

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 janvier 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA ; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1983, a obtenu en 2002 un CFC de boulangère-pâtissière, activité qu'elle a exercée jusqu'à fin février 2004, avant de travailler comme aide en mécanique dans l'entreprise familiale à partir du 1<sup>er</sup> mars 2004.

Le 1<sup>er</sup> mars 2005, elle 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), invoquant qu'elle était dans l'incapacité d'exercer son métier de boulangère-pâtissière en raison d'une allergie à la farine, dont les premiers symptômes étaient apparus en 2002.

Dans des rapports médicaux des 25 juin 2004, 9 et 18 mars 2005, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, a diagnostiqué chez l'assurée : une rhinite chronique et de l'asthme en raison d'une allergie aux squames de chat et aux acariens domestiques ; une rhinite chronique, de l'asthme et de l'eczéma d'origine professionnelle en raison d'une allergie aux farines de blé et de seigle ; une sensibilisation pollinique (arbres, herbacées et probablement graminées). Son allergie aux farines entraînait une totale incapacité de travail dans l'activité de boulangère-pâtissière depuis le 20 avril 2004, tandis que sa capacité de travail était entière dans une activité qui ne l'exposait pas aux farines, aux animaux et à la poussière.

Par décision du 30 mai 2005, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a déclaré l'assurée inapte à compter du 1<sup>er</sup> avril 2004 à la profession de boulangère-pâtissière ainsi qu'à tous travaux comportant une exposition aux poussières de céréales, de farine de froment et de seigle.

Lors d'un entretien à l'OAI le 12 septembre 2005, l'assurée a exposé travailler comme intérimaire chez V. \_\_\_\_\_ SA à plein temps

depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005 en tant qu'opératrice de production, précisant qu'elle était soumise à des horaires irréguliers qui la fatiguaient beaucoup.

Par décision du 21 juin 2006, l'OAI a classé le dossier de l'assurée au motif qu'elle avait retrouvé une activité adaptée à ses problèmes de santé qui lui permettait de réaliser des revenus supérieurs à ceux qu'elle réaliserait en tant que boulangère.

**B.** Par courrier adressé à l'OAI le 6 avril 2010, l'assurée a sollicité l'octroi d'une mesure de reconversion professionnelle. Elle a exposé qu'elle avait obtenu un contrat de durée déterminée chez V.\_\_\_\_\_ SA, que sa santé s'était altérée et l'avait contrainte à réduire son taux d'activité de 20 %, qu'elle avait ensuite été engagée à 80 % dans l'entreprise familiale, qu'elle avait dû être mise au chômage technique en raison de problèmes économiques et que son poste allait prochainement être supprimé. Elle mentionnait que son état physique avait continué à se dégrader et qu'elle avait fait un « burn out » suite au décès inattendu de sa mère en juin 2009, lequel avait entraîné une incapacité totale de travailler à partir de juillet 2009. En novembre 2009, on lui avait diagnostiqué une thyroïdie auto-immune d'Hashimoto dont les symptômes psychiques étaient encore très présents malgré la médication.

Dans un rapport médical des 24 avril et 14 juin 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en raison de l'hypothyroïdie, l'assurée présentait un état somnolent et aboulique quasi permanent ainsi qu'une lenteur idéomotrice, qu'elle ne pouvait pas travailler plus de quatre heures par jour et qu'elle avait une capacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010.

L'office AI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 12 juillet au 12 octobre 2010.

Une évaluation neuropsychologique de l'assurée a été effectuée au Centre [...] le 30 août 2010. Elle a mis en évidence un ralentissement, des difficultés attentionnelles ainsi qu'une fatigabilité

accrue, pouvant résulter d'une hypothyroïdie et/ou d'un état dépressif. Ces troubles étaient de nature à diminuer le rendement, ceci même dans une activité relativement simple, et le taux d'activité pourrait être limité par la fatigabilité accrue observée.

Dans un courrier du 8 novembre 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_ a précisé que le traitement substitutif de l'hypothyroïdie de l'assurée avait débuté le 6 novembre 2010 [recte : 2009] et qu'un traitement antidépresseur avait été introduit suite au décès de sa mère en juillet 2009.

Dans un avis médical du 16 mars 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a mentionné avoir contacté le Dr W.\_\_\_\_\_, lequel avait indiqué que l'assurée était stable sur le plan de la substitution hormonale concernant l'hypothyroïdie et que l'épisode dépressif était résorbé, de sorte que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses allergies.

L'assurée a travaillé à 50 % dès octobre 2010 dans un garage, d'abord dans le cadre d'un remplacement puis en fixe, précisant alors ne pas se sentir apte à travailler à un taux supérieur à 50 %.

Elle a ensuite effectué un apprentissage d'employée de commerce d'août 2011 à août 2014, dont l'OAI a pris en charge les frais.

Le 15 janvier 2012, l'assurée a sollicité de l'OAI de pouvoir baisser son taux d'activité à 80 % pour des raisons médicales. Elle a transmis un certificat médical du 23 mai 2012 établi par la Dresse S.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, dans lequel celle-ci indiquait que l'assurée présentait une asthénie, une aboulie, une fatigabilité ainsi qu'une tolérance diminuée au stress, et qu'elle ne pouvait qu'exercer une activité calme à 80 %.

L'assurée a dans un premier temps poursuivi sa formation à un taux d'activité de 100 % avant de le réduire à 80 % à partir du 1<sup>er</sup> juin 2013.

L'assurée a obtenu son CFC d'employée de commerce le 30 juin 2014.

Par décision du 31 mars 2015, l'OAI a constaté que la reconversion professionnelle s'était terminée avec succès, sans droit à une rente. L'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir sans exposition aux allergènes et à la poussière de céréales. Dans la mesure où le revenu qu'elle aurait pu obtenir dans son activité de boulangère-pâtissière était moindre que celui auquel elle pouvait prétendre dans son activité d'employée de commerce, elle ne subissait par ailleurs pas de préjudice économique.

A partir de janvier 2015, l'assurée a effectué plusieurs missions temporaires comme gestionnaire de dossiers.

**C.** L'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 31 mars 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 29 avril 2015, concluant implicitement à son annulation. Elle a invoqué qu'elle avait dû finir sa formation d'employée de commerce à un taux de 80 % et qu'elle n'arrivait pas actuellement à travailler à plus de 50-60 % en raison de l'épuisement dont elle souffrait.

Par courrier du 29 juin 2015, elle a précisé que même en travaillant à temps partiel, son mari devait l'aider à faire certaines tâches ménagères qu'elle n'avait ni la force ni l'énergie d'accomplir. Elle a transmis les documents suivants :

- un certificat médical établi le 23 juin 2015 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, confirmant que l'assurée souffrait d'une hypothyroïdie auto-

immune (thyroïdite de Hashimoto) nécessitant un traitement médical substitutif avec hormones thyroïdiennes à vie ;

- un rapport médical de la Dresse S.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2015, dans lequel elle posait les diagnostics avec effets sur la capacité de travail suivants :
  - hypothyroïdie substituée sur thyroïdite auto immune connue depuis 2009 ;
  - asthénie persistante malgré la substitution thyroïdienne sans autre cause retrouvée au bilan hormonal ou métabolique ;
  - dorso lombalgies chroniques en rapport avec surpoids et l'incapacité d'une activité physique ;
  - surpoids ;
  - troubles de la concentration et de l'attention avec somnolence diurne justifiant, en l'absence de cause métabolique, des examens complémentaires, à savoir un test de latence d'endormissement et un test de vigilance.

La Dresse S.\_\_\_\_\_ précisait que l'assurée s'endormait systématiquement en salle d'attente. Son endurance au travail ne paraissait pas compatible avec une activité à 100 % et son rendement pouvait être réduit en raison d'une certaine lenteur idéomotrice, étant précisé qu'elle travaillait à un taux d'activité entre 50 et 60 %. L'assurée présentait par ailleurs une capacité de concentration limitée, avec une baisse de vigilance précoce, ainsi qu'une capacité d'adaptation et une résistance limitées en raison de la fatigue précoce.

Dans ses déterminations du 2 septembre 2015, l'OAI a estimé, en se référant à un avis du SMR du 3 août 2015, qu'il fallait attendre les résultats des investigations du sommeil avant de se déterminer sur la nécessité d'entreprendre une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport médical du 23 octobre 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du Centre [...], a conclu à la présence chez

l'assurée d'un syndrome des jambes sans repos qui ne permettait toutefois pas de justifier sa fatigue et ses difficultés de concentration. Il évoquait la possibilité qu'elle présente un syndrome d'Ehlers-Danlos ou une myopathie métabolique sur les voies de la respiration cellulaire.

Par courrier du 23 novembre 2015, l'assurée a informé la Cour de céans qu'elle serait convoquée pour une consultation en génétique et pour effectuer d'autres tests relatifs aux nerfs et aux muscles. Elle précisait que son médecin traitant l'avait mise en arrêt de travail en raison d'un problème de tension artérielle instable et qu'elle souffrait également de douleurs au niveau du cœur et du bras gauche.

Le 10 décembre 2015, l'OAI a transmis un avis médical du SMR du 4 décembre 2015, dans lequel ce dernier estimait que le rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ permettait d'écarter avec une bonne vraisemblance la suspicion de narcolepsie, et qu'il fallait attendre les résultats des investigations médicales entreprises pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport médical du 29 février 2016, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du Service de génétique médicale du [...], ont retenu que le tableau clinique d'hypermobilité articulaire, douleurs et luxations avec possible atteinte cutanée suggérait un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile (type III), tandis qu'il y avait très peu d'argument clinique pour un syndrome d'Ehlers-Danlos de type vasculaire (type IV).

Le bilan angiologique effectué le 2 mars 2016 par la professeur J.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie et médecine interne générale, et la Dresse P.\_\_\_\_\_ a démontré une absence d'argument pour une maladie d'Ehlers-Danlos vasculaire (rapport médical du 21 avril 2016).

Le 4 octobre 2016, l'assurée a accouché d'une fille.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'assurée a produit les rapports médicaux :

- de la professeur J.\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2016, qui confirmait le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ;
- du Dr N.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2016, qui indiquait que l'assurée ne présentait pas de facteur de risque vasculaire et qu'elle souffrait de nombreuses douleurs sans caractère neurologique, en plus d'une hypersomnie, qui pouvait être une hypersomnie idiopathique familiale, laquelle devait être investiguée après la fin de l'allaitement.

En date du 7 novembre 2016, l'assurée a indiqué qu'elle devait encore passer certains examens rhumatologiques à distance de sa grossesse.

Dans un courrier du 15 décembre 2016, l'OAI a estimé, en se référant à un avis médical du SMR du 5 décembre 2016, que les investigations effectuées ne permettaient pas d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité d'employée de commerce adaptée à ses limitations fonctionnelles et que d'autres investigations et traitements, qui ne pouvaient pas être faits dans l'immédiat, manquaient encore pour pouvoir se positionner.

### **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 des dérogations expresses prévues (art. 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 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, 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)** 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)** En l'occurrence, 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité.

**3. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts

de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

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

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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

**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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

**b)** De manière générale, 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 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 8C\_410/2014 précité consid. 3.3).

**5.** En l'occurrence, l'OAI a considéré que la recourante bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce faisant, il n'a toutefois pas tenu compte du fait que celle-ci avait dû, pour des raisons médicales, réduire son taux d'activité au cours de sa dernière année d'apprentissage, puisqu'elle a travaillé à 80 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2013. En outre, il faut constater que les pièces médicales produites par la recourante au cours de la procédure apportent de nouveaux éléments sur le plan diagnostique et jettent un doute suffisant quant au bien-fondé de la décision du 31 mars 2015. En effet, la fatigue

dont la recourante se plaint depuis le dépôt de sa deuxième demande de prestations en 2010 et à laquelle elle attribue l'impossibilité de travailler à plein temps, a fait l'objet d'investigations médicales complémentaires. Une polysomnographie a permis de conclure que la recourante souffrait d'un syndrome des jambes sans repos, pour lequel un traitement par Sifrol a été introduit (cf. rapport médical du 23 octobre 2015) ; on ignore toutefois si ce traitement a été positif et si la recourante présente une incapacité de travail, respectivement une perte de rendement, dues à cette atteinte. Les investigations médicales effectuées ont également conduit à poser le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (cf. rapport médical du 26 juillet 2016). Dans la mesure où plusieurs membres de sa famille, côté maternel, souffrent également d'hypersomnie, il se pourrait qu'en plus de cette maladie, la recourante présente une forme d'hypersomnie idiopathique familiale ; les investigations nécessaires ne pourront toutefois être menées qu'une fois la période d'allaitement de son enfant terminée (cf. rapport médical du 19 octobre 2016). Sur initiative de la professeur J. \_\_\_\_\_ et de la Dresse P. \_\_\_\_\_, la recourante a également été soumise à une consultation rhumatologique, des examens musculaires, une échocardiographie trans-thoracique avec recherche de prolapsus mitral et un angio-CT thoracoabdominal (cf. rapport médical du 21 avril 2016) ; les résultats de ces différents examens n'ont pas fait l'objet de rapports médicaux versés au dossier de l'assurée. La recourante a toutefois informé le Tribunal que la Dresse D. \_\_\_\_\_ du [...], qui avait procédé à la consultation rhumatologique du 4 novembre 2016, avait jugé nécessaire d'effectuer d'autres examens, à plusieurs mois de distance de la grossesse, pour pouvoir mesurer efficacement sa capacité d'endurance et poser un diagnostic (cf. courrier du 7 novembre 2016).

Au vu de ce qui précède, il faut conclure que les pièces médicales produites ne permettent pas d'apprécier, faute d'évaluation globale, la capacité de travail de la recourante, comme l'admet d'ailleurs le SMR dans son avis du 5 décembre 2016. Dans la mesure où la situation médicale de la recourante n'est actuellement pas stabilisée et qu'il y a lieu

d'attendre le terme de la période d'allaitement, il apparaît nécessaire de poursuivre l'instruction du dossier sur le plan médical.

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète et que l'état de santé de la recourante n'est pas encore stabilisé. Il se justifie par conséquent 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 -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de

procéder à des mesures d'instruction complémentaires, une fois la période d'allaitement terminée, afin d'éclaircir la situation médicale de la recourante et les effets de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**7. a)** Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, il se justifie de renoncer à percevoir des frais de justice (art. 50 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**b)** Dans la mesure où la recourante n'est pas représentée par un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision du 31 mars 2015 est annulée et la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Mme K. \_\_\_\_\_,
- 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 :