

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} décembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Zbinden et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

B. _____, à Aubonne, recourante,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après: l'assurée), née en 1966, employée postale de formation, travaille depuis plusieurs années à X._____, et depuis le 1^{er} juillet 2002 en qualité d'employée de front office (guichet) à Morges. En date du 26 novembre 2009, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Pour l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr R._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée. Le 15 décembre 2009, ce praticien a posé les diagnostics de cervicobrachialgies chroniques, de troubles somatoformes douloureux persistant, de SAS non appareillé (car pas supporté) et de HTA traitée. Il a indiqué une restriction du rendement en relation avec les douleurs des mains, des bras et de la ceinture scapulaire, puis retenu que l'activité d'employée à X._____ était exigible à 60%, en raison d'un état douloureux chronique; il s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles de sa patiente. Le Dr R._____ a joint en particulier les documents suivants:

- Un rapport du 8 mars 2009 de la Dresse Q._____, spécialiste FMH en rhumatologie, retenant un trouble somatoforme douloureux persistant, une obésité morbide, des cervicobrachialgies et une HTA. Elle a retenu que l'assurée se plaignait depuis plusieurs années de cervico-brachialgies prédominant à droite et de douleurs des poignets, sans signe inflammatoire.

- Un rapport d'échocardiographie du 15 juillet 2009 du Dr W._____, spécialiste FMH en cardiologie, relevant en conclusion que l'hypertension artérielle de l'assurée - qui avait entraîné une hypertrophie ventriculaire gauche - était favorisée par son obésité, sa sédentarité et ses apnées du sommeil, un traitement médicamenteux étant nécessaire.

- Un rapport du 30 juin 2008 du Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies des poumons, retenant, après polygraphie respiratoire ambulatoire, un syndrome d'apnées du sommeil.

Dans un rapport d'évaluation du 26 janvier 2010, l'OAI a indiqué que l'assurée avait refusé une proposition de son employeur de diminuer son taux d'activité à 80% et qu'elle ne souhaitait pas changer de travail.

Par l'intermédiaire d'un ergothérapeute, l'OAI a procédé à une observation de l'assurée à son poste de travail. Du rapport du 3 mars 2010, il ressort que le poste de travail de l'assurée est assez bien adapté et que des propositions d'aménagement ont été formulées (chaise avec dossier, écran d'ordinateur plus bas, chariot pour déplacer les paquets, possibilité de faire de courtes pauses et de changer de positions, exercice d'activités physiques, éviter les courants d'air).

En mars 2010, l'OAI a pris en charge les frais pour une étude ergonomique du poste de travail de l'assurée, puis les frais d'une chaise haute et d'un repose-pieds pour son activité habituelle.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par les Drs I._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et C._____, spécialiste FMH en psychiatrie. En date du 2 juin 2010, ces médecins du SMR n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, et ils ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques, non déficitaires dans un contexte de discrète uncarthrose étagée, de dorsalgies communes, de douleurs des membres supérieurs, sans substrat organique, d'obésité de classe III et de trouble somatoforme, sans précision. Une capacité de travail de 100% a été retenue dans l'activité habituelle d'employée postale comme dans une activité adaptée. Ils ont notamment retenu ce qui suit:

"Lors de l'entretien, Madame B._____ décrit son poste de travail au guichet de X._____. L'activité professionnelle est à considérer

comme physiquement légère, il n'y a pas de position statique prolongée, l'assurée peut à sa guise se lever. L'assurée a obtenu, il y a 1 mois, une chaise avec dossier, elle se décrit mieux installée. Par rapport au port de charges, si X. _____ accepte des colis jusqu'à 30 kg, les employées, en cas de besoin, demandent l'aide d'un collègue pour porter les charges lourdes. L'assurée si nécessaire peut demander l'aide d'un ou d'une collègue pour l'aider à prendre les colis. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une activité de manutention répétée. Après le dernier arrêt de travail annoncé par le Dr R. _____ dans le dossier, datant d'octobre 2009, l'assurée a été capable de reprendre son travail à plein temps en novembre 2009, elle est à nouveau en arrêt de travail depuis le 30.04.10 en raison de douleurs des coudes. Le Dr R. _____ doit la revoir dans 2 jours.

[...]

En conclusion, il existe une discordance importante entre les allégations de l'assurée, la fréquence des arrêts de travail répétés depuis de nombreuses années et les atteintes organiques objectivables. Le peu d'atteinte organique sur le plan ostéoarticulaire avait déjà été mis en évidence par la Dresse Q. _____ dans ses deux consultations de 2006 et 2009. Au vu des éléments anamnestiques, de l'examen clinique de ce jour, le syndrome d'apnée nocturne du sommeil ne peut pas être considéré non plus comme incapacitant. L'hypertension artérielle présentée par l'assurée nécessite un suivi et si nécessaire une adaptation du traitement; l'hypertension agit comme facteur de risque cardiovasculaires, elle n'est pas en elle-même incapacitante, sauf dans les cas de crises hypertensives, ce qui n'est pas le cas de l'assurée. On rappellera que l'échographie cardiaque effectuée le 15.07.2009 par le Dr W. _____ était sp [sans particularité].

Au point de vue psychiatrique l'assurée ne rapporte aucun antécédent familial ni personnel d'affection psychiatrique.

Elle se plaint de douleurs somatiques aux deux membres supérieurs qui ne sont pas expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique.

[...]

En ce qui concerne l'assurée, la douleur ressentie ne s'accompagne pas d'un sentiment de détresse et elle ne survient pas dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux pouvant être considérés comme la cause essentielle du trouble. Par ailleurs, ce trouble n'apporte pas à l'assurée une aide et une sollicitude accrues de l'entourage et des médecins. Nous retenons donc le diagnostic de trouble somatoforme, sans précision F 45.9 selon la CIM-10.

S'agissant d'un trouble somatoforme, nous devons considérer les critères de sévérité habituellement retenus par la jurisprudence:

1. L'assurée ne présente aucune pathologie psychiatrique, il n'y a donc pas de comorbidité psychiatrique manifeste.

2. Les troubles de l'assurée évoluant par crises, dont la durée n'excède pas 3 mois, nous ne nous trouvons donc pas en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable.
3. L'assurée travaille, elle voit des amies, il n'y a donc pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.
4. Un état psychique cristallisé n'est pas trouvé.
5. L'évolution des douleurs de l'assurée étant fluctuante et n'entravant pas sa vie quotidienne, ni d'une manière permanente sa vie professionnelle, nous considérons qu'il n'y a pas d'échec du traitement.

Les critères de sévérité sont absents, nous ne pouvons donc envisager l'aspect incapacitant du trouble algique.

Limitations fonctionnelles

Les éléments du dossier, l'examen clinique de ce jour ne justifient pas de limitations fonctionnelles durables d'ordre somatique. Les limitations fonctionnelles retenues par le médecin-traitant et avancées par l'ergothérapeute ayant adapté le poste de travail s'appuient sur la symptomatologie douloureuse. A elle seule, la symptomatologie douloureuse ne suffit pas pour retenir des limitations fonctionnelles.

Du point de vue psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Il n'y a pas d'incapacité de travail durable en relation avec une atteinte à la santé d'ordre somatique ou psychiatrique.

L'assurée présente des arrêts de travail répétés depuis de nombreuses années. L'assurée a toujours réussi à reprendre son poste de travail à 100%. Les éléments à disposition ne permettent pas de conclure non plus que l'assurée travaille au-dessus de ses forces.

L'état de santé est resté stationnaire avec une exigibilité complète dans le poste d'employée de X. _____ travaillant au guichet".

Le Dr S. _____, dans un rapport du SMR du 15 juin 2010, a repris les conclusions du rapport des Drs I. _____ et C. _____, puis retenu que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle.

Dans un préavis du 6 juillet 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI. Il a retenu que l'intéressée présentait du point de vue médical une capacité de travail et de gain entière dans son activité habituelle ou dans d'autres activités adaptées à son état de santé.

Le 4 août 2010, l'assurée a contesté ce préavis, se prévalant des douleurs importantes résultant de son état de santé, des répercussions sur sa vie quotidiennes et de ses efforts afin de travailler au mieux malgré ses douleurs. Elle a remis un rapport du 2 août 2010 du Dr R._____, qui signale depuis plusieurs années des douleurs de la région de la ceinture scapulaire, des bras et des poignets, un sommeil perturbé et une fatigue chronique; relevant que l'intéressée continuait de travailler du mieux possible malgré le contexte douloureux chronique, ce médecin a requis une réévaluation de la capacité de travail.

Dans un avis médical du SMR du 23 septembre 2010, les Drs S._____ et J._____ ont relevé que ni l'assurée ni son médecin traitant n'apportaient de nouvel élément susceptible de modifier leur position.

L'assurée a ensuite joint des résultats d'analyse de sang du 21 septembre 2010 avec des anticorps anti-nucléaires positifs, évoquant la présence d'un lupus. Dans un avis médical du 13 décembre 2010 du SMR, le Dr G._____ a retenu qu'il ne s'agissait pas d'un fait nouveau, cet élément ayant été pris en compte lors de l'examen clinique du 2 juin 2010.

Par décision du 8 mars 2011, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations d'invalidité, se référant aux mêmes motifs que ceux de son préavis. Dans un courrier du même jour, l'OAI a expliqué à l'assurée que l'examen clinique du SMR, remplissant les critères en matière de valeur probante, permettait de conclure que l'atteinte à la santé ne contre-indiquait pas l'exercice de son activité habituelle, en ajoutant que le Dr R._____ n'apportait pas d'éléments médicaux permettant de remettre en cause la position du SMR.

B. Par acte du 2 avril 2011, B._____ a recouru au Tribunal cantonal et conclu à l'annulation de la décision du 8 mars 2011 de l'OAI ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Contestant les conclusions de l'examen clinique du SMR, elle se prévaut d'une incapacité de travail entre 40 et 50% attestée par le Dr R._____.

Elle a déposé un rapport du 30 mars 2011 du Dr R._____, selon lequel elle présente des douleurs articulaires des membres supérieurs, de la ceinture scapulaire et du dos depuis 1997 ainsi qu'un SAS non traité, ayant entraîné des arrêts de travail et des traitements de longue durée. Ce médecin a retenu que les douleurs, sans objectivation d'un syndrome inflammatoire, entraînaient un trouble de l'humeur et du moral ainsi qu'un conflit professionnel.

Dans sa réponse du 8 juin 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. En l'absence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen clinique du SMR, il a retenu que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle.

Le 7 juillet 2011, l'assurée a expliqué que ses douleurs entravaient sa vie quotidienne et qu'elle faisait beaucoup d'efforts pour maintenir son activité professionnelle au guichet de X._____. Elle a indiqué qu'elle ne demandait pas une rente complète mais une rente de 40 ou 50% pour avoir une vie décente.

Les documents médicaux suivants ont en outre été versés au dossier:

- Un rapport du 2 avril 1997 de la Dresse Q._____, posant les diagnostics de status après polyarthralgie en 1994 et d'anticorps anti-nucléaires fortement positifs, puis relevant l'absence de syndrome lupique.

- Un rapport du 17 janvier 2011 de la Dresse A._____, spécialiste FMH en médecine interne, qui retient un syndrome douloureux évoquant des troubles somatoformes, écarte la présence d'une maladie lupique et relève un taux de vitamine B12 très abaissé.

- Un rapport du 22 mars 2011 du Dr O._____, spécialiste FMH en neurologie, concluant à un bilan neurologique et électrophysiologique normal.

- Des résultats d'analyse de sang du 7 janvier 2011 avec des anticorps anti-nucléaires positifs.

E n d r o i t :

1. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 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).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Dans le cas présent, dans la décision attaquée, l'OAI nie à la recourante le droit à des prestations d'invalidité, en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. La recourante conteste cette décision et conclut à l'octroi d'une rente de 40 ou 50%, respectivement à un complément d'instruction.

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont

modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des

assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF 137 V 64 consid. 4.1; TF 8C_103/2011 du 1^{er} juin 2011 consid. 2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Enfin, on conclura 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, par exemple une 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 psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

3. a) Dans le cas présent, la recourante présente d'importantes douleurs articulaires, notamment aux membres supérieurs, à la ceinture scapulaire et dans le dos, attestées en particulier par son médecin traitant, le Dr R._____. Elle a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par le SMR (rapport du 2 juin 2010 des Drs I.____ et C.____), qui a uniquement retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques, non déficitaires dans un contexte de discrète uncarthrose étagée, de dorsalgies communes, de douleurs des membres supérieurs, sans substrat organique, d'obésité de classe III et de trouble somatoforme, sans précision. Ces médecins ont retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée, comme dans une activité adaptée.

b) Sur le plan somatique, les Drs I.____ et C.____ ont constaté une discordance importante entre les allégations de l'assurée, la fréquence des arrêts de travail répétés depuis de nombreuses années et les atteintes organiques objectivables. Ils ont retenu que le syndrome d'apnée nocturne du sommeil et l'hypertension artérielle n'étaient pas invalidants. Ils ont ajouté que le status neurologique excluait une atteinte radiculaire et un syndrome du tunnel carpien, qu'il n'y avait pas de lupus érythémateux au niveau cutané et qu'une échographie cardiaque effectuée par le Dr W.____ (rapport du 15 juillet 2009) n'avait rien décelé d'anormal. Ils ont retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, en l'absence de limitations fonctionnelles durables (rapport du 2 juin 2010 du SMR). Les constatations de ces médecins sont corroborées en particulier par celles des Dresses Q.____ (rapport du 2 avril 2007) et A.____ (rapport du 17 janvier 2011), qui n'ont pas retenu de syndrome lupique, ainsi que par le Dr O.____ (rapport du 22 mars 2011, dans la mesure où ce médecin se réfère également à la situation de fait au moment de la décision attaquée, soit au 8 mars 2011), qui a retenu un bilan neurologique normal.

La recourante s'appuie sur l'avis du Dr R. _____ pour retenir qu'elle présente une incapacité de travail entre 40 et 50%. Dans son rapport du 15 décembre 2009, ce médecin a indiqué une restriction du rendement en relation avec les douleurs des mains, des bras et de la ceinture scapulaire, puis retenu que l'activité d'employée à X. _____ était exigible à 60%, en raison d'un état douloureux chronique; il s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles de sa patiente. Dans ses rapports des 2 août 2010 et 30 mars 2011, il se borne à faire état de douleurs, de sommeil perturbé, de fatigue chronique et d'apnées du sommeil, occasionnant différents traitements et des arrêts de travail. Ce praticien, qui ne retient pas d'anamnèse de l'assurée, se fonde sur des examens limités et une motivation sommaire (au regard notamment de l'examen effectué par les médecins du SMR). Les explications et motivations des Drs I. _____, et C. _____, qui sont respectivement rhumatologue et psychiatre, sont plus fouillées et résultent d'une investigation plus poussée que celles du Dr R. _____, qui est médecin généraliste et non spécialisé en rhumatologie ou en psychiatrie. Le médecin traitant n'a du reste pas retenu d'élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte par les médecins du SMR. En tant que médecin traitant de l'assurée, l'avis du Dr R. _____ doit en outre être apprécié avec les réserves d'usage, ce d'autant plus qu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans ses deux derniers rapports.

Les Drs I. _____ et C. _____ ont par ailleurs indiqué que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin traitant et par l'ergothérapeute de l'OAI - qui s'appuyaient uniquement sur la symptomatologie douloureuse - avaient été suivies de l'adaptation du poste de travail. Ils ont retenu que l'activité de l'assurée était physiquement légère, qu'il n'y avait pas de position statique prolongée, l'intéressée pouvant se lever à sa guise, qu'elle avait obtenu une chaise avec dossier dans laquelle elle se sentait mieux installée, qu'elle pouvait demander l'aide de collègues pour prendre des colis et qu'il ne s'agissait pas à proprement parler d'une activité de manutention répétée. Il faut donc considérer que les propositions d'aménagement décrites par l'OAI

suite à l'observation de l'assurée à son poste de travail par un ergothérapeute (rapport du 3 mars 2010) ont en bonne partie été réalisées, permettant à l'intéressée d'exercer son activité malgré son état de santé. L'assurée a par ailleurs refusé une proposition de son employeur de diminuer son taux d'activité ou de changer de travail (rapport d'évaluation de l'OAI du 26 janvier 2010), de sorte qu'il est correct, comme l'on fait les médecins du SMR, de se prononcer sur sa capacité de travail dans son activité habituelle d'employée de guichet postal.

Quant aux autres documents médicaux figurant au dossier, ils ne permettent pas de remettre en cause les constatations et l'appréciation des Drs I. _____ et C. _____ du SMR. En particulier, le Dr G. _____ (avis médical SMR du 13 décembre 2010) a relevé que la présence d'anticorps anti-nucléaires positifs avait été prise en compte lors de l'examen clinique effectué par le SMR. Dès lors, il y a lieu de retenir avec les médecins du SMR, dont le rapport d'examen satisfait aux critères permettant de lui conférer pleine valeur probante, que la recourante présente une pleine capacité de travail du point de vue somatique dans son activité habituelle d'employée postale travaillant au guichet.

c) Au point de vue psychiatrique, les Drs I. _____ et C. _____ ont relevé que l'assurée ne rapportait aucun antécédent familial ni personnel d'affection psychiatrique et qu'elle se plaignait de douleurs somatiques aux deux membres supérieurs non expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique. En l'absence d'un sentiment de détresse, d'un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux, ainsi que d'une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins, ils ont posé le diagnostic de trouble somatoforme, sans précision. S'agissant des critères de sévérité, ils ont retenu l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste, d'affections chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (dès lors que la durée des crises n'excède pas trois mois), de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (dès lors que l'assurée travaille et a des amies), d'état psychique cristallisé et d'échec du traitement (l'évolution des douleurs étant fluctuante et n'entravant pas

la vie quotidienne de l'assurée, ni d'une manière permanente sa vie professionnelle). Sur cette base, les médecins du SMR ont retenu que les critères de sévérité étaient absents.

On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation des Drs I. _____ et C. _____, qui sont les seuls médecins, au vu du dossier, à se prononcer au sujet du caractère invalidant du trouble somatoforme à l'aune des critères en la matière posés par la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2). Les pièces médicales figurant au dossier permettent en outre de retenir que l'assurée ne présente pas de trouble dépressif. Dès lors, du point de vue psychique comme sous l'angle du trouble somatoforme, on retiendra avec les médecins du SMR, dont l'avis a également valeur probante sur cette question, que la capacité de travail de l'assurée est entière dans son activité habituelle.

4. En conséquence, la recourante ne présente pas d'incapacité de travail, ni d'incapacité de gain, de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'ordonner de nouvelles mesures d'instruction. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

5. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- B._____
- 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 :