante ajoute que sa situation médicale ne s'est pas améliorée depuis 2014 malgré les traitements suivis. Elle indique être capable de poursuivre son activité auprès de la H._____, dans la mesure où il s'agit d'une activité à 35%, précisant avoir dû renoncer à son activité de femme de ménage auprès de clients privés en raison de ses douleurs. Elle indique encore que sa situation s'est aggravée depuis le printemps 2015 et être au bénéfice d'un nouvel arrêt de travail à 100% depuis le 18 juin 2015.

Par décision du 14 septembre 2015, le juge instructeur accorde à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 septembre 2015, sous forme de l'exonération des avances et des frais de justice.

Dans sa réponse du 7 octobre 2015, l'intimée conclut au rejet du recours et au maintien de sa décision du 8 juin 2015.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Conformément à ce que prévoit l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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 ; RSV 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 et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) Interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'intimé dans la décision attaquée suite à l'expertise rhumatologique du SMR du 23 février 2015.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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 ;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

En outre, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. De surcroît, le droit à la rente ne naît pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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 125V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). 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. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) En l'espèce, pour déterminer le droit à une rente de l'assurance-invalidité de la recourante, l'intimé s'est essentiellement fondé sur le rapport rhumatologique établi le 23 février 2015 par le Dr L._____, duquel il ressort que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et dans l'activité habituelle d'aide de cuisine depuis le mois de mai 2014. L'expert s'est en particulier appuyé sur l'absence de substrat objectif pouvant expliquer l'intensité et la persistance des douleurs ressenties par la recourante, ainsi que sur plusieurs incohérences constatées à l'examen clinique et dans l'anamnèse pour expliquer ses conclusions. Ainsi, compte tenu de l'importante douleur au pied ressentie par la recourante, il s'est étonné qu'elle ne se plaigne pas de sa région lombaire ou qu'elle ne décrive aucun symptôme pouvant orienter vers un rhumatisme inflammatoire. Il a relevé que la recourante est capable de faire son ménage en grande partie seule, et a été surpris de la voir annoncer des douleurs conséquentes avec le sourire. Il a mis en

évidence « une aponévrosite plantaire, sans degré de gravité, puisque tout juste visible à l'IRM, avec une évolution favorable permettant [à la recourante] de retrouver une durée de marche sans s'arrêter de 1 heure ½ » et considéré qu'il n'y a pas d'étiologie, que ce soit ostéoarticulaire ou neurologique, pouvant expliquer l'importance des symptômes décrits par la recourante. Les constatations du Dr L. _____ rejoignent celle des Drs Q. _____, Z. _____ et G. _____, qui se sont basés sur l'IRM du 11 octobre 2013 pour écarter une suspicion de fasciite plantaire ou un syndrome du tunnel tarsien. Quant au Dr T. _____, il a exclu une compression tronculaire ou radiculaire lors d'un électromyogramme effectué le 17 janvier 2014. Seul le Dr U. _____, médecin-traitant de l'assurée a retenu une fasciite plantaire gauche, avec effet sur la capacité de travail. Son avis n'est toutefois pas suffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expertise, ainsi que celles des Drs Q. _____, S. _____, Z. _____ et G. _____. En effet, le formulaire pré-imprimé qu'il a rempli le 26 avril 2014 à l'intention de l'OAI est peu détaillé, au contraire des rapports médicaux des médecins précités qui se fondent sur un examen complet ainsi que sur du matériel radiologique, dont il n'est pas certain qu'il ait été porté à la connaissance du Dr U. _____ lors de la rédaction de son rapport.

c) Les médecins consultés retiennent dans l'ensemble des douleurs chroniques d'origine indéterminées, réfractaires à tout traitement. En effet, ainsi que l'indique le Dr Q. _____ dans son rapport du 12 mai 2014, il a entrepris toute une panoplie de traitements conservateurs (physiothérapie, protocole Stanish, protocole d'étirements, ondes de choc, US, ergothérapie à but de désafférentation, prescription de talonnettes amortissantes, semelles orthopédiques sur mesure, infiltration) qui n'a pas permis de soulager la recourante. Il a conclu à des douleurs chroniques mal systématisées du pied gauche, à l'instar des Dresses Z. _____ et G. _____ qui ont préconisé un traitement médicamenteux pour calmer des douleurs chroniques à caractère neuropathique (rapport médical du 29 juillet 2014).

Vu l'absence d'opinions divergents de la part de spécialistes, hormis celui du Dr U._____, quant au diagnostic retenu à l'égard de la recourante, on ne peut pas mettre en doute la fiabilité et la pertinence des constatations médicales du Dr L._____, suivies par l'intimé au terme de sa décision, étant précisé que la recourante ne conteste pas formellement l'expertise. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr L._____, selon lequel la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce d'autant que cette dernière a repris son activité auprès de son employeur au taux habituel dès le 1^{er} septembre 2014, alors même qu'elle a dit n'avoir constaté aucune amélioration au niveau de son pied depuis le début de son incapacité de travail en avril 2013. A cet égard, il est encore souligné que le Dr Q._____ s'en est remis à l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance-invalidité pour déterminer la reprise de la capacité de travail (rapport médical du 12 mai 2014), et que la Dresse Z._____, bien qu'interpellée à ce sujet, a indiqué ne pas souhaiter se prononcer (courrier du 2 septembre 2014).

5. La recourante allègue que son emploi à H._____ n'était qu'une activité à 35% et qu'elle n'a pas repris en revanche ses activités de femme de ménage chez des privés. Le Dr L._____ ne s'est toutefois pas uniquement fondé sur la reprise de son activité à H._____ pour poser son appréciation de la capacité résiduelle de travail. Il a du reste attesté une pleine capacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle comme dans l'activité ménagère.

6. On relève enfin que l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante dans le cadre de son recours, avec un nouvel arrêt de travail établi par son médecin traitant dès le 18 juin 2015, n'est pas démontrée et est, quoi qu'il en soit, postérieure à la décision litigieuse rendue le 8 juin 2015. Or selon la jurisprudence, le juge examine la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 121 V 362 consid. 1b

et les références; TF 8C_880/2010 du 1^{er} septembre 2011, consid. 4). Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire d'examiner les allégations de la recourante plus avant.

Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à la dispense des frais judiciaires et aux avances desdits (prononcé du 30 juin 2015), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante qui a au demeurant agi sans l'aide d'un mandataire professionnel - n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 8 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé 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 à la charge de l'Etat.

V. 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 :

- M. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :