

VD_GERICHTE ZD16.051163 vom 18. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.051163

FR: VD_GERICHTE ZD16.051163 du 18 juillet 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.051163 del 18 luglio 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 315/16 - 205/2017 ZD16.051163 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 18 juillet 2017 _____ Composition : Mme THALMANN, présidente Mme Pasche, juge, et Mme Silva, assesseuse Greffier : M. Grob ***** Cause pendante entre : O. _____, 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. 4 al. 1 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, ressortissante kosovare au bénéfice d'un permis F, femme au foyer, est mariée et mère de trois enfants désormais majeurs, respectivement nés en 1987, 1989 et 1991. Le 29 janvier 2014, 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), indiquant comme atteinte à la santé une dépression et des angoisses ainsi que des maux de tête et des douleurs chroniques, existant depuis 2000 « suite aux violences et à l'incertitude qu'a entraîné la guerre au Kosovo ». Dans un formulaire « détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 13 février 2014, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, son taux d'activité serait de 100% par intérêt personnel et nécessité financière. Dans un rapport à l'OAI du 16 juillet 2014, la Dresse R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à l'Unité de psychiatrie A. _____, traitant l'assurée depuis le 29 mai 2013, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de sa patiente, de trouble somatoforme indifférencié existant depuis de nombreuses années et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique depuis début 2013. Dans l'anamnèse, elle a relaté que l'intéressée, son mari et leurs enfants avaient quitté le Kosovo en raison de la guerre et s'étaient rendus en Suisse où ils avaient résidé de 1998 à 2000, puis étaient retournés dans leur pays avant de revenir en Suisse quelques années plus tard pour y demander l'asile en raison d'un cadre de vie difficile et marqué par la violence. Elle a indiqué qu'après avoir reçu un avis d'expulsion pour toute la famille en juin 2006, l'état de santé psychique de l'assurée s'était dégradé de façon visible, ayant nécessité une hospitalisation de courte durée au Centre de psychiatrie V. _____ en juillet 2007 et une prise en charge ambulatoire ultérieure à l'Unité de psychiatrie Y. _____ entre 2006 et 2010. Dans ses constatations, elle a

- 3 - relevé que le discours de l'assurée était centré sur les inquiétudes concernant l'état de santé de ses enfants mais aussi sur ses plaintes somatiques qui occupaient une grande partie de sa vie depuis plusieurs années et que sa vie psychique était polarisée autour de ces sujets. Cette praticienne a émis un pronostic réservé en raison de la chronicité du trouble somatoforme présenté depuis le plus jeune âge et de la cristallisation des symptômes

anxio-dépressifs. S'agissant des restrictions, qui ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, elle a indiqué qu'elles étaient principalement liées à la cristallisation des multiples plaintes somatiques depuis de nombreuses années, plaintes amplifiées en intensité en fonction des événements extérieurs, et a décrit une vulnérabilité au stress avec impact conséquent pas seulement sur le plan des symptômes physiques, mais également au niveau des symptômes anxio-dépressifs. Elle a exposé qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée, qui n'avait pas bénéficié d'une formation et n'avait jamais eu une activité lucrative au Kosovo ou en Suisse, relevant qu'elle présentait depuis de nombreuses années une pathologie psychiatrique d'évolution chronique, qui semblait peu influencée par la prise en charge médicale. Dans un rapport non daté, indexé par l'OAI le 30 septembre 2014, le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis 2006, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail de sa patiente, d'état dépressivo-anxieux d'intensité moyenne avec somatisation. Il a relevé qu'au plan psychique, l'intéressée exprimait toujours les mêmes plaintes liées à son statut de requérante, disant qu'elle souhaiterait pouvoir travailler et qu'elle vivait difficilement le fait de ne rien faire. Il a exposé que l'état dépressivo-anxieux était très certainement modulé par son statut et en particulier l'impossibilité de trouver une activité professionnelle en raison de celui-ci et que l'état de fatigue ressenti par l'intéressée, dont l'étiologie était en lien avec l'état psychique, ne justifierait à proprement parler qu'une incapacité de travail de 50%, incapacité qui serait à réévaluer si la patiente pouvait exercer un métier car il était certain que l'inactivité était

- 4 - pour une large part à l'origine de ses difficultés. En annexe à ce document, figuraient notamment : - un rapport du 30 mai 2006 de la Dresse [...], cheffe de clinique à l'Unité de psychiatrie Y. _____, qui avait reçu l'assurée en urgence le 29 mai 2006 et avait constaté qu'elle présentait un état dépressif moyen sans syndrome somatique, accompagné par un cortège de symptômes anxieux, ainsi que des troubles du sommeil, notamment en rapport à des épisodes d'angoisse où elle revoyait des images liées à des événements traumatiques vécus dans son pays d'origine ; cette praticienne relevait que l'intéressée venait de recevoir une injonction à quitter le pays, événement qui la plongeait dans un état de désespoir et qui aggravait sa symptomatologie dépressive ; - un rapport du 28 août 2007 du Centre de psychiatrie V. _____, selon lequel l'assurée avait séjourné dans cet établissement du 20 au 23 juillet 2007, date de son retour à domicile, mentionnant ce qui suit : « DIAGNOSTIC : (CIM-10) F43.0 Trouble de l'adaptation à un facteur de stress aigu Z60.8 Difficultés liées à l'environnement social et familial EVOLUTION ET DISCUSSION Nous voyons Mme O. _____ à deux reprises avec un traducteur, vu qu'elle parle très peu le français. Elle nous dit clairement qu'elle est épuisée par la situation familiale où elle met la faute sur son mari qui aurait accepté de signer lors d'un premier séjour en Suisse de 1996 à 2000, un accord de rentrer au Kosovo. Là-bas, la famille n'avait aucune base pour vivre. Depuis leur retour en Suisse il y a 2 ans, leur séjour restait précaire et maintenant, la famille se trouve face à l'ordre d'expulsion. La patiente développe des idées de ruine et une idéation suicidaire fluctuante mais qui ne présente pas de scénario structuré ni d'envie de passage à l'acte immédiat, étant retenue par son rôle de mère. Il n'y a plus d'idéations suicidaires durant l'hospitalisation, même si les plaintes liées à sa situation persistent. Au niveau des symptômes cliniques, nous n'avons pas tous les symptômes pour un épisode dépressif et nous ne posons donc pas ce diagnostic, aussi sous réserve que la menace constante d'expulsion de la famille est un facteur de stress majeur. Nous posons le diagnostic d'un trouble de l'adaptation en gardant la Fluctine à doses réduites (en raison des plaintes

concernant les effets secondaires comme des maux de tête). Nous maintenons également le traitement de Temesta qui nous semble indiqué dans le trouble de l'adaptation. Nous proposons de réévaluer surtout la

- 5 - médication antidépresseur une fois la menace d'expulsion au moins stabilisée. La patiente sort de l'hôpital après 3 jours d'hospitalisation vu l'absence d'idéations suicidaires nécessitant une mise à l'abri, les autres diagnostics pouvant être traités en ambulatoire. La suite psychiatrique se fera selon prise de rendez-vous de la patiente auprès de l'Unité de psychiatrie Y._____ ». L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans un avis du 20 octobre 2014, le Dr B._____, médecin auprès de ce service, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le 12 juin 2016, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport d'expertise psychiatrique, fondé sur un entretien avec l'assurée du 19 février 2016 en présence d'un interprète ainsi que sur les pièces au dossier. Après avoir résumé ces dernières, décrit les plaintes de l'intéressée, relaté son anamnèse et fait état de ses constatations psychopathologiques, cet expert a posé les diagnostics suivants et apprécié le cas en ces termes : « 8. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation) ? Trouble de l'humeur persistant (F34.9) Trouble somatoforme indifférencié (F45.1) Mme O._____ présente des plaintes diffuses, disant que rien ne va, qu'elle ne peut plus rien faire, qu'elle passe ses journées allongées (sic) à ne rien faire. Il est impossible d'obtenir des renseignements précis. Les réponses aux questions sont toujours évasives. Elle se plaint de douleurs abdominales, de céphalées, de fatigue, de ne plus pouvoir marcher. Elle dit être dépendante des autres, de ne pas pouvoir faire sa toilette sans surveillance par crainte d'une chute. Elle donne ainsi l'impression d'être dans une situation de dépendance. Mais lorsque je lui demande le statut de ses enfants elle sait parfaitement me dire que [...] est naturalisé suisse et que les deux autres enfants ont obtenu un permis B de séjour. Elle sait également parfaitement ce que fait chacun de ses enfants et quelles sont leurs activités professionnelles. Il m'a été impossible d'obtenir une description des activités journalières ni des tâches ménagères qu'elle pouvait ou ne pouvait pas faire. Toutes les réponses étaient noyées dans un fleuve de plaintes. Néanmoins elle participe aux tâches ménagères. Elle dit faire la vaisselle et préparer à manger. Elle dit également ne pas sortir souvent.

- 6 - De cet ensemble de renseignements éparés il ressort que Mme O._____ s'est progressivement au cours des (sic) ces dernières années isolée et placée dans une situation de dépendance. Ce sont ses enfants qui s'occupent d'elle, voire son mari. Mais elle dit de son mari qu'il ne va pas bien. "Il ne crie pas comme moi mais il n'est pas bien." Elle manifeste donc une bonne capacité de comprendre les autres et l'isolement qu'elle connaît ne l'empêche pas de s'intéresser aux autres. Je pose donc un diagnostic de trouble de l'humeur persistant en raison de la durée du trouble et d'une symptomatologie dépressive modeste qui ne justifie pas un diagnostic de trouble dépressif à proprement parler. J'exclus donc un diagnostic d'épisode dépressif ainsi que de trouble dépressif récurrent. Je pose également un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié en raison des plaintes somatiques diverses sans substrat physiopathologique démontré. 9. Cohérence Les plaintes que présente Mme O._____ sont multiples et manifestent son profond mal être. Ces plaintes sont vraisemblablement amplifiées chez cette femme qui a vécu la guerre du Kosovo puis le retour au pays dans une situation décrite d'insécurité suivi enfin d'une tentative de retour en Suisse avec une menace d'expulsion depuis près de dix ans. Ces plaintes expriment une

souffrance personnelle. "Jusqu'à il y a deux ans, j'étais plus forte." "Je me suis détruite." Mme O. _____ manifeste malgré tout des capacités d'empathie avec son entourage. Mais elle noie ses ressources dans un flot de plaintes qui donne alors l'impression qu'elle est totalement démunie. 10. Appréciation et pronostic Mme O. _____ a connu, à ses dires, une vie sans histoire jusqu'au moment de la guerre du Kosovo. Elle avait choisi de s'occuper de son mari et de ses enfants et menait jusqu'alors une vie harmonieuse. La guerre est venue chambouler cet équilibre. La famille a pu échapper à la guerre et venir en Suisse en qualité de réfugié. En 2001, la famille est retournée au Kosovo, espérant vraisemblablement pouvoir reprendre une vie paisible comme celle qu'elle avait connue précédemment. Or la situation a été beaucoup plus chaotique et instable qu'elle ne l'avait imaginé ou espéré. Les enfants n'ont pas pu être scolarisés, du moins de manière satisfaisante. Le mari a été incarcéré à plusieurs reprises sans raison compréhensible. Il n'a pas retrouvé d'activité professionnelle. En 2005, la famille a alors décidé de tenter de revenir en Suisse et de demander l'asile politique. Mais cette demande a été refusée et la famille a été menacée d'expulsion. Depuis ce moment-là l'état de santé psychique de Mme O. _____ s'est dégradé. Mme O. _____ a été hospitalisée quelques jours en milieu psychiatrique en 2007 puis elle a suivi un traitement psychiatrique de manière plus ou moins régulière sans que ce traitement n'apporte de réel soulagement. La menace d'expulsion persiste. Mme O. _____ ne peut pas travailler en raison du permis de séjour. Les enfants sont devenus autonomes et n'ont plus besoin de la présence des parents. Mme O. _____ a ainsi perdu ses repères et ce qui avait fait sa raison de vivre jusque-là.

- 7 - Elle présente dès lors une humeur dépressive, avec un retrait social tout en s'intéressant toujours à ses enfants et à leurs activités. Elle présente d'autre part des troubles somatiques sous formes de douleurs abdominales, de céphalées et d'un sentiment de faiblesse généralisée. Les troubles psychiques actuels sont maintenant chroniques depuis plusieurs années, sans modification notable. Les traitements psychiatriques instaurés n'ont pas été à même d'enrayer leur chronification. Il est vraisemblable que d'autres mesures thérapeutiques ne permettront pas d'obtenir un amendement significatif. Les troubles psychiques actuels sont dus à une situation d'incertitude due à la menace d'expulsion et aux changements de lieu de vie avec des difficultés majeures d'acculturation. Il est vraisemblable que même si l'incertitude liée au permis de séjour était levée, les troubles psychiques risqueraient vraisemblablement de ne pas s'amender en raison de leur chronification. 11. Capacité de travail 11.1. Activité professionnelle Du point de vue strictement psychiatrique Mme O. _____ peut exercer une activité professionnelle. Mais elle n'a jamais encore exercé d'activité professionnelle et ne peut donc prétendre qu'à des activités n'exigeant aucune formation. Elle aura donc besoin d'une période d'entraînement au travail. 11.2. Capacité de travail Les troubles psychiques que présente Mme O. _____ ne limitent pas sa capacité de travail. La capacité de travail est pleine et entière sans diminution de rendement du strict point de vue psychiatrique. 11.3. Réadaptation professionnelle Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas justifiées du point de vue psychiatrique. Si des mesures de réadaptation devaient être mises en place, aucune limitation pour motif psychiatrique ne devrait intervenir. ». Dans un rapport du 30 juin 2016, le Dr B. _____ du SMR n'a retenu aucune atteinte incapacitante, mentionnant comme pathologies associées un trouble de l'humeur et un trouble somatoforme indifférencié. Il a indiqué que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. Il a en outre exposé ce qui suit : « L'expertise est réalisée avec un interprète Albanais-Français l'assurée ne parlant pas du tout

français. Après avoir pris connaissance des éléments du dossier et des plaintes de l'assurée l'expert a dressé l'anamnèse qui repose essentiellement sur une vie sans particularité et « tranquille » avant la guerre et chaotique ensuite avec l'immigration en Suisse temporaire d'abord en 1998 puis finalement définitive après 2001. L'assurée a du mal à répondre aux questions précises de l'examineur et se répand en une plainte

- 8 - permanente disant que rien ne va et que les psychiatres ne l'ont pas aidée. L'attention est maintenue tout le long de l'entretien. Il n'y a pas de signes psychopathologique[s] de type psychotique, de type hallucinations ou idées suicidaires ni d'apragmatisme ou de perplexité. Devant une plainte permanente et une symptomatologie dépressive modeste l'expert retient un simple trouble de l'humeur F34.9 et un trouble somatoforme indifférencié F45.1, qui exprime une souffrance personnelle mais qu'il ne considère pas comme incapacitant. Même si les détails de son quotidien sont difficiles à obtenir par l'expert l'assurée dit participer aux tâches ménagères et à la préparation des repas. Toutefois l'assurée semble s'être mise en situation de dépendance vis-à-vis de ses enfants et de son mari. Ces troubles psychiques se sont chronifiés avec le temps et ne reposent pas sur une atteinte psychiatrique de fond mais plutôt sur un contexte de vie avec une incertitude permanente liée à la menace d'expulsion, à l'acculturation et aux changements de vie depuis l'expatriation. Il n'existe pas de limitations psychiques à une activité professionnelle et d'un point de vue strictement psychiatrique la capacité de travail de l'assurée est entière sans diminution de rendement depuis toujours dans une activité adaptée à ses compétences, c'est-à-dire ne nécessitant pas de formation particulière. Des mesures de réadaptation ne se justifient pas du point de vue psychiatrique et les limitations sont d'ordre non psychiatrique mais dues à l'acculturation et au fait de ne jamais avoir travaillé. En synthèse à la lecture de cette expertise on constate que si l'assuré[e] ne travaille pas actuellement ce n'est pas en raison d'une atteinte psychiatrique mais plutôt en raison de son contexte bio- social. La démarche diagnostique est convaincante ainsi que la cohérence globale. Nous ne voyons donc pas de raison objective pour nous écarter des conclusions de l'expert et nous admettons donc une CT [capacité de travail] entière dans toute activité adaptée aux compétences de l'assurée depuis toujours. ». Selon un projet de décision du 4 juillet 2016, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail était totale dans toute activité. Le 28 septembre 2016, l'assurée a formulé des objections au projet précité, concluant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle a exposé que le Dr N._____ avait retenu une pleine capacité de travail sans en exposer les raisons et qu'il existait une nette discordance entre les constatations et les diagnostics retenus par cet expert et ceux des autres médecins appelés à se prononcer sur son état de santé, de sorte qu'il subsistait des doutes sur l'intensité et l'influence de ses troubles sur sa capacité de travail.

- 9 - Dans un avis du 12 octobre 2016, le Dr B._____ du SMR s'est déterminé en ces termes : « Notre projet de décision du 4 juillet 2016 est fondé sur les conclusions de l'expertise du Dr N._____ du 19 février 2016. L'assurée s'oppose à ce projet par l'intermédiaire de son avocat, Me Karim Hichri. Dans son courrier du 28.09.2016 l'avocat conteste les conclusions de l'expert sans que ses critiques ne soient étayées par une analyse médicale objective. Ainsi il doute que les troubles retenus par le psychiatre expert, et reconnus comme chronifiés, ne soient pas incapacitants, sans aucune motivation médicale. Par ailleurs les autres psychiatres consultés par l'assurée, auxquels l'avocat se réfère, ne se sont pas prononcés sur une capacité de travail. C'est pour cette raison que nous avons dû

avoir recours à une expertise psychiatrique et non pas à cause d'une gravité supposée, comme le prétend à tort l'avocat. En particulier la doctoresse de l'Unité de psychiatrie A. _____, dont nous ne savons pas si elle est psychiatre FMH, ne s'exprime pas sur une CT objective mais retient seulement le fait que l'assurée n'a pas eu d'activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse et mentionne des limitations liées à des facteurs extérieurs (contrariétés et imprévus dans un contexte d'insécurité et d'incertitude sociale) comme le Dr N. _____ (RM [rapport médical] Dresse R. _____ du 16 juillet 2016). En synthèse, à la lecture de cette contestation, nous ne trouvons pas, sinon une critique non objective de l'expertise réalisée, d'arguments médicaux probants susceptibles de modifier nos conclusions antérieures. L'expert estime que la cause de l'incapacité de travail actuelle est liée au contexte bio-psycho-social et aucun élément objectif nouveau ne vient démontrer que c'est au contraire en raison d'une atteinte psychiatrique limitante. Nous ne modifions pas notre appréciation précédente. ». Par décision du 17 octobre 2016, confirmant intégralement son projet du 4 juillet 2016, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité en faveur de l'assurée. B. Par acte du 18 novembre 2016, O. _____, représentée par Me Karim Hichri, a recouru contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision, subsidiairement à ce qu'un droit à une demi-rente d'invalidité lui soit reconnu dès le 1er juillet 2014. Elle a exposé que l'instruction menée par l'intimé était incomplète dès lors qu'il n'avait pas investigué l'aspect somatique et n'avait pas mis en œuvre une enquête pour déterminer ses empêchements dans la sphère ménagère. Elle a également soutenu que l'expertise du Dr N. _____ n'était pas

- 10 - probante et qu'il était douteux que la chronicité de ses troubles psychiques ne puisse pas entraîner une incapacité de travail. Elle a en outre produit un rapport du Dr T. _____ du 15 novembre 2016, selon elle plus étayé et permettant de mettre sérieusement en doute les conclusions de l'expert, rédigé comme suit : « Suite à votre demande, j'ai examiné avec attention l'expertise du Dr N. _____ relatif (sic) à l'état de santé psychologique de Mme O. _____. Les différents éléments qui sont mentionnés et analysés dans cette expertise regroupent d'une manière très précise les constats que j'ai moi-même réalisés au cours de plusieurs années de suivi médical. Il s'en suit que je partage l'appréciation et les diagnostics « formulés » à la fin de cette expertise à savoir que Madame O. _____ présente une humeur dépressive dont il est juste d'affirmer qu'elle persiste depuis de nombreuses années, au départ sans doute liée à l'incertitude que pouvait connaître la famille d'être admise en Suisse en tant que requérant d'Asile. Ces troubles de l'humeur ont sans aucun doute été entretenus par la précarité de leur situation, l'impossibilité d'accéder à une vie « normale » ne pouvant par exemple ni travailler et ni s'inscrire dans la vie sociale. Sans doute aussi que ses difficultés relationnelles avec son mari jouent un rôle ainsi que le constat qu'elle fait que ses enfants ont de la peine également à acquérir un statut satisfaisant. La chronicité des troubles de l'humeur m'amène à ne pas partager les conclusions du Dr N. _____ sur sa capacité de travail. En effet, je doute que Madame O. _____ dans une activité par exemple de femme de ménage puisse travailler à 100%. Cette femme est en effet déconditionnée d'une activité physique soutenue et qui plus est son instabilité psychologique rendrait très aléatoire la qualité du travail qu'elle pourrait fournir. C'est dire que tout au plus on devait considérer qu'elle a une capacité de travail de 50%, en tout cas pendant quelques années, quitte à voir si au-delà d'un certain terme elle serait plus à l'aise dans l'exercice d'un travail et pour cette raison pourrait augmenter sa capacité. Il est incontestable d'ailleurs, qu'il faudrait qu'elle puisse être encadrée quelle que soit l'activité

qu'elle fasse. Par ailleurs, si des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas justifiées encore faut-il qu'elle bénéficie d'une aide au moment de la reprise d'une activité. Il faudrait aussi ne pas oublier que Madame O. _____ ne parle pas le français, que ce qu'elle comprend reste d'ailleurs très limité comme j'ai pu en juger en essayant de lui expliquer des choses simples à plusieurs reprises. Dès lors, je doute qu'elle puisse progresser dans l'apprentissage de cette langue et en conséquence considère que cette carence constitue une limite à travailler. Vous me demandiez par ailleurs de discuter cette expertise avec un collègue psychiatre. Je ne connais malheureusement pas de collègue qui veuille bien prendre le temps de faire ce type de démarche d'autant qu'il leur faudrait faire la connaissance de la patiente et probablement s'entretenir avec elle plusieurs heures. En d'autres termes il faudra faire une contre-expertise ce qu'à mon avis je ne trouve pas très utile. ».

- 11 - Le 2 décembre 2016, la recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Par décision du 5 décembre 2016, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 novembre 2016, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Hichri. Dans sa réponse du 12 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 17 octobre 2016. Il a soutenu qu'au vu des diagnostics de trouble somatoforme et de trouble anxio-dépressif, l'instruction avait porté sur le volet psychiatrique et était donc complète. S'agissant du rapport du 15 novembre 2016 du Dr T. _____, il a exposé que ce praticien, s'il se distancie des conclusions sur la capacité de travail, partageait l'analyse et les diagnostics posés par le Dr N. _____, soulignant qu'il n'avait pas amené d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été omis par l'expert et qui seraient susceptibles de mettre en doute son raisonnement. L'intimé a également indiqué qu'au vu des constatations de l'expert, force était de constater que si la recourante ne travaillait pas actuellement, ce n'était pas en raison d'une atteinte psychiatrique mais plutôt en raison de son contexte bio-social, élément étranger à l'assurance-invalidité. Il a enfin relevé qu'un statut de personne active à 100% avait été retenu, de sorte qu'une enquête économique sur le ménage n'avait pas lieu d'être, rappelant au surplus l'absence d'atteinte à la santé incapacitante. Par réplique du 3 février 2017, la recourante a confirmé ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

- 12 - 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]). 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 AI 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). 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). Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. a)

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité.

- 13 - 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode

- 14 - spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 ; ATF 130 V 393 ; ATF 125 V 146). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au

prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée). d) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet. Cette dernière disposition énonce que 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

- 15 - marché du travail équilibré. Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5). 4. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et les références citées). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGa qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). a) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les

- 16 - règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité ; TF 8C_562/2014 du 29

septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (consid. 2.2.1 de l'arrêt cité et les références citées). b) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal

- 17 - fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité). c) Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité ; ATF 137 V 270).

- 18 - 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant

d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2). 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 125 V 261 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

- 19 - (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) 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. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 3b/aa et les références citées ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). d) Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se

prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors 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 citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

- 20 - 6. En l'espèce, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du 12 juin 2016 du Dr N. _____, l'intimé a considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité dès lors que le trouble de l'humeur et le trouble somatoforme indifférencié diagnostiqués par cet expert n'étaient pas incapacitants. De son côté, la recourante considère que le rapport d'expertise précité est insuffisamment probant, qu'il est mis en doute par les rapports des autres médecins et que l'instruction est incomplète. a) Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 12 juin 2016, le Dr N. _____ a posé les diagnostics de trouble de l'humeur persistant et de trouble somatoforme indifférencié. Il a exposé les raisons pour lesquelles ces diagnostics ont été retenus au détriment d'autres diagnostics psychiatriques. Il a en particulier exclu un trouble dépressif en raison d'une symptomatologie dépressive modeste. Il a examiné la cohérence entre les plaintes de l'intéressée et la répercussion de ses atteintes sur son quotidien. Il a décrit des plaintes diffuses sans substrat physiopathologique démontré qui étaient vraisemblablement amplifiées, soulignant que l'expertisée noyait ses ressources dans un flot de plaintes qui donnait alors l'impression qu'elle était totalement démunie. Il a relevé que la recourante participait aux tâches ménagères, celle-ci ayant déclaré faire la vaisselle et préparer les repas. Il a relaté un isolement progressif au cours des dernières années, notamment en raison de l'autonomisation de ses enfants, précisant cependant que cet isolement ne l'empêchait pas de s'intéresser aux autres dès lors qu'elle manifestait des capacités d'empathie avec son entourage, en particulier avec ses enfants dont elle connaissait parfaitement les occupations, activités professionnelles et statuts de séjour. Selon cet expert, les troubles psychiques actuels de l'intéressée sont dus à une situation d'incertitude liée à la menace d'expulsion du territoire suisse et aux changements de lieux de vie avec des difficultés majeures d'acculturation. Il a en effet décrit sur la base de l'anamnèse que la recourante avait vécu une vie sans histoire jusqu'au moment de la guerre au Kosovo, situation qui avait contraint la famille à se réfugier en Suisse. En 2001, la famille est retournée au Kosovo mais n'a pas pu reprendre l'existence paisible qu'elle avait connue auparavant, ce

- 21 - qui l'a amenée à revenir en Suisse en 2005 pour y demander l'asile. La demande a été refusée et la famille a été menacée d'expulsion. Le Dr N. _____ a expliqué que c'était à partir de ce moment que l'état de santé psychique de l'intéressée s'était dégradé, celle-ci ayant notamment été hospitalisée en milieu psychiatrique du 20 au 23 juillet 2007, puis avait suivi un traitement psychiatrique de manière plus ou moins régulière sans que celui-ci n'apporte un réel soulagement. La menace d'expulsion perdurant depuis lors et l'expertisée ne pouvant pas travailler en raison de son statut, il a relevé que les troubles psychiques étaient devenus chroniques depuis plusieurs années, sans modification notable, les traitements instaurés n'ayant pas été à même d'enrayer leur chronicisation. Cet expert a ainsi conclu que les troubles psychiques présentés par la recourante ne limitaient pas sa capacité de travail, laquelle était entière, sans diminution de rendement, dans une activité ne nécessitant pas de formation dès lors qu'elle n'avait encore jamais exercé d'activité professionnelle. On constate ainsi que le Dr N. _____ a procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs prévus par l'ATF 141 V 281 (cf. supra consid. 4b) pour déterminer si le trouble somatoforme présenté par l'intéressée influençait sa capacité de

travail. Son analyse, claire et exempte de contradictions, satisfait par ailleurs aux réquisits jurisprudentiels précités (cf. supra consid. 5). Les autres médecins ayant examiné la recourante n'ont pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par cet expert et seraient susceptibles de mettre sérieusement en doute son avis. La Dresse R. _____, dans son rapport du 16 juillet 2014, avait également retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, indiquant qu'il impactait la capacité de travail. Elle n'a cependant pas explicité sa position, précisant qu'il était difficile de se prononcer à cet égard dès lors que l'intéressée ne disposait d'aucune formation et n'avait jamais travaillé que ce soit en Suisse ou au Kosovo. A l'instar du Dr N. _____, cette praticienne a souligné que l'état de santé psychique de la recourante s'était dégradé de façon visible dès juin 2006 à la suite de la

- 22 - réception de l'avis d'expulsion du territoire suisse et a relevé que son discours était centré sur ses plaintes somatiques qui occupaient une grande partie de sa vie depuis plusieurs années et que sa vie psychique était polarisée autour de ces sujets, précisant que les restrictions étaient principalement liées à la cristallisation de ces plaintes somatiques, lesquelles étaient amplifiées en intensité en fonction des événements extérieurs. Ces constatations rejoignent également celles du Dr T. _____ qui, dans son rapport indexé le 30 septembre 2014, indiquait que la recourante exprimait toujours les mêmes plaintes liées à son statut de requérante et précisait que l'état dépressivo-anxieux était modulé par ce statut. Dans son rapport du 15 novembre 2016, le Dr T. _____ a déclaré partager l'appréciation et les diagnostics formulés par le Dr N. _____, mais qu'il s'écarterait des conclusions de cet expert concernant la capacité de travail. Il a en effet admis que l'humeur dépressive de sa patiente était au départ liée à l'incertitude concernant le statut de requérant d'asile et que ses troubles avaient sans aucun doute été entretenus par la précarité de la situation de la famille et l'impossibilité de pouvoir travailler en raison du statut du séjour. Il a par contre relevé qu'au vu de la chronicité des troubles de l'humeur, il doutait que l'intéressée puisse travailler à 100% car elle était déconditionnée d'une activité physique soutenue et son instabilité psychologique rendrait très aléatoire la qualité du travail qu'elle pourrait fournir. Cet avis, formulé de manière hypothétique, apparaît toutefois insuffisamment étayé pour mettre en doute celui du Dr N. _____ et se base sur des éléments dûment pris en compte par cet expert, révélant ainsi une appréciation différente d'une même situation. b) La recourante fait également grief à l'intimé de ne pas avoir instruit sur le plan somatique. L'intéressée présente effectivement des plaintes somatiques, qui ont été rapportées par tous les médecins l'ayant examinée. Toutefois, aucun rapport médical ne fait mention d'un diagnostic sur le plan somatique. Les médecins ont tous mis ces plaintes, non objectivées, en lien avec une affection psychique, raison pour laquelle une expertise psychiatrique a été ordonnée. Dans ces conditions, le volet somatique n'avait pas à être investigué.

- 23 - c) La recourante reproche enfin à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une enquête économique sur le ménage alors qu'elle est femme au foyer. On relève à cet égard que dans le formulaire complété le 13 février 2014, l'intéressée a déclaré que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, son taux d'activité serait de 100% par intérêt personnel et nécessité financière. Revendiquant un statut de 100% active, une enquête économique sur le ménage de la recourante n'avait pas lieu d'être. Quoi qu'il en soit, aucune limitation n'a été décrite sur le plan psychique. d) Au vu de ce qui a été exposé, force est de constater que l'instruction a été menée par l'intimé à satisfaction de droit et il y a lieu de conférer au

rapport d'expertise du 12 juin 2016 du Dr N. _____ une pleine force probante. Il convient donc de retenir que les troubles psychiques présentés par la recourante, qui relèvent d'un contexte bio- social, ne limitent pas sa capacité de travail, laquelle est entière dans toute activité, sans limitation fonctionnelle. 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. b) 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'AI 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 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de

- 24 - l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). S'agissant enfin du montant de l'indemnité du conseil d'office de l'intéressée, Me Hichri a renoncé à déposer sa note d'honoraires. La Cour de céans statue donc en équité et fixe l'indemnité d'office de Me Hichri à 2'268 fr., débours et TVA compris (2'100 fr. d'honoraires et débours, plus 168 fr. de TVA). Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

- 25 - 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 17 octobre 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 à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Karim Hichri est arrêtée à 2'268 fr. (deux mille deux cent soixante-huit francs), TVA et débours compris. V. Le 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, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier :

- 26 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Karim Hichri (pour O. _____) - 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.