

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

A.F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes signée le 2 juillet 2014 par A.F._____, faisant état d'hallucinations et de peur de la foule,

vu le questionnaire rempli par l'employeur W._____SA le 10 juillet 2014, selon lequel l'assurée travaillait à domicile pour cette société (triage de coins en bois) depuis le 1^{er} juin 2007, l'horaire de travail étant variable,

vu le formulaire de détermination du statut signé par l'assurée le 12 septembre 2014 selon lequel en bonne santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière,

vu le rapport du 11 septembre 2014 de la Dresse G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, posant le diagnostic de trouble psychotique et indiquant que le mari de l'assurée s'était aperçu progressivement de la problématique, celle-ci ayant eu une décompensation en 2008, évitant le contact, étant renfermée et parlant toute seule,

vu le rapport du 9 octobre 2014 de cette praticienne selon lequel elle a traité la recourante du 23 octobre 2008 au 5 avril 2011, estimant l'incapacité de travail totale dans l'activité de femme au foyer et dans celle d'ouvrière probablement depuis au moins 2008 et pour une durée indéterminée, et dont il résultait notamment ce qui suit :

« Patiente d'origine (sic) de Macédoine de 48 ans, mariée avec trois enfants. La patiente ne parle quasiment pas le français. Sa langue maternelle est l'albanais. La patiente est arrivée en 1994 en CH suite à son mariage. Le mariage avait eu lieu en 1993 au pays avec M. B.F._____ qui vivait déjà en Suisse depuis 1987. Le mari s'est aperçu progressivement que sa femme avait un problème de santé. Il relate une première crise en 1998 suite à l'accouchement du 3^e enfant. Ce garçon a dû être opéré à la naissance en raison de problèmes cardiaques. Je suis en possession du dossier de mon prédécesseur au cabinet qui a vu la patiente à ce moment et **a objectivé cette décompensation psychique avec symptômes**

paranoïaques, méfiance, angoisse et isolement (**déc 1998 et avril 1999**). D'une manière générale le mari observe que son épouse devient bizarre lors de périodes de stress. En 2008 il observe un deuxième épisode avec retrait émotionnel de sa femme, évitement de contact et monologues bizarres. Jusqu'en 2010 la patiente ne bénéficie pas de suivi médical régulier, par contre elle consulte de temps en temps pour des maladies banales. En 2010 son mari contracte une TBC pulmonaire et dans ce cadre elle doit prendre un traitement prophylactique pendant neuf mois. Lors du suivi médical de ce traitement la patiente se plaint de fatigue et son mari relate qu'elle se retire socialement et qu'elle semble déprimée. Elle ne s'occupe plus convenablement des enfants (sic) et s'est (sic) lui qui prend le relais. Les consultations au cabinet avec la patiente sont difficiles. Elle est très méfiante et anxieuse. Finalement la patiente refuse toute poursuite de prise en charge médicale. Elle refuse également une consultation à Association A. _____ qui aurait permis d'introduire un traducteur.

Devant le comportement pathologique de cette patiente, je contacte les psychiatres d'Association A. _____ mais la patiente ne se rend qu'une fois aux consultations et interrompt tout suivi. Néanmoins cette première consultation a permis de suspecter un trouble psychotique (selon rapport téléphonique du psychiatre d'Association A. _____).

Par la suite un suivi à domicile par la Polyclinique T. _____ de [...] a été proposé. En avril 2011 j'ai eu un entretien téléphonique avec le Dr S. _____ qui confirme un trouble psychotique avec des symptômes de persécution chez la patiente. En absence de mise en danger d'elle-même ni d'autres personnes il n'y avait pas d'indication à une hospitalisation non volontaire. Finalement le mari de la patiente, lors de vacances en Macédoine, arrive à faire consulter son épouse avec un psychiatre macédonien et un traitement neuroleptique et antidépresseur est introduit.

Constat médical

Lors des consultations je constate une méfiance pathologique envers les médicaments et une tendance à couper court au contact et aux discussions. La patiente est partie plusieurs fois de la consultation et est dans l'incapacité d'aborder sa problématique psychique.

Pronostic

Vu le trouble psychotique avec vécu persécutoire une prise en charge thérapeutique est difficile. La difficulté est d'autant plus grande vu le contexte de migration et l'incapacité de se faire comprendre correctement en français.

Le pronostic est de ce fait très réservé.

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Suivi psychiatrique par un psychiatre macédonien, traitement médicamenteux

(...)

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

La patiente ne semble pas pouvoir s'occuper de son ménage actuellement. Son mari l'assiste dans toutes les activités dans le ménage et s'occupe principalement lui-même des enfants.

(...)

1.11

Informations supplémentaires, remarques et propositions

(...)

Pour établir ce rapport AI j'ai pu convoquer madame A.F. _____ grâce à son mari qui a fait la traduction lors de cette consultation il s'est avéré que son état psychique n'a pas changé et j'ai aussi pu constater que la patiente a pris de (sic) 23 kg depuis 2010 probablement favorisé par le traitement de neuroleptiques ce qui explique l'arrêt de ce traitement. »,

vu le rapport du 13 août 2014 du Dr H. _____, spécialiste en neuropsychiatrie à l'Hôpital psychiatrique de Skopje, et sa traduction, dont il résulte que l'assurée a été adressée à ce spécialiste à cause du diagnostic de troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) posé par la Dresse K. _____, le diagnostic retenu par le Dr H. _____ étant F44.9 et précisant qu'une psychothérapie était à son avis nécessaire,

vu la réponse de l'assurée à la lettre du 23 octobre 2014 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) expliquant ne pas avoir travaillé à plein temps parce qu'elle s'était occupée de ses enfants, son fils ayant une malformation depuis sa naissance, et précisant qu'elle avait bénéficié de prestations financières du Service social de septembre 2012 à mai 2014,

vu le courrier du 7 novembre 2014 de la Dresse G. _____ informant l'OAI que le traitement neuroleptique avait dû être réintroduit en raison de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée,

vu l'avis médical du 2 décembre 2014 du Dr M. _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) dont la conclusion est la suivante :

« Notre position : nous sommes un petit peu perplexes quand le mari en invalidité à l'AI à 100% affirme travailler à la place [de] sa femme. Une atteinte psychique est plausible, mais nous ne disposons pas de rapports psychiatriques et nous sommes étonnés par un dépôt de dossier seulement en 2014 alors que la pathologie

évoluerait depuis 98 avec différents épisodes entre temps. Tout cela est bien confus. On voudrait voir le rapport d'Association A. _____ et celui du Dr S. _____ de la Polyclinique T. _____ de [...] en 1ère intention.

Synthèse : l'IT durable serait fixée à 2008. L'IT est de 100% depuis. La CT dans toute activité serait nulle. *Les LF sont les suivantes* : cf. psychose.

Au total, merci de nous faire parvenir le rapport d'Association A. _____ et celui du DrS. _____ de la Polyclinique T. _____ de [...] ; merci de nous faire parvenir un RM complet avec status détaillé de l'éventuel psychiatre traitant. »,

vu la lettre du 9 décembre 2014 du Dr P. _____, médecin adjoint à la Fondation X. _____, mentionnant qu'il n'avait pas connaissance des éléments cliniques actuels permettant de répondre à la requête de l'OAI, dans la mesure où l'assurée n'était plus suivie dans son service depuis le 14 décembre 2005,

vu le rapport du 16 décembre 2014 de N. _____, psychologue psychothérapeute FSP au sein d'Association A. _____ dont il résulte notamment ce qui suit :

« Nous avons rencontré Madame A.F. _____ le 11.02.2011, mais un traitement n'a pas pu être mis en place. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer sur l'état actuel de Madame A.F. _____.

Elle nous avait été adressée par son médecin généraliste, la Dresse G. _____ (sic), dans le cadre d'un tableau psychotique. Nous avons rencontré tout d'abord son mari, Madame A.F. _____ étant très méfiante et sortant peu de chez elle. Suite à cet entretien, il avait pu convaincre son épouse de nous rencontrer, mais elle a refusé tout traitement. Nous avons ensuite pris contact avec le réseau psychiatrique pour trouver une possibilité de soin adéquate et Madame A.F. _____ s'était rendue à un rendez-vous planifié avec l'AOP le 14.03.2011, mais, une fois arrivée, en était repartie. Nous avons alors repris contact avec la généraliste, la Dresse G. _____ (sic), sachant qu'elle était la seule à être en lien avec la patiente, un consillium (sic) avait été proposé par le chef de clinique pour l'introduction d'un neuroleptique par elle-même.

Ci-dessus, le status que nous avons établi le 11.02.2011 :

« Femme de 45 ans, faisant son âge, au status hygiénico-vestimentaire conservé. Elle est accompagnée à l'entretien de son mari. La traduction est assurée par Mme [...]. Elle se tient droite dans la chaise, le regard est franc et direct, elle parle avec force et emphase, le débit verbal est accéléré. Le discours présente des coqs à l'âne et la pensée est magique. Elle observe la salle dans les moindres détails, puis s'extrait de l'interaction pour parler derrière sa main, disant que sa bouche bouge toute seule, elle raconterait des histoires de familles, mais le propos est incompréhensible pour l'interprète. Madame A.F. _____ estime que ses paroles sortent

toutes seules depuis que son médecin lui a donné un même médicament qu'à son enfant de 15 ans, ce qu'elle ne comprend pas. Elle présente des attitudes d'écoute, ainsi que des rires immotivés. Les affects sont non-congruents. Nous notons un vécu persécutoire et une attitude qui peut devenir défensive, voire agressive. Il n'y a pas de conscience morbide et Madame A.F. _____ refuse des soins.

A l'hétéro-anamnèse, son époux évoque que l'état de santé de sa femme est atteint depuis 2-3 ans et s'est particulièrement péjoré il y a un an. Nous n'avons pas d'hypothèse de facteur de crise à l'heure actuelle. Il décrit une femme isolée, ne voulant pas parler aux autres, mais se parlant à elle-même. Il explique qu'elle joue parfois comme un petit enfant, ou qu'elle met de la musique très fort et danse, sans tenir compte de son entourage. Il décrit également des troubles de la mémoire et de la concentration, Madame A.F. _____ oubliant régulièrement la plaque allumée. Monsieur B.F. _____ se sent dépassé dans ses capacités pour aider son épouse, raison pour laquelle il cherche une aide professionnelle.»

vu le rapport d'expertise du 13 décembre 2016 établi par le Prof. R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par la psychologue D. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, avec l'assistance d'interprètes, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Plaintes et données subjectives de l'expertisée

L'expertisée indique être particulièrement fatiguée en raison de la prise des médicaments qui la calment et qu'elle juge bénéfique. Elle dit que sans les médicaments, elle devient très irritable. L'expertisée relève avoir commencé à aller mieux depuis 4 ans (début de la prise des médicaments en 2012).

(...)

Situation actuelle

La situation actuelle de l'expertisée est stationnaire. Elle vit pour l'essentiel à domicile, s'occupe des tâches ménagères, a peu de contacts externe. Ne maîtrisant pas le français, elle dépend pour l'essentiel de son mari sur un plan social. On ne note aucun symptôme alarmant dans la gestion de son quotidien.

Status clinique

L'expertisée est vue une fois avec son mari et le traducteur et une fois seule avec le traducteur. Son contact avec l'expert passe par le mari qui tente d'expliquer parfois à sa façon les remarques de l'expertisée. Dans le contact dyadique, elle se montre détendue, souriante, sans aucune méfiance mais donnant l'impression de ne pas saisir les raisons de sa présence dans ce cadre. Aux questions directes, elle répond de manière évasive, vague, consultant en souriant son mari, banalisant ses problèmes du passé. En revanche, son mari insiste sur ses troubles du comportement passés qui se sont amendés avec les médicaments. Elle ne présente pas de signes de consommation de substances psychoactives. Orientée dans les

quatre modes, elle a une vigilance conservée. L'attention, la mémoire autobiographique sont globalement préservées. Pas d'argument en faveur de troubles cognitifs.

Du point de vue formel, le discours est laconique, très pauvre, manquant de relief. On ne note pas de troubles du cours de la pensée ni d'éléments de la lignée psychotique tels qu'idées délirantes ou troubles de la perception. Absence de phénomènes de déréalisation-dépersonnalisation. L'expertisée dit avoir traversé une période difficile en 1998 lorsqu'elle se sentait irritable sans raison apparente. A l'époque elle travaillait épisodiquement dans les vignes. De 1998 à 2008, elle ne mentionne aucun problème particulier si ce n'est son impossibilité d'aller en vacances ou même en dehors de la maison sans son mari. Le mari de l'expertisée décrit une péjoration en 2008 lorsqu'elle manifestera un repli sur soi, soliloquera et évitera les contacts avec autrui occasionnant l'intervention du Dr. G._____. Ces symptômes auraient régressé puis ils ont apparu de nouveau aboutissant à la consultation d'un psychiatre macédonien et à la prescription d'un traitement neuroleptique. Selon le mari, la péjoration était présente en 2011, puis sous traitement médicamenteux elle a évolué favorablement. Les médicaments ont été arrêtés à l'initiative de l'expertisée en 2014 avec une reprise en 2015. L'expertisée précise que son activité à 10% a dû être arrêtée étant donné que l'entreprise qui l'employait n'acceptait plus le travail à domicile.

La thymie est neutre. Par moments joviale, à l'aise sur le plan relationnel, elle ne manifeste pas de sentiment de dévalorisation ou d'inutilité. Pas de distorsions cognitives de la lignée dépressive. Pas de signes biologiques de dépression. Absence d'anxiété situationnelle. Pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux.

Au niveau de la personnalité, on ne retrouve aucun argument en faveur d'une organisation prépsychotique. L'expertisée ne montre pas de signes de gestion défaillante de l'impulsivité. Les relations objectales semblent être bien investies. Aucun élément en faveur d'un clivage du Moi ou d'une diffusion de l'identité.

3. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10)

3.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Nihil

3.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Nihil

(...)

4. Traitement et réadaptation

4.1 La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

Actuellement, l'expertisée ne présente aucun signe d'une décompensation psychique. Elle ne bénéficie pas d'une thérapie mais des (sic) rencontres ponctuelles avec son médecin traitant (2 fois/an) et un psychiatre macédonien. Il est difficile de se prononcer rétrospectivement sur les crises d'allure dépressive ou psychotique rapportées épisodiquement à partir de 1998 par la famille. En tout état de cause, aucun des symptômes correspondants n'est actuellement détectable.

4.2 Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré/e au cours des thérapies effectuées

Collaboration préservée avec le médecin traitant et son psychiatre macédonien dans le cadre d'un suivi très espacé.

(....)

4.7 Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Il n'y a pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation. Une reprise d'un emploi correspondant à ses aptitudes est envisageable.

5. Cohérence

Il s'agit d'une situation peu claire sur un plan médical sans aucun signe de décompensation psychiatrique actuellement. La famille de l'expertisée rapporte une décompensation d'allure psychotique en 1998 suivi d'un épisode d'allure dépressif en 2008. La documentation est dans les deux cas manquante et se base essentiellement sur l'hétéro-anamnèse (l'expertisée ne pouvant donner aucune description précise de ces périodes). Le médecin traitant mentionne une attitude hostile et une tendance au repli en 2008 sans suivi psychiatrique et sans suite en termes de soins. La prescription d'un traitement antidépresseur a été fait (sic) plus tard par un psychiatre macédonien mais là encore le récit est vague. Actuellement, l'expertisée est au bénéfice d'un traitement combiné de neuroleptique et antidépresseur. Même si l'on accepte l'hypothèse d'épisodes psychotiques (ou dépressifs) brefs par le passé (laissant toutefois une interrogation sur la manière d'évaluer correctement de tels épisodes, l'expertisée ne parlant que macédonien), le tableau psychiatrique actuel est exempt de tout symptôme induisant une invalidité sur le plan professionnel.

6. Capacité de travail

6.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

100%

6.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

100% »,

vu l'avis du Dr M. _____ du 12 janvier 2017, estimant que les conclusions de l'expert, qu'il qualifie de justes et convaincantes, devaient être suivies,

vu le projet de décision du 18 janvier 2017 de l'OAI informant l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente,

vu les objections formulées par la recourante en date du 1^{er} février 2017 et détaillées par son conseil le 29 mars 2017,

vu la lettre du 18 mai 2017 de la Dresse G. _____ adressée au conseil de l'assurée ainsi rédigée :

« En réponse à votre lettre du 30 mars dernier, et après étude du rapport d'expertise de Mme D. _____ et du Dr R. _____ du 13.12.2016, je peux vous donner le retour suivant :

Sous point 2 de cette expertise : *anamnèse médicale et psychiatrique*. Les experts font mention que la patiente a été suivie à domicile par la Policlinique T. _____ de [...] en 2011, et qu'un psychiatre, l'ayant brièvement suivie, a confirmé un trouble psychotique avec des symptômes de persécution. Un traitement de neuroleptique avait été proposé à ce moment-là. Par la suite, il est mentionné, qu'un psychiatre macédonien avait introduit un traitement antidépresseur et neuroleptique.

En 2014, après l'arrêt du neuroleptique et malgré la poursuite du traitement antidépresseur, la patiente a souffert d'une nouvelle décompensation psychique qui a nécessité la reprise du traitement neuroleptique.

Ces éléments sont bien relevés dans cette 1^{ère} partie de l'expertise. Par contre, dans la conclusion sous les points 3 et 5, l'expert ne retient pas les diagnostics psychiatriques qui avaient été posés par ses collègues en 2011.

Sous point 4 : je ne peux pas confirmer les dires de l'expert au contraire : la patiente est sous traitement neuroleptique et antidépresseur et bénéficie d'un suivi même s'il est espacé. Ce qui correspond à une pratique courante des patients psychiquement compensés sous traitement.

Sous point 5, on note que ni la décompensation de 2011 ni la nouvelle décompensation en 2015 n'est relatée et l'expert mentionne uniquement un traitement antidépresseur introduit par le

psychiatre macédonien alors qu'il s'agissait d'un traitement combiné - antipsychotique et antidépresseur.

On note dans le status clinique sous point 4.2, que selon les constatations des experts, la patiente est décrite comme répondant d'une manière vague, évasive, banalisante avec un discours laconique, pauvre et manquant de relief. L'expert observe aussi que la patiente ne comprend pas à quoi sert cet examen malgré la présence et les explications du mari et du traducteur.

Il est vrai qu'actuellement, sous traitement la patiente est compensée. On note néanmoins justement ces inadéquations dans le contact avec elle et dans son comportement ce qui permet, en tenant compte des antécédents de décompensation psychotique, de suspecter une pathologie psychique sous-jacente.

Vous posez la question si les troubles psychiatriques de Mme A.F. _____ l'empêchent de tenir son ménage. Selon les dires de son mari et de sa fille, on note qu'elle a besoin d'aide dans le ménage et on peut raisonnablement conclure que les troubles psychiques l'empêchent en partie de tenir son ménage et de remplir son rôle éducatif auprès de ses enfants. Selon mes informations récoltées lors des consultations médicales de son mari qui est aussi mon patient, lui et les enfants aînés sont obligés de palier aux incapacités de la patiente. Ce point sera à évaluer par l'AI par une investigation à domicile.

A toutes fins utiles, il serait à tenter de trouver trace du dossier médical à la Policlinique T. _____ de [...]. »,

vu l'avis médical du Dr M. _____ du 28 juin 2017, estimant que l'expertise est probante,

vu la décision rendue le 30 juin 2017 par l'OAI rejetant la demande de rente au motif qu'après examen des pièces médicales en sa possession, l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de la LAI,

vu l'acte de recours du 4 septembre 2017 de A.F. _____ concluant, avec suite de frais et dépens, préliminairement, à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et, à titre principal, à l'annulation de la décision précitée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision,

vu l'argumentation de la recourante soutenant notamment que l'expertise n'a pas valeur probante, l'absence de diagnostic étant douteuse dès lors que tous les autres médecins ont posé celui de trouble

psychotique, l'expertise ne comportant en outre que quatre lignes relatives aux plaintes et données subjectives, ce qui, compte tenu des deux entretiens de l'expert avec la recourante, donnerait à penser que l'ensemble des plaintes de la recourante n'ont pas été retranscrites et prises en considération dans l'appréciation de son cas alors que selon la jurisprudence, un examen psychiatrique s'effectuerait « essentiellement sur les plaintes et les déclarations de l'assuré »,

vu les critiques de la recourante à l'égard des rapports des médecins du SMR prétendant notamment qu'ils feraient preuve de prévention à l'égard de la recourante, celle-ci se plaignant en outre qu'aucune enquête ménagère n'ait été mise en œuvre,

vu les pièces du dossier;

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

que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA),

que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

que, dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

qu'en l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD);

attendu qu'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),

qu'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),

que l'incapacité de travail est définie à 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,

qu'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,

que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable, la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% donnant droit à un quart de rente, de 50% au moins à une demi-rente, de 60% au moins à un trois-quarts de rente et de 70% au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI),

que 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 (art. 29 al. 1 LAI),

que, pour pouvoir fixer le degré d'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 statuer,

que 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,

qu'en outre, les renseignements médicaux 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 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1),

que 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,

que la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux, le juge ne s'écartant en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2),

que, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve, dès lors qu'il faut tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients, raison pour laquelle il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2),

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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1),

qu'en l'espèce, l'expert ne retient aucun diagnostic psychiatrique et conclut à une pleine capacité de travail de la recourante dans toute activité,

que l'expertise se fonde sur l'examen clinique de la recourante et sur l'ensemble du dossier,

que l'expert a même convoqué deux fois la recourante, à savoir une fois avec son époux et une fois seule,

que l'expertise fait état des plaintes de la recourante,

que le fait que ces plaintes soient retranscrites sur quatre lignes est sans incidence sur la valeur probante de l'expertise,

que d'ailleurs la recourante ne mentionne pas d'autres plaintes dont il n'aurait pas été tenu compte dans l'expertise,

que les autres rapports médicaux figurant au dossier ne mettent pas en doute les conclusions de l'expert,

qu'en effet tant le diagnostic posé par le Dr H._____, soit F44.9 qui, selon la CIM-10, est un trouble dissociatif de conversion, que celui posé par la Dresse K._____, soit F23 qui, selon la CIM-10, correspond à des troubles psychotiques aigus et transitoires, ne sont pas motivés,

que la Dresse G._____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, ne documente pas non plus le diagnostic de trouble psychotique qu'elle a posé, se limitant dans sa lettre du 18 mai 2017, à critiquer l'expertise, sans apporter d'éléments probants mettant en cause les conclusions de celle-ci,

qu'en outre la psychologue N._____ n'a plus revu l'assurée depuis 2011 et le Dr P._____ depuis 2005,

que l'expert a exposé les motifs pour lesquels il n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique expliquant notamment qu'il n'y avait pas de signes biologiques de dépression, d'arguments en faveur d'un trouble anxieux ou d'une organisation prépsychotique,

que l'expertise comporte une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante et repose sur un examen approfondi du cas de celle-ci,

qu'elle est exempte de contradictions et que ses conclusions sont claires et bien motivées,

qu'elle souscrit pleinement aux réquisits de la jurisprudence,

qu'en conséquence, elle a valeur probante,

qu'il y a lieu dès lors de constater que la recourante ne souffre d'aucune affection invalidante au sens de l'AI,

que sa capacité de travail est ainsi entière,

qu'une enquête à domicile est en conséquence sans fondement,

que c'est à juste titre que les médecins du SMR se sont ralliés aux conclusions de l'expertise,

qu'au vu de ce qui précède le recours est manifestement mal fondé et doit être rejeté,

que la décision rendue le 30 juin 2017 par l'OAI doit être confirmée;

attendu que la requête d'assistance judiciaire doit également être rejetée,

qu'en effet, en vertu de l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est accordée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés,

que toutefois, au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chances de succès;

attendu que le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 30 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
- IV. L'arrêt est rendu sans frais, ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour A.F. _____),
- 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 :