

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 janvier 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Silva et M. Riesen, juges assesseurs  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 LPGA; 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_, née en 1963 au Kosovo (ci-après : l'assurée ou la recourante), est venue rejoindre son époux en Suisse en mars 1991. Le couple est au bénéfice d'un permis C.

Le 9 juillet 2013, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prise en charge de chaussures orthopédiques en indiquant comme atteinte à la santé une cheville cassée en 1991, provoquant des douleurs permanentes.

Le 16 octobre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier I.\_\_\_\_\_, (ci-après : le I.\_\_\_\_\_) a adressé à l'OAI une copie du rapport de consultation du 25 avril 2013, en précisant que la patiente ne s'était plus présentée depuis lors pour un autre contrôle, information confirmée auprès de l'OAI le 11 juin 2015. Le rapport susmentionné, signé par les Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef de l'unité et chef de clinique, mentionne notamment ce qui suit :

### **"Diagnostic :**

- Cal vicieux de la jambe distale droite en valgus avec : Décompensation de l'articulation sous-talienne.

### **Anamnèse :**

Cette patiente est connue pour une fracture de jambe droite en 1990 traitée conservativement au Kosovo. Elle présente un cal vicieux en valgus qui était relativement bien supporté. Depuis environ une année, la patiente se plaint de douleurs devenant de plus en plus importantes au niveau de l'arrière-pied droit. Douleurs de type mécanique uniquement.

Il s'agit d'une patiente obèse, sinon elle est en bonne santé habituelle. Actuellement, elle suit un traitement de physiothérapie et constate une amélioration des douleurs.

Médication actuelle : Brufen en réserve.

### **Examen clinique :**

On constate une déformation de la jambe distale droite en valgus. Sur la pointe du pied ce valgus se réduit légèrement au niveau du pied la jambe reste désaxée en valgus. La sous-

talienne est enraidie avec des douleurs à la mobilisation passive. La palpation profonde du sinus du tarse et le sustentaculum tali sont douloureux. Au niveau de la cheville, il persiste une mobilité à 40-0-0.

**Bilan radiologique :**

Des radiographies en charge montrent une cheville droite avec un interligne articulaire respecté. Petit pincement dans la joue médiale au niveau de la pointe de la malléole interne uniquement. Cal vicieux tibial métaphysaire et du péroné distal d'une trentaine de degrés. La sous-talienne montre des lésions dégénératives.

**Discussion :**

Actuellement, la patiente est relativement peu gênée et ne souhaite pas une prise en charge chirurgicale d'emblée. Nous lui prescrivons des chaussures orthopédiques de série avec lit plantaire incorporé varisant de l'arrière-pied, barre de déroulement et talon amortisseur. Si ce chaussage ne soulagerait pas suffisamment la patiente, on pourrait encore procéder à une infiltration cortisonnée de l'articulation sous-talienne. S'il fallait aller vers une prise en charge chirurgicale, il est douteux qu'une réaxation de la jambe distale puisse améliorer les douleurs que la patiente présente surtout au niveau de la sous-talienne. La stratégie chirurgicale reste encore à définir. Nous allons revoir la patiente d'ici 2 mois environ suite au chaussage orthopédique pour refaire le point. A ce moment, on effectuera des radiographies de type Anthonsen pour préciser les lésions dégénératives de la sous-talienne."

Le 22 octobre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait à sa charge les chaussures orthopédiques prescrites.

**B.** Le 21 avril 2015, le Centre social régional de [...] a adressé à l'OAI une demande de détection précoce concernant l'assurée, en indiquant que celle-ci était en incapacité de travail depuis 2013.

Il ressort du rapport initial de détection précoce daté du 7 mai 2015 et faisant suite à un entretien avec l'assurée le jour précédent que celle-ci a rejoint son époux alors que ce dernier travaillait déjà en Suisse. Elle a travaillé six ans comme nettoyeuse (de 1999 à 2005) à un taux de 20 % en raison des soins à donner à ses enfants (nés en 1985, 1987 et 1992) et de son état de santé. Elle a perdu son emploi à la suite d'une restructuration. Elle s'est inscrite au chômage. Par la suite, son époux a également perdu son emploi. Le couple est actuellement au bénéfice du

revenu d'insertion (RI). L'assurée a expliqué que, juste avant d'arriver en Suisse, elle s'était cassé le pied et qu'il ne s'était jamais remis complètement. Depuis 4 ans, elle souffre aussi de cervicalgies mais ne sait pas à quoi cela est dû. Elle a décrit ses limitations fonctionnelles ainsi : "Pas de force dans la jambe, marche max 10-15', ne peut pas se baisser et peine à se mettre en route le matin. Alternier les positions, peine à s'endormir. Difficultés de concentration". Le rapport indique que l'assurée boîte un petit peu.

Le 15 mai 2015, l'assurée a déposé une demande formelle de prestations d'invalidité, requérant une "réadaptation professionnelle/rente ". Comme atteintes à la santé, elle a indiqué des douleurs permanentes au pied droit à la suite d'un accident ainsi qu'aux cervicales.

Le 4 juin 2015, l'assurée a informé l'OAI que, sans atteinte à sa santé, depuis son arrivée en Suisse, elle travaillerait à 100 % dans le domaine du nettoyage, par nécessité financière.

Dans un rapport médical reçu par l'OAI le 24 juin 2015, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des troubles de l'adaptation depuis 1991, des cervicalgies depuis 2011, des troubles dégénératifs de la cheville droite suite à une fracture en 1990, des talalgies plantaires à droite depuis 2012 et une probable coxarthrose à droite depuis mai 2015. Elle a expliqué qu'elle suivait cette patiente depuis décembre 2012 et que l'assurée consultait auparavant le Dr J.\_\_\_\_\_. A la rubrique anamnèse, le médecin traitant indiquait que la patiente avait commencé à la consulter en raison de douleurs cervicales importantes, en augmentation lors d'activités, avec irradiation dans les bras des deux côtés et perte de force. Une radiographie cervicale effectuée le 27 février 2014 montrait une agénésie partielle discale C3-4, responsable d'une discopathie et d'une uncarthrose de l'étage inférieur C4-C5 liée à l'hypermobilité du segment intervertébral mobile. Une prise en charge antalgique et physiothérapeutique avait eu un

effet passager. Actuellement, sous Targin, elle constatait un effet favorable mais, lors de la mobilisation, la patiente ressentait des douleurs. Au niveau de la cheville droite, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée avait subi une fracture traitée au Kosovo par un plâtre, que la cheville avait consolidé avec un cal vicieux en valgus, qu'à son arrivée en Suisse elle avait consulté l'Hôpital [...], qui n'avait pas opté pour une opération corrective. L'assurée se plaignait depuis de douleurs au niveau de cette cheville. Un avis médical avait été demandé au Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, dont le rapport figurait en annexe. Le médecin traitant indiquait encore qu'actuellement sa patiente se plaignait d'importantes douleurs de la cheville droite sur mobilisation et au cours de la journée et devait se reposer déjà après une heure d'activité. Elle précisait que l'assurée présentait également des troubles de l'adaptation depuis son arrivée en Suisse, étant socialement à l'écart et ne sortant que peu de chez elle. Malgré les cours de français, elle éprouvait de grandes difficultés dans l'expression et la compréhension de cette langue. Le médecin traitant faisait le constat médical suivant :

"Myélogélose paracervicale ddc (réd. : des deux côtés), mobilité relativement bien conservée mais douleurs à la rotation. Cheville D (réd. : droite) : tuméfaction. Flexion nettement diminuée. Extension également. Supination/pronation impossible. Douleurs à la palpation plantaire."

Son pronostic était réservé. Elle estimait que l'activité habituelle n'était plus exigible, en considérant la difficulté en position soutenue debout avec des douleurs à la cheville droite après une heure ainsi que des douleurs cervicales et plantaires bilatérales. Dans l'annexe relative aux limitations fonctionnelles, la Dresse L. \_\_\_\_\_ excluait les positions uniquement assise et debout, celles exercées principalement en marchant, impliquant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, tout comme celles impliquant de soulever ou de porter et de monter sur une échelle.

Le rapport médical établi le 6 février 2013 par le Dr V. \_\_\_\_\_, joint au rapport de la Dresse L. \_\_\_\_\_, indiquait notamment ce qui suit :

«J'avais déjà vu Madame T. \_\_\_\_\_ en juin 2012, adressée par son ancien médecin, le Dr J. \_\_\_\_\_. Elle avait des talalgies à droite. J'ai prescrit un traitement conservateur. L'évolution fut favorable.

Rappelons qu'en 1990, elle a une fracture de la cheville droite traitée au Kosovo avec un plâtre. La cheville avait consolidé avec un cal vicieux en valgus. Lorsqu'elle est arrivée en Suisse, elle a consulté l'hôpital [...] à [...] où ils n'ont pas opté pour une chirurgie corrective.

Depuis environ 3 mois, Madame T. \_\_\_\_\_ se plaint d'avoir davantage de douleurs à sa cheville droite. Ces douleurs sont globales, plutôt de type mécanique, elles irradient le long de la face externe de la jambe.

Au status : patiente obèse. Taille 1.47, poids 83 kg. En ce qui concerne les membres inférieurs, il n'y a pas de trouble majeur des axes. L'examen des hanches et des genoux sont dans la limite de la norme. L'arrière-pied droit est dévié en valgus d'une trentaine de degrés. La flexion dorso-plantaire des articulations tibio-astragaliennes est de 0-0-40 à droite, et 10-0-40 avec le genou fléchi. A gauche, elle est de 10-0-40 et 20-0-40 avec le genou fléchi. L'articulation sous-astragalienne à droite est enraidie. Sa mobilisation déclenche des douleurs.

J'ai effectué une radiographie de la cheville droite qui montre un cal vicieux métaphysaire en valgus d'une trentaine de degrés suite à une fracture des deux os de la jambe droite. Elle a des troubles dégénératifs débutants de la tibio-astragalienne. A mon avis, il y a une indication à une ostéotomie correctrice des axes du tibia et du péroné à droite.

J'ai longuement expliqué la situation à Madame T. \_\_\_\_\_ et son mari. Etant donné la couverture assécurologique de Madame T. \_\_\_\_\_, cette intervention ne pourra être faite que dans un hôpital public. Je leur ai conseillé l'hôpital [...].

En ce qui concerne la capacité de travail, elle a travaillé comme femme de ménage jusqu'à 2006. Depuis, elle n'a pas d'activité professionnelle. Il est évident que cette activité n'est plus exigible, car elle ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée, sédentaire, sans port de charge, la capacité de travail de Madame T. \_\_\_\_\_ est, à mon avis, complète."

Dans un rapport du 3 novembre 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a notamment relevé ce qui suit :

"L'atteinte à la santé concerne essentiellement des douleurs de la région de la cheville et du pied droits. Les RM (réd. : rapports médicaux) cités à la page n° 1 du Dr V. \_\_\_\_\_ (...) et du service de chirurgie orthopédique du DAL (réd. : département de l'appareil locomoteur/l. \_\_\_\_\_) permettent de rapporter ces douleurs à une position vicieuse en valgus de l'extrémité distale de la jambe droite suite à une fracture survenue en 1990 (1 an avant que l'assurée n'émigre en Suisse) traitée conservativement. Dans leur RM, les spécialistes du DAL précisent que l'assurée n'est que "peu gênée" et - à l'inverse du Dr V. \_\_\_\_\_ - ils ne préconisent pas d'opération (ostéotomie de correction d'axe) mais prescrivent des chaussures

orthopédiques de série, adaptées. Lesdites chaussures ont été octroyées à l'assurée (...).

Lors de sa consultation de 2013, et pas lors de sa consultation de 2012, le Dr V. \_\_\_\_\_ s'exprime avec précision quant à la CT (réd. : capacité de travail), respectivement l'IT (réd. : incapacité de travail) en tant que femme de ménage. Il est légitime de suivre son appréciation et de fixer l'IT à la date de son examen et, respectivement, l'aptitude à la réadaptation à cette même date.

L'assurée souffre également de cervicalgies, les Rx du 27.02.2014 (...) démontrent des troubles dégénératifs banals (l'agénésie partielle du disque C3/C4 n'a pas d'effet biomécanique fonctionnel significatif); comme les troubles au niveau du membre inférieur droit imposent des limitations fonctionnelles définissant un travail léger, on doit admettre que la fragilité cervicale est également respectée par ces restrictions.

Quant au trouble de l'adaptation, le MT (réd. : médecin traitant) nous dit qu'il existe depuis que l'assurée est en Suisse; cette affirmation n'est d'une part pas étayée par une évaluation psychiatrique - que les MT successifs n'estimaient d'ailleurs pas nécessaire - et d'autre part n'avait pas empêché l'assurée de travailler même dans un emploi pas absolument adapté au plan biomécanique jusqu'à ce qu'elle doive l'abandonner pour des raisons propres à l'entreprise et non à sa santé. Ce trouble de l'adaptation n'a donc pas valeur d'atteinte à la santé incapacitante."

Le rapport initial de l'OAI, établi le 21 décembre 2015, indique que l'assurée est venue accompagnée de son fils. Elle a déclaré ne pouvoir rien faire tout en souhaitant l'inverse. Elle a expliqué que les cours de français étaient difficiles car elle peinait à se concentrer et surtout elle oubliait tout dès la fin du cours. Informée de la proposition du SMR, elle a déclaré vouloir avoir une consultation avec eux. Elle a été informée que le SMR se fondait sur les rapports médicaux de ses médecins et qu'en présence de faits nouveaux, elle devait informer l'OAI par écrit. Le rapport rappelle que, selon le SMR, les limitations fonctionnelles sont le port de charge limité à 5 kg, l'alternance possible des positions, l'interdiction de genuflexions et d'activités en position accroupie ou impliquant une marche en terrain irrégulier. Au chapitre des observations, il est indiqué que l'assurée semblait plaintive et peinait à imaginer pouvoir travailler mais souhaitait tout de même bénéficier de l'aide au placement. Elle n'avait pas semblé intéressée par la proposition de participation au "Groupe Femmes" d'Appartenances" qui lui aurait permis de faire évoluer son français.

Par décision du 5 janvier 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une aide au placement, à savoir des conseils et un soutien pour la recherche d'un emploi par un coordinateur.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité en retenant que, selon les renseignements médicaux en sa possession, la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans son activité habituelle d'employée de nettoyage depuis février 2013 mais qu'elle conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Il a exposé que tel était le cas des activités industrielles légères, comme par exemple opératrice de production, conditionnement léger ou travail à l'établi. Considérant que l'assurée n'exerçait plus aucune activité professionnelle, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, en l'occurrence sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, 4'112 francs par mois, pour un horaire hebdomadaire de 40 heures, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1; niveau de compétence 1). En tenant compte d'un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, de l'indexation de 2012 à 2014 (0,7 % et 0,8 %) ainsi que d'un abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles, l'OAI a fixé le revenu d'invalidité à 46'994 fr. 06. Le revenu sans invalidité s'élevant quant à lui à 52'215.62, le degré d'invalidité afférait à 10% et ne donnait pas droit à une rente.

Le 15 février 2016, l'OAI a rendu une décision de rejet de rente dans des termes identiques à son projet de décision du 5 janvier précédent.

Par courrier du 17 février 2016, l'assurée a notamment confirmé à l'OAI la teneur de leur entretien du jour, à savoir qu'elle ne se sentait actuellement pas apte à reprendre une activité professionnelle en

raison de son état de santé et qu'elle renonçait pour le moment à l'aide au placement qui lui avait été allouée

**C.** Par acte du 8 mars 2016, T. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 15 février précédent. Elle a implicitement conclu à la réforme en ce sens qu'une pleine rente d'invalidité lui est allouée. La recourante fait notamment valoir ce qui suit :

"Je vous confirme que je n'ai pas repris d'activité professionnelle car je suis incapable de travailler. Mes douleurs ne me permettent pas d'effectuer un quelconque travail et même avec une charge minimale de 5 kg. Je prends des médicaments régulièrement et le fait que je ne travaille plus depuis quelques années est dû au fait uniquement que ma santé ne me le permet pas.

(...)

Je vous informe que je suis aidée par le service social de [...]. A cause de mes problèmes de santé, le service social a rendu une décision d'incapacité de travail complète et m'a libérée des responsabilités de recherches d'emploi. Preuves à l'appui en cas de besoin.

De plus, je tiens à mettre en avant le fait que l'OAI n'a pas tenu compte de ma santé réelle lors de mes divers entretiens à leur office. Les rapports médicaux n'ont pas été consultés ni pris en compte.

Je peux constater que ces derniers se basent uniquement sur la jurisprudence et n'ont pas effectué d'examen médical approfondi de ma santé. Je vous confirme que leur décision n'est pas objective et ne respecte pas la Loi en vigueur en Suisse.

**L'art. 7 al. 2** de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales mentionne que "**seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain**". Or, les conséquences de mon incapacité de gain sont nombreuses : Etat psychologique déplorable, stress quotidien et pression psychique, incapacité de sommeil, douleurs insurmontables quotidiennes. De plus, mon mari doit effectuer toutes les tâches ménagères, effectue la cuisine, porte seul les commissions et passe l'aspirateur. Je vous informe que même avec cette énorme aide de mon époux, mes douleurs sont insurmontables.

A ce stade, nous pouvons en conclure que le degré d'invalidité doit être confirmé à 100% car à ce jour, je ne peux effectuer aucun emploi.

Je joins à la présente les remarques de mon Dr. L. \_\_\_\_\_ qui confirme mes dires et réfute également les affirmations et la décision de l'OAI. (...)

#### **EN CONCLUSION**

Je vous demande d'annuler la décision de l'OAI datée du 15 février 2016 et vous demande de bien vouloir prononcer une incapacité de travail à 100%.

De plus, je vous prie d'ordonner un examen approfondi de ma situation de santé auprès d'un médecin neutre ou même auprès de

leur médecin de l'OAI. Je pense que leur décision n'est pas conforme à la Loi en Suisse selon mes développements susmentionnés et vous demande de bien vouloir faire valoir mes droits constitutionnels les plus fondamentaux."

La recourante a produit l'appréciation médicale établie le 4 mars 2016 par la Dresse L. \_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit :

"La patiente est en incapacité de travail à 100% en tant que femme de ménage en raison de plusieurs pathologies :

**a.** cervicalgies avec douleurs exacerbées au port de charge même léger. Dans mon rapport médical je n'ai pas pu déterminer de limite qui permette à la patiente d'effectuer des tâches vu qu'elle est très limitée dans sa vie quotidienne. En effet elle rapporte qu'elle n'est pas capable de porter ses commissions elle-même. Même passer l'aspirateur est une tâche qui exacerbe ses douleurs. Les douleurs l'obligent à faire des pauses fréquentes. Vous fixez à 5 kg maximum le port de charge, mais cela semble ne pas refléter ce que tolère la patiente au quotidien.

A l'examen clinique je relève des douleurs para-vertébrales des deux côtés, une distance au jugulum en flexion-extension de 1cm-9cm. La rotation est effectuée de façon très précautionneuse mais semble intacte. A l'étage inférieur on relève également une diminution de la mobilisation de la colonne lombaire avec une distance doigt-sol de 41 cm et une diminution de la flexion latérale des 2 côtés. Au niveau radiologique (février 2014) il existe une discopathie dégénérative C4-C5 provoquée par une agénésie partielle du disque intervertébral C3-4 avec un rétrécissement du canal cervical.

**b.** un cal vicieux en valgus suite à une fracture en 1990 traitée conservativement au Kosovo. Les douleurs au niveau de la cheville la limitent beaucoup dans ses activités quotidiennes puisqu'elle est obligée de faire une pause après déjà une heure d'activité légère. Sur les limitations actuelles je vous réfère au rapport AI que le Dr V. \_\_\_\_\_ a certainement rempli.

**c.** les troubles de l'adaptation se sont manifestés déjà en 1991 chez une patiente déracinée. Malgré des cours de langue elle n'est pas arrivée à apprendre le français et à s'intégrer. Les consultations se passent toujours en présence de son mari qui traduit ses propos. Même si elle semble comprendre grossièrement les questions, l'expression reste très laborieuse.

Au vu des limitations, de la charge de travail très légère que peut effectuer la patiente et des pauses fréquentes nécessaires, je vous remercie de reprendre position par rapport à la décision."

Par réponse du 3 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il fait notamment valoir qu'avant d'établir son rapport du 3 novembre 2015, le SMR a pris connaissance et analysé les pièces médicales versées au dossier dont, en particulier, le rapport établi le 6 février 2013 par le Dr V. \_\_\_\_\_. Or, ce spécialiste estime que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, sédentaire, sans

port de charge, est complète. En ce qui concerne l'avis médical du 4 mars 2016 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, l'OAI relève en substance que l'incapacité totale de travail dans l'activité de femme de ménage n'est pas contestée et que le médecin traitant ne fait aucune mention de l'exigibilité dans une activité adaptée, seule pertinente en l'espèce. Par ailleurs, il estime que les remarques relatives aux cervicalgies reposent pour une bonne part sur les seules plaintes de l'assurée et que le médecin traitant se contredit s'agissant du cal vicieux et de la douleur au niveau de la cheville qui nécessiteraient une pause après déjà une heure d'activité, puisque dans son rapport de juin 2015, elle faisait seulement état de difficultés en position soutenue debout. Quoiqu'il en soit, cette dernière limitation fonctionnelle a été prise en compte puisque l'exigibilité entière a été retenue uniquement pour une activité sédentaire. Enfin, pour ce qui est des troubles de l'adaptation, il se réfère à l'avis du SMR du 3 novembre 2015 à ce propos.

Le 27 juin 2016, la recourante a produit les pièces suivantes :

- Le courrier du 25 mai 2016 adressé par la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, à la Dresse L.\_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit :

"Sans reprendre en détail tous les éléments du dossier qui vous sont bien connus, on peut résumer la situation en disant que la patiente a :

- Des séquelles d'une fracture de jambe, datant de 1990, avec un cal vicieux, responsable de valgus de la cheville droite, avec œdème chronique et enraidissement de la sous-talienne. Cette patiente porte des chaussures orthopédiques. Il n'a pas été retenu d'indication de varisation de la cheville à l'hôpital [...], d'autant que la patiente ne souhaitait pas une prise en charge chirurgicale. La patiente a une reconnaissance d'incapacité à maintenir une position debout prolongée, sachant que la position assise prolongée favorise aussi un œdème local séquellaire. Il est donc légitime que la patiente ait une activité avec des positions variables dans la journée et des positions debout n'excédant pas 1 heure.
- Cette patiente présente des cervicalgies depuis 2012, intensifiées depuis 2014, irradiant dans les 2 bras, sans vraie névralgie cervico-brachiale. Cliniquement, elle a des douleurs cervicales à la palpation des épineuses, sur les trapèzes et les muscles paravertébraux dorsaux. Il n'y a pas d'enraidissement majeur du rachis cervical mais une mobilisation très précautionneuse pour ne pas réveiller les douleurs. Il n'y a pas

d'anomalies des réflexes, pas de Lasègue du bras, pas de déficit sensitivo-moteur. La radiographie du rachis cervical du 27.2.14, que je n'ai pas vue, objective une agénésie partielle discale C3-C4, avec une discopathie à ce niveau bien évidemment et une uncarthrose sous-jacente, qui peut expliquer une partie des douleurs. La physiothérapie l'améliore passagèrement et la patiente prend régulièrement Irfen 2x/jour et Dafalgan 2-3x/jour, pour se soulager.

Ces cervicalgies chroniques limitent le travail bras en l'air ou en position cervicale maintenue en flexion ou en extension, de façon prolongée. Un port de charges au-delà de 5kg paraît difficile.

Il n'y a pas de lombalgies, pas de limitation de hanches, pas d'épanchement des genoux.

- D'autre part, il existe un contexte psychologique qui augmente certainement les douleurs, avec des crises d'angoisse, tous les soirs vers 19h, des difficultés à s'endormir et une asthénie matinale. Il n'y a pas de fibromyalgie, en l'absence de points douloureux diffus mais cet état anxio-dépressif, associé à une obésité génère certainement la chronicisation des douleurs. Peut-être faudrait-il essayer de traiter cet état par Cipralex ou gouttes de Laroxyl, pour voir s'il y a une amélioration des douleurs.

- Il existe enfin une attente différente des conjoints, par rapport à la situation de la patiente. Le mari aimerait que sa femme sorte de chez elle, puisse travailler un peu, ce qui, selon lui, améliorerait son état général. La patiente aimerait surtout une reconnaissance de sa souffrance, qui me paraît autant psychologique que physique. Si les douleurs étaient améliorées par l'état thymique, peut-être que l'on pourrait tenter de proposer à la patiente une activité physique à temps partiel. L'idéal serait d'avoir une évaluation psychologique avec quelqu'un qui parle kosovar, pour voir la part psychosomatique dans les douleurs."

- Le courrier adressé le 23 juin 2016 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au médecin traitant de l'assurée, dont il ressort notamment ce qui suit :

"Suite à notre entretien téléphonique du 20 juin courant, je vous adresse le consilium concernant la patiente susnommée pour une évaluation psychologique dans la langue maternelle de Madame T.\_\_\_\_\_.

(...) je reviens juste un peu sur le contexte de cette fracture. Cette fracture est arrivée pendant la situation de guerre où la patiente était une jeune femme, mère de 2 enfants, son mari était émigré en Suisse. De ce fait, elle n'a pas pu avoir accès aux soins et a subi des douleurs durant des semaines en s'occupant en même temps de ses 2 jeunes enfants.

Le sentiment de victimisation était encore plus important que [sic], ni dans son pays d'origine ni en Suisse, n'ont pas pu reprendre médicalement parlant la situation en mains et soulager les séquelles de cette fracture accidentelle.

A son arrivée en Suisse la patiente a pu avoir malgré tout une activité professionnelle partielle ainsi qu'assumer ses 3 enfants qui vont bien. (...) La patiente a travaillé durant une dizaine d'années dans le nettoyage à raison d'une heure trente le soir au centre commercial (...). La patiente a dû arrêter selon elle en 2007 en

raison des douleurs de sa jambe droite avec la sensation de ne pas pouvoir se déplacer lorsque les douleurs augmentent. De plus, elle aurait développé des douleurs cervicales et en raison d'une inactivité une obésité.

Depuis à peu près 5 ans le couple a dû faire recours à l'aide sociale car le mari a perdu son emploi après 30 ans de travail et de ce fait la pression tombe sur la patiente, laquelle est censée pouvoir chercher une activité professionnelle. C'est dans ce cadre qu'elle développe un état anxiodépressif réactionnel en ayant déjà un trouble de stress post-traumatique code CIM-10 F43.10 sous-jacent. Cette décompensation s'explique par le fait que la patiente avait déjà auparavant des facteurs de stress psychosocial car bien avant de vivre le traumatisme de la guerre son niveau psychosocial et psychoéducatif étaient assez insuffisants. Par la suite, l'épisode de la fracture de la jambe a été vécu dans un contexte de guerre avec toute la violence que cette dernière a pu lui infliger de ne pas pouvoir bouger de chez soi et aller chercher de l'aide spécialisée.

Pour revenir ensuite aux facteurs post-traumatiques qui fragilisent psychologiquement la patiente étant l'émigration [sic]. En effet, la patiente a développé des symptômes qui sont assez en lien avec sa culture en étant en évitement, voire de l'anesthésie émotionnelle. Tout en développant également des symptômes somatiques avec somatisations : sensations de chaleur, des céphalées, de l'asthénie et la focalisation des plaintes sur les séquelles de sa "cicatrice de guerre" qui est bien placée sur sa jambe droite.

Dans le status psychique, je peux mentionner une humeur négative, des troubles du sommeil, des troubles de concentrations, l'anxiété de séparation, un comportement irritable avec l'entourage et de la nervosité. Ceci fait qu'aujourd'hui la patiente a un ralentissement fonctionnel.

Les symptômes anxieux sont encore plus importants depuis que la patiente a reçu une réponse négative et qu'elle se voit "forcée de travailler" malgré sa douleur dans un emploi adapté à son déficit fonctionnel.

C'est dans ce contexte qu'elle a demandé une évaluation et du soutien psychologique auprès de mon cabinet.

Je précise également qu'actuellement la patiente n'a pas de traitement psychotrope chose qui reste à réévaluer dans les prochaines semaines du suivi."

Le 3 août 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions en se référant au rapport d'analyse de la situation établi le 11 juillet 2016 par le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR, dont il ressort notamment ce qui suit :

"1) RM de la Dre W. \_\_\_\_\_, rhumatologue, daté du 25.05.2016 : au status clinique il est relevé qu'il n'y a "*pas d'enraidissement majeur du rachis cervical*" qu'il n'y a "*pas d'anomalie des réflexes...pas de déficit sensitivomoteur*". La spécialiste précise qu'elle n'a pas vu les radiographies mais que les anomalies relevées peuvent "*expliquer une partie des douleurs*". Elle conclut que ces "*cervicalgies limitant le travail bras en l'air ou en position cervicale maintenue en flexion ou en extension de façon prolongée. Un port de charges au-delà de 5kg paraît difficile. Il n'y a pas de lombalgies, pas de limitation des hanches, pas d'épanchement des genoux*". La Dre W. \_\_\_\_\_

s'exprime aussi quant au contexte psychologique, ce qui sort de son domaine de compétence et elle s'exprime quant au problème de compréhension divergent du problème entre l'assurée et son mari, ce qui sort du domaine médical. L'évaluation rhumatologique du 25.05.2016 fournie par la Dre W. \_\_\_\_\_ ne fournit aucun argument fondé médicalement et biomécaniquement qui forcerait à s'écarter des conclusions du rapport d'examen SMR du 03.11.2015 lequel retenait précisément comme limitations fonctionnelles : "*port de charges limité à 5 kg, alternance de positions possible,...*".

2) RM de la Dre Q. \_\_\_\_\_, psychiatre parlant la langue maternelle de l'assurée du 23.06.2016. La spécialiste précise que l'assurée a vécu des événements traumatiques physiquement dans une situation de guerre et que l'évolution médiocre de sa fracture a engendré un "*sentiment de victimisation*", mais elle écrit que à "*son arrivée en Suisse la patiente a pu avoir malgré tout une activité professionnelle partielle ainsi qu'assumer ses 3 enfants*". Elle décrit plus avant dans son écrit la situation psycho-affectivo-sociale du couple (correspondant grosso modo à ce que la Dre W. \_\_\_\_\_ a mentionné quant au fonctionnement du couple de l'assurée - cf. ci-dessus). La Dre Q. \_\_\_\_\_ précise ensuite que l'assurée présente "*une humeur négative, des troubles du sommeil, des troubles de concentration, l'anxiété de séparation, un comportement irritable avec l'entourage et de la nervosité*". Elle ajoute que les symptômes anxieux se sont aggravés suite à la décision de l'AI. Il n'est ni fait mention ni décrit une psychopathologie précise, autre qu'essentiellement réactionnelle à une décision administrative que l'assurée et sa famille ne partagent pas. La Dre Q. \_\_\_\_\_, qui à l'évidence ne suit l'assurée que depuis tout récemment, ne s'exprime pas quant à la CT.

Conclusion : ni le RM rhumatologique de la Dre W. \_\_\_\_\_ ni le RM psychiatrique de la Dre Q. \_\_\_\_\_ n'apportent d'argument médical qui contredirait ou invaliderait les conclusions retenues dans le Rapport d'examen SMR du 03.11.2015 au terme de l'instruction du dossier complétée à ce moment-là et - partant- la décision du 15.02.2016."

## **En droit :**

**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'AI (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'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été

déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

**b)** 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).

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366).

**c)** Le litige porte en l'espèce sur le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**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 (cf. 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 (cf. art. 7 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105

V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; cf. TF 9C\_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1).

Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 31 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

**4.** Pour rappel, l'OAI a, par décision du 15 février 2016, nié à la recourante tout droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que si l'assurée, en raison des atteintes à sa santé, n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de nettoyeuse, elle disposait par contre d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charge limité à 5 kg, alternance des positions possible, pas de genuflexions, ni d'activités en position accroupie ou de marche en terrain irrégulier). A titre d'exemple, il a cité comme adaptées des activités industrielles légères telles celles d'opératrice de production, de conditionnement léger ou de travail à l'établi. Considérant que la recourante n'exerçait plus d'activité professionnelle, il a procédé au calcul du degré d'invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. Le degré d'invalidité ainsi obtenu s'élève à 10%.

**a)** La recourante fait valoir en substance qu'elle est incapable d'effectuer un quelconque travail, même avec une charge minimale de 5 kg. Elle reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de son état réel de santé avant de rendre sa décision, de n'avoir pas pris en considération les rapports médicaux des médecins et de n'avoir pas procédé à un examen approfondi de son état de santé. Mettant en avant des douleurs insurmontables et un état psychologique déplorable, elle estime être invalide à 100 %, en se référant aux rapports médicaux produits par ses soins en procédure de recours. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise, à tout le moins d'être examinée par les médecins du SMR.

**b)** En l'espèce, pour rendre sa décision, l'intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 3 novembre 2015 qui se réfère lui-même, en ce qui concerne l'atteinte à la cheville droite de la recourante, au rapport médical établi le 6 février 2013 à la demande du médecin traitant de l'assurée par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique. Celui-ci a constaté que la radiographie de la cheville droite montrait un cal vicieux métaphysaire en valgus d'une trentaine de degrés suite à une fracture des deux os de la jambe droite, que l'assurée présentait des troubles dégénératifs débutants de la tibio-astraliennne, qu'il n'y avait pas de trouble majeur des axes et que l'examen des hanches et des genoux était dans les limites de la norme. Par contre l'articulation sous-astragalienne à droite était enraidie et sa mobilisation déclenchait des douleurs. En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, il a estimé que l'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible mais que, dans une activité adaptée, sédentaire et sans port de charge, la capacité de travail de l'intéressée demeurait entière. Le Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il était légitime de suivre l'appréciation de ce spécialiste et de fixer l'incapacité de travail à la date de son examen. Retenant par ailleurs que la recourante présentait également des cervicalgies (rapport de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 24 juin 2015) mais que l'examen radiographique du 27 février 2014 démontrait des troubles dégénératifs banals, il a estimé que la fragilité cervicale était respectée par les limitations fonctionnelles induites par les troubles au niveau de la cheville droite. Quant au trouble de l'adaptation existant depuis l'arrivée en Suisse de l'assurée selon son

médecin traitant, il a considéré qu'il n'était toutefois étayé par aucune évaluation psychiatrique, en relevant qu'il n'avait d'ailleurs pas empêché la recourante de travailler, même dans un emploi pas absolument adapté sur le plan biomécanique, jusqu'à ce qu'elle doive l'abandonner pour des raisons propres à l'employeur et non à sa santé. Ainsi, selon lui, ce trouble n'avait pas de valeur incapacitante.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que le rapport du SMR du 3 novembre 2015, qui tient compte de l'anamnèse, des diagnostics, des constats objectifs et des plaintes de la recourante relevés dans les rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ comme des examens radiologiques, répond aux critères jurisprudentiels requis. Ses conclusions sont claires et convaincantes (pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus). Il convient donc de lui accorder pleine valeur probante.

En ce qui concerne les critiques de la recourante quant à l'évaluation de son état de santé par le SMR, on relèvera, outre la réserve habituelle à l'égard d'un rapport émanant d'un médecin traitant, que les limitations liées aux cervicalgies sont celles relatées par la recourante à son médecin traitant (rapport du 4 mars 2016) en relation avec ses activités quotidiennes - y compris s'agissant du port de charges -, lesquelles n'ont pas été vérifiées lors de l'examen clinique, la Dresse L.\_\_\_\_\_ ne se prononçant au demeurant pas sur l'incidence de la diminution de la mobilisation de la colonne lombaire, ni de la flexion latérale ou de la discopathie évoquées sur la capacité de travail de sa patiente. S'agissant de l'atteinte à la cheville, l'alternance des positions répond à l'obligation de pause retenue par le médecin traitant, laquelle renvoie pour le surplus à l'évaluation du Dr V.\_\_\_\_\_, sur laquelle s'est fondée le SMR. Ainsi, le médecin traitant et le SMR se rejoignent sur la question des limitations fonctionnelles puisqu'ils se réfèrent au même avis médical sur ce point et le médecin traitant n'a pour le surplus pas observé l'existence d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis son examen par le Dr V.\_\_\_\_\_.

S'agissant du rapport établi par la Dresse W.\_\_\_\_\_ le 25 mai 2016, on observe que les restrictions que celle-ci mentionne concordent pour l'essentiel avec les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI. Ses réserves quant à une activité impliquant de travailler les bras en l'air ou en position cervicale maintenue en flexion ou en extension prolongée ne sont quant à elles pas assorties de précisions quant à leur impact sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, sur laquelle elle ne se prononce au demeurant pas. Rien dans son rapport, ni dans le dossier ne permet d'ailleurs de supposer qu'elles influeraient sur dite capacité de travail. Enfin, s'agissant du rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre, consultée pour la première fois durant la procédure de recours, il suffit de constater que celle-ci mentionne un état anxio-dépressif, sans poser de diagnostic précis, ni se prononcer sur son influence sur la capacité de travail résiduelle actuelle ou passée de la recourante. Plus exactement, elle invoque un ralentissement fonctionnel sans en évaluer l'impact sur la capacité de travail de la recourante, temporellement et quantitativement. Enfin, avec l'intimé, il y a lieu d'admettre que les difficultés d'intégration et la méconnaissance de la langue française de l'assurée ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Par ailleurs, dans le rapport SMR du 3 août 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ explicite de manière détaillée les raisons pour lesquelles les rapports des Dresses W.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ produits en procédure n'apportent aucun élément contredisant ou invalidant les constatations ressortant du premier rapport SMR du 3 novembre 2015. Il relève notamment que la Dresse W.\_\_\_\_\_ n'observe pas d'enraidissement majeur du rachis cervical, ni d'anomalie des réflexes, ni de déficit sensitivo-moteur et constate, en l'occurrence à juste titre, que les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse W.\_\_\_\_\_ ne s'écartent pas de celles retenues par le SMR. S'agissant du rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ objecte pertinemment qu'il n'est pas fait mention, ni ne décrit une psychopathologie précise, autre que réactionnelle à la décision administrative, et que l'appréciation de la capacité de travail fait défaut.

Les conclusions du rapport du SMR du 3 août 2016 s'avèrent ainsi claires, étayées et convaincantes.

Dans ces conditions, force est de considérer, avec l'intimé, que la décision entreprise se fonde sur des rapports médicaux ayant pleine valeur probante et que la recourante n'apporte aucun élément médical objectif susceptible de la mettre en doute.

**5.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise ou un examen clinique par le SMR. La requête en ce sens de la recourante doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

**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. La partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 15 février 2016 est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante T.\_\_\_\_\_.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- T.\_\_\_\_\_, recourante, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, intimé, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

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 :