

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Rossier et M. Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, a déposé le 29 août 2012 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a expliqué souffrir d'une « atteinte complexe » depuis 2009 au moins. Elle a énoncé ne pas avoir d'activité professionnelle et bénéficier de l'aide sociale.

Dans son rapport du 19 novembre 2012, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de troubles somatoformes douloureux et probable fibromyalgie, depuis environ 2005, ainsi que de troubles anxieux probables. Au titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a notamment retenu une hypertension artérielle, un diabète de type II, une obésité, un syndrome d'apnées du sommeil connu depuis 2012 et un status après hystérectomie en 2010. Selon lui, on ne pouvait probablement pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Il a estimé qu'une évaluation et une prise en charge psychiatrique étaient nécessaires.

Par avis médical du 26 novembre 2012, le Dr R._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a indiqué que le syndrome métabolique, à savoir l'obésité, l'hypertension et le diabète, de même que le syndrome d'apnées du sommeil, n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Il a expliqué qu'un examen clinique - ou une expertise - psychiatrique était nécessaire en raison du diagnostic de fibromyalgie et de l'évocation de troubles anxieux.

Le 7 février 2013, le SMR a effectué un examen clinique psychiatrique. Dans son rapport du 8 mars 2013, la Dresse U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Elle a retenu une capacité totale de travail.

Par projet de décision du 22 mars 2013, confirmé par décision du 14 mai 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. Cette décision est entrée en force.

B. Le 29 janvier 2014, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, en indiquant avoir besoin d'aide pour se vêtir/dévoûtir, se lever/s'asseoir/se coucher, couper la nourriture selon le repas (par exemple, de la viande), se laver, se coiffer et se baigner/doucher, ainsi que pour se déplacer dans l'appartement ou à l'extérieur. Elle a précisé que son besoin d'aide pour tous ces actes était accru depuis le mois de mai 2013 et que son compagnon l'aidait depuis 2011.

Invité par l'OAI à décrire l'atteinte qui empêchait l'assurée d'accomplir les actes précités, le Dr P._____ a exposé, le 25 mars 2013, qu'il s'agissait de douleurs des membres supérieurs et inférieurs sur un probable syndrome douloureux chronique associé à un trouble anxieux, de type fibromyalgie, existant depuis le milieu de l'année 2013. Il a ajouté qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle objective.

C. Le 19 juin 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles, en indiquant souffrir de polyalgies.

Par courrier du 2 juillet 2014, le Dr P._____ a informé l'OAI de l'évolution de l'état de santé de sa patiente depuis son rapport de 2012. Il a fait état d'une intervention pour l'ablation d'un kyste ovarien gauche [recte : droit] en mai 2014, ainsi que de consultations de rhumatologie en novembre 2013 et janvier 2014. Il a précisé qu'en dehors de cela, il n'y avait pas eu de « changement significatif ». Etait joint un rapport du 8 novembre 2013 des Drs M._____ et H._____, respectivement médecin assistant et chef de clinique adjoint au Service de rhumatologie du W._____, qui réfutaient le diagnostic de fibromyalgie,

mais relevaient qu'un trouble somatoforme douloureux était possible. Etait également annexé un rapport du 23 janvier 2014 du Dr M._____, qui posait les diagnostics principaux de douleurs des bras et des jambes sur un probable syndrome douloureux chronique, d'arthrose trapézo-métacarpienne bilatérale somatique, de masse cervicale antérieure gauche d'origine indéterminée chronique, ainsi que de liquide libre dans le cul-de-sac de Douglas en cours d'investigation. Le Dr M._____ exposait que l'assurée avait décrit une stabilité des symptômes - qui consistaient en des douleurs circonférentielles aux bras et avant-bras, ainsi qu'aux cuisses et aux jambes -, que la patiente n'avait pas vraiment réussi à décrire. Elle s'était également plainte de douleurs à la base des deux pouces et, diffusément, des mains, ainsi que de lombalgies « en barres » mécaniques, intermittentes et augmentées à la mobilisation. Quant à la capacité de travail, ce médecin énonçait l'absence de limitation articulaire des membres supérieurs et inférieurs. Il ajoutait que les troubles dégénératifs pouvaient causer des limitations de ladite capacité ou du rendement au niveau des mains et du port de charges.

Par avis médical du 31 juillet 2014, le Dr V._____, médecin au SMR, a pris en considération les atteintes rhumatologiques pour retenir une incapacité de travail comme ouvrière d'usine et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans manutention fine au niveau des mains et sans port de charges, depuis le 7 janvier 2014. En outre, il a relevé qu'il était nécessaire de clarifier la situation en rapport avec l'opération du kyste ovarien et la présence de liquide dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans un rapport du 11 août 2014, la Dresse X._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a indiqué que l'assurée ne présentait pas de limitations dans son activité par rapport à la gynécologie. Elle a annexé un rapport du 4 juin 2014 qu'elle avait elle-même établi, avec la Dresse Q._____, médecin assistante, posant le diagnostic de cystadénofibrome séreux bénin de l'ovaire droit persistant. Ces médecins énonçaient également qu'une cœlioscopie diagnostique,

une adhésiolyse, une annexectomie bilatérale par Pfannenstielet, ainsi qu'une appendicectomie avaient été pratiqués le 8 mai 2014.

Dans un rapport non daté, parvenu à l'OAI le 24 septembre 2014, le Dr P._____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de troubles anxieux, de trouble somatoforme douloureux, ainsi que de trouble psychiatrique probable non spécifié. Au titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a notamment retenu un status post-ablation de kyste ovarien (annexectomie bilatérale) et appendicectomie, une masse jugulaire gauche, une douleur rétro-sternale atypique, des céphalées récidivantes, un syndrome d'apnées du sommeil, un status post-hystérectomie, une hypertension artérielle, un diabète de type II, une obésité, ainsi que du tabagisme. Au titre de l'anamnèse et des restrictions physiques, mentales ou psychiques, ce médecin a indiqué qu'il n'y avait « pas de modification significative depuis [s]on rapport du 19 novembre 2012 ». Il a précisé que sa patiente n'avait jamais repris de travail depuis ledit rapport. Il a ajouté qu'une prise en charge psychiatrique serait nécessaire et que l'intéressée avait consulté une psychiatre en 2013, mais avait interrompu le suivi après trois séances.

Par avis médical du 22 novembre 2014, le Dr V._____ a relevé que l'atteinte gynécologique n'était pas incapacitante et que les atteintes psychiatriques décrites par le Dr P._____ n'écartaient pas les constatations émises par la Dresse U._____ dans son rapport de 2013. Il a maintenu les conclusions de son avis médical du 31 juillet 2014.

Par avis médical du 1^{er} juillet 2015, la Dresse A._____, médecin au SMR, a exposé qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle rhumatologique qui justifiait un besoin d'aide tel que mentionné dans la demande d'allocation pour impotent.

Par projet de décision du 11 août 2015, confirmé par décision du 30 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent, l'intéressée ne remplissant pas les conditions d'octroi de cette prestation. Cette décision est entrée en force.

Par projet de décision du 2 février 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a considéré que sans invalidité, elle aurait réalisé un revenu de l'ordre de 52'205 fr. par an et qu'elle pouvait encore réaliser un revenu de l'ordre de 46'985 fr. par an dans une activité sans manutention fine ni port de charges. Il en résultait un taux d'invalidité de 10 % n'ouvrant pas droit à une rente.

Par courrier du 15 février 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a indiqué que son médecin avait diagnostiqué de nouvelles atteintes à sa santé, au cœur ainsi qu'au cerveau. Elle a annoncé d'autres examens médicaux et a prié l'OAI d'en attendre les résultats.

L'OAI a imparti à l'intéressée un délai au 15 avril 2016, prolongé au 30 juin 2016, pour lui faire parvenir de nouveaux documents médicaux.

Par lettre du 21 juin 2016, l'assurée a expliqué que son médecin traitant, le Dr P._____, avait refusé d'établir de tels documents.

Par décision du 25 août 2016, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer une rente d'invalidité.

D. Par acte du 29 septembre 2016, J._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et implicitement à l'octroi d'une rente. Elle a allégué que certains problèmes de santé n'avaient pas été pris en considération et que sa situation somatique et psychique s'était dégradée. Elle a précisé qu'elle était dépendante de plusieurs traitements médicaux qui compliquaient sa vie quotidienne. La recourante a également indiqué qu'elle présentait une phobie sociale accompagnée d'idées de persécution et d'idées suicidaires de plus en plus fréquentes, qu'elle n'avait pas vraiment pris le temps de partager avec ses

thérapeutes, par peur d'être jugée. Pour finir, elle a signalé que le tribunal pouvait demander davantage d'informations à son psychothérapeute, L._____, ainsi qu'à son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr N._____.

Par décision du 23 novembre 2016, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire, sous forme de l'exonération des avances et des frais de justice.

Dans sa réponse du 5 janvier 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il s'est notamment référé aux rapports des 31 juillet et 22 novembre 2014 du Dr V._____, constatant une entière capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 23 janvier 2017, la recourante a produit une ordonnance médicale établie le 19 janvier 2017 par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, prescrivant du Cymbalta, du Trittico, du Xanax, ainsi que du Halcion, en cas d'anxiété, d'insomnie ou de réveils nocturnes fréquents.

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

b) Sous réserve de la LPGA et de l'art. 69 LAI, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ;

RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité

ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGa). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées en matière d'assurances sociales, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 362 consid. 1b).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 19 juin 2014 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente - soit la décision du 14 mai 2013 - et la décision litigieuse du 25 août 2016, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente.

La recourante a fait valoir que certaines de ses atteintes n'avaient pas été prises en considération et que son état s'était dégradé.

a) Sur le plan somatique, le Dr M. _____ a, dans son rapport du 23 janvier 2014, posé le diagnostic d'arthrose trapézo-métacarpienne bilatérale, qui n'avait effectivement jamais été retenu auparavant. Ce médecin a précisé que ces troubles dégénératifs pouvaient engendrer des limitations de la capacité de travail ou du rendement au niveau des mains et du port de charges. Cette atteinte rhumatologique a toutefois été prise en considération par le Dr V. _____ pour déterminer l'activité qui serait encore exigible. Il a ainsi fait état de limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans manutention fine et sans port de charges (cf. avis médical du 31 juillet 2014). Dans la décision litigieuse, l'intimé a tenu compte de ces limitations pour calculer le revenu avec invalidité de la recourante.

Pour le reste, les pièces figurant au dossier jusqu'à la décision litigieuse n'indiquent aucune modification de l'état de santé de l'intéressée dans une mesure propre à justifier l'octroi d'une rente. Elles confirment plutôt un état stable. En particulier, le Dr P. _____ a exposé dans son rapport parvenu à l'intimé le 24 septembre 2014 que, s'agissant de

l'anamnèse et des restrictions physiques de sa patiente, il n'y avait pas de modification significative depuis son rapport du 19 novembre 2012. En outre, en ce qui concerne l'atteinte gynécologique, survenue après la première décision de refus de prestations, la Dresse X. _____ a retenu que l'intéressée ne présentait pas de ce fait de limitations dans son activité (cf. rapport du 11 août 2014). Le Dr V. _____ a également constaté, par avis médical du 22 novembre 2014, que ces atteintes gynécologiques n'étaient pas incapacitantes.

b) Sur le plan psychiatrique, les diagnostics posés par le Dr P. _____ dans son rapport du 24 septembre 2014 sont semblables à ceux de son rapport de 2012, à l'exception d'un nouveau « trouble psychiatrique probable non spécifié ». Cependant, ce médecin a lui-même admis qu'il n'y avait pas de modification significative depuis ledit rapport quant aux restrictions psychiques (cf. rapport du 24 septembre 2014). Le Dr V. _____ a également exposé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des constatations énoncées par la Dresse U. _____ dans son rapport du 8 mars 2013 - consécutif à un examen clinique psychiatrique de la recourante -, retenant une entière capacité de travail (cf. avis médical du 22 novembre 2014). En outre, il ressort des pièces figurant au dossier au moment où la décision litigieuse a été prononcée qu'hormis trois consultations auprès d'une psychiatre en 2013, la recourante n'avait fait l'objet d'aucun suivi (cf. rapport du 24 septembre 2014 du Dr P. _____).

Dans le cadre de son recours, l'intéressée a produit une ordonnance médicale établie le 19 janvier 2017 par le Dr K. _____. Au vu des traitements prescrits et du fait même qu'elle consulte désormais un psychiatre, il n'est pas exclu qu'une péjoration de son état de santé psychique soit survenue. En revanche, ce document ne rend aucunement vraisemblable une incapacité durable, sur une année au moins, pouvant fonder le droit à une rente (cf. art. 28 al. 1 LAI, consid. 3a supra) au moment où la décision litigieuse du 25 août 2016 a été rendue. Il appartiendra à la recourante de déposer un rapport médical du Dr K. _____ à l'appui d'une nouvelle demande de prestations, si elle estime que son état de santé psychique s'est péjoré dans le courant de l'année

2016 et qu'elle a présenté depuis, pendant une année au moins, une incapacité de travail et de gain fondant le droit à une rente.

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, dans la décision contestée du 25 août 2016, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles nouvellement admises.

d) Le revenu sans invalidité a été fixé à 52'205 fr. 73 sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. L'intimé y a opéré une déduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et a dès lors établi le revenu d'invalidité à 46'985 fr. 16. De la comparaison entre ces revenus, il ressort un taux d'invalidité de 10 %, insuffisant pour fonder le droit à une rente. Les revenus sans et avec invalidité fixés par l'intimé, de même que la comparaison effectuée, ne prêtent pas flanc à la critique. Ils n'ont d'ailleurs pas été contestés.

7. La recourante a suggéré à la Cour de céans de prendre contact avec son psychologue et son nouveau médecin généraliste traitant afin d'obtenir davantage d'informations. Toutefois, l'autorité peut renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les arrêts cités). En l'espèce, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les pièces au dossier donnant une appréciation claire de la situation de l'intéressée. Il n'y a ainsi pas lieu de prendre contact avec le psychologue et le nouveau médecin généraliste traitant de cette dernière.

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

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- J. _____
- 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 :